



Votre partenaire au quotidien

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL CADRE ET ASSIMILÉ
FRAIS DE SANTÉ - ARRÊT DE TRAVAIL - DÉCÈS



EADS

Pour votre protection sociale, votre entreprise et les représentants du personnel ont choisi **IPECA-PRÉVOYANCE** comme partenaire.

Tous ensemble, ils font évoluer la protection sociale au sein de l'entreprise.

Vous faites partie du personnel cadre et assimilé du Groupe EADS France, vous disposez auprès d'IPECA-PRÉVOYANCE d'un régime complet de prévoyance qui est défini par l'accord d'EADS en France du 13 septembre 2006. Cette brochure a pour objet de vous informer des garanties complémentaire santé, arrêt de travail et décès dont vous bénéficiez.

La santé constitue, aujourd'hui, une priorité mobilisant des moyens de plus en plus importants. Les Français vivent mieux et plus longtemps. La vocation d'IPECA-PRÉVOYANCE : vous accompagner sur le long terme.

IPECA-PRÉVOYANCE est une Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale. Elle est gérée paritairement : son assemblée générale et son conseil d'administration sont composés, à parts égales, de représentants des participants (salariés et cotisants individuels) et des entreprises adhérentes.

CONTRAT DE GROUPE

Votre protection sociale, gérée dans le cadre d'un contrat de groupe, est obligatoire et bénéficie d'un tarif mutualisé. Elle est cofinancée par votre entreprise et vous-même. Votre cotisation est défiscalisée.

sommaire

■ SANTÉ	
Les bénéficiaires	P4
Votre affiliation	P4
Des services en plus	P5
Lexique santé	P6
Vos prestations santé	P7-8
Modalités de remboursement	P8
Justificatifs à fournir	P9-10
■ ARRÊT DE TRAVAIL	
Vos prestations arrêt de travail	PI1-12
■ DÉCÈS	
Vos garanties, vos prestations décès	PI3
Les bénéficiaires	PI4
Pièces à fournir	PI5
■ SANTÉ - ARRÊT DE TRAVAIL - DÉCÈS	
Dispositions communes	PI6-17
Maintien des garanties	PI8

IPECA-PRÉVOYANCE

des solutions pour, votre santé

Les garanties santé d'IPECA-PRÉVOYANCE complètent le régime de la Sécurité sociale.

Rappel de l'application de la réglementation

Les garanties santé d'IPECA-PRÉVOYANCE complètent le régime de la Sécurité sociale. Le fonctionnement et les niveaux de prestations connaissent des évolutions. Les informations figurant dans ce document ont été mises à jour en fonction des éléments connus à la date de réalisation de la présente notice.

Le fonctionnement et les niveaux de prestations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre législatif en vigueur définissant les contrats "responsables". Par conséquent et conformément aux dispositions du décret 2005 – 1226 du 29 septembre 2005 :

- L'Institution **ne prend pas en charge**, d'une part, la contribution forfaitaire instaurée par la loi n°2004 – 810 du 13 août 2004 et mise en place le 1^{er} janvier 2005, actuellement fixée à 1 euro, et d'autre part, les sommes correspondant aux sanctions financières appliquées à l'assuré social en cas de non respect du parcours de soins ou de refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel (majoration du ticket modérateur prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale, dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques prévus en application du 18^{ème} de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale).
- Par ailleurs, nous vous informons également que l'Institution ne rembourse pas les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré social sur certaines prestations de santé remboursées par la Sécurité sociale. Ces franchises médicales, prévues à l'article 52 de la Loi N° 2007-1786 du 19 décembre 2007 et par le décret du 30 décembre 2007, concernent :
 - les actes effectués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures) ;
 - les médicaments ;
 - et les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre (ambulance, véhicule sanitaire léger ou VSL) ou en taxi.
- L'Institution prend en charge, au minimum à hauteur du ticket modérateur, les prestations de prévention figurant sur la liste fixée par un arrêté ministériel du 8 juin 2006, et notamment :
 - un détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum ;
 - le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans ;
 - l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- L'Institution prend également en charge la franchise de 18 €, non remboursée par la Sécurité sociale, instituée pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 91 € (hors radiologie et analyse), qu'ils soient pratiqués en ville ou à l'hôpital.

Les bénéficiaires

- **Le personnel cadre et assimilé** du Groupe EADS France au sens de la convention collective de 1947 art. 4 et 4bis. Dès leur embauche ou leur promotion, ils sont affiliés à IPECA-PRÉVOYANCE.
- **Les membres de leur famille** (ayants droit)
 - 1/ conjoint ou cosignataire d'un PACS.**
 - 2/ concubin** n'exerçant pas d'activité professionnelle et étant bénéficiaire de la Sécurité sociale du participant.
 - 3/ enfants (du participant, du conjoint ou du cosignataire du PACS) âgés de moins de 25 ans,** poursuivant des études et fiscalement à charge du salarié, autrement dit :
 - pris en charge dans le nombre de parts pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
 - ou pour lesquels le participant verse une pension alimentaire déductible.
 - 4/ enfants handicapés,** quel que soit leur âge, dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée.

Votre affiliation

Pièce à fournir

- **Vous êtes embauché ou promu :** nous vous adressons un relevé de situation individuelle. Vous nous le retournez complété et accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal, ainsi qu'une photocopie de votre attestation de carte Vitale. Si vos ayants droit sont immatriculés en leur nom propre auprès de la Sécurité sociale, leur attestation de la carte Vitale est également nécessaire.

Ayants droit

Vos ayants droit vont bénéficier des mêmes prestations santé que vous, certains documents nous sont donc nécessaires pour les affilier.

- **Pour votre conjoint :** extrait d'acte de mariage ou photocopie du livret de famille.
- **Pour votre cosignataire de PACS :** photocopie de l'acte.
- **Pour votre concubin** bénéficiaire de votre Sécurité sociale et n'exerçant pas d'activité professionnelle : certificat délivré par la Mairie.
- **Pour les enfants ne figurant pas sur l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale :** photocopie de l'avis d'imposition du participant.

En cas de changement de situation

INFORMEZ-NOUS le plus vite possible de tout changement de situation, pour vous ou pour vos ayants droit.

Des services en plus

Montant des remboursements connu à l'avance

Prothèses dentaires, lunettes, interventions chirurgicales : il vous suffit d'adresser à IPECA-PRÉVOYANCE le devis remis par le professionnel de santé. Le montant des remboursements vous sera communiqué sous 48 heures.

Tiers payant : dispense d'avance de frais

Votre carte de tiers payant SP santé délivrée par IPECA-PRÉVOYANCE permet d'éviter l'avance des frais correspondant à la part remboursable par l'Institution. Elle précise les domaines de santé (pharmacie, radiologie, laboratoire) ouverts au tiers payant et les modalités techniques permettant au professionnel de santé de se faire rembourser. Votre carte de tiers payant indique les membres de votre famille, rattachés au numéro Sécurité sociale du bénéficiaire principal de la carte. Pour la plupart des professions de santé, le tiers payant IPECA-PRÉVOYANCE nécessite l'utilisation du tiers payant Sécurité sociale. Il est donc indispensable de présenter simultanément vos deux cartes (carte de tiers payant IPECA-PRÉVOYANCE et carte Vitale).

→ **Hospitalisation**

Pour l'hospitalisation, de nombreux établissements vous proposeront d'effectuer les démarches eux-mêmes afin d'obtenir une prise en charge préalable : présentez-leur votre carte, les modalités étant indiquées au verso.

→ **Optique et dentaire**

IPECA-PRÉVOYANCE développe continuellement son réseau de chirurgiens-dentistes et d'opticiens. Sur simple demande du professionnel de santé, IPECA-PRÉVOYANCE transmet un accord de prise en charge par fax. IPECA-PRÉVOYANCE règlera directement les frais aux professionnels de santé, dans la limite des prestations prévues au contrat.

→ **Pharmacie**

Le tiers payant est accepté dans l'ensemble des pharmacies ayant conclu un accord avec IPECA-PRÉVOYANCE par l'intermédiaire de SP Santé.

→ **Analyses de laboratoire, radiographie et auxiliaires médicaux**

Pour utiliser votre carte de tiers payant IPECA-PRÉVOYANCE, il suffit que votre praticien contacte gratuitement l'Institution pour obtenir un agrément, vous permettant de ne pas déboursier de frais. Une procédure a été mise en place pour traiter les demandes de conventionnement via : prosante@ipeca.fr



Lexique santé

Les garanties de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale ne rembourse pas l'ensemble des frais réels de santé. Le montant de ses remboursements varie selon différents paramètres. **Quelques définitions pour s'y retrouver :**

Base de remboursement

C'est le tarif de référence de la Sécurité sociale.

À noter : les médecins peuvent pratiquer des honoraires supérieurs à ce tarif. Il s'agit alors de dépassement d'honoraires.

Taux de remboursement

Appliqué à la base de remboursement, il détermine le montant de la prestation Sécurité sociale.

Ticket modérateur

Part des frais médicaux laissée à la charge de l'assuré social, égale à la différence entre la base de remboursement et l'indemnisation du régime obligatoire dans le parcours de soins. Cette différence s'explique par l'application du taux de remboursement.

Dépassement d'honoraires

Fraction des honoraires excédant la base de remboursement prise en compte par la Sécurité sociale pour le calcul des prestations. Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

À noter : il peut s'agir d'une somme importante pour les frais dentaires, d'optique et de chirurgie.

Prise en charge préalable

Certains actes nécessitent un accord préalable de la Sécurité sociale pour être remboursés. Il s'agit de l'orthodontie et des cures thermales.

Forfait journalier hospitalier

Somme acquittée par un assuré social pour chaque jour d'hospitalisation.

IPECA-PRÉVOYANCE est complémentaire à la Sécurité sociale et, sauf mentions contraires, n'intervient que pour les actes pris en charge par ce régime. L'Institution rembourse le ticket modérateur et, dans la plupart des cas, tout ou partie des dépassements d'honoraires, dans le respect des dispositions du décret 2005-1226.

Vos prestations santé IPECA-PRÉVOYANCE

L'objet de la garantie souscrite auprès d'IPECA-PRÉVOYANCE est la prise en charge du ticket modérateur, ainsi que des dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé, selon les barèmes suivants.

Sauf mention expresse, les montants indiqués sont exprimés "remboursement Sécurité sociale inclus". Nous vous rappelons que le remboursement total obtenu de la Sécurité sociale, de l'Institution et de tout autre organisme ne peut en aucun cas excéder les frais réels engagés.

FRAIS MÉDICAUX COURANTS (y compris maternité)

- **Honoraires médicaux, auxiliaires médicaux et radiologie :**
140% de la BR
- **Pharmacie :** 100% de la BR pour les spécialités faisant l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale à 65%, ou à 35% de la base de remboursement
- **Analyses de laboratoire**
(actes définis à la nomenclature Sécurité sociale seulement) :
100% des FR, limités à 300% du remboursement de la Sécurité sociale
- **Bilan de santé :**
150 points AGIRC, sous réserve d'être effectué auprès d'un centre agréé par l'Institution

OPTIQUE (en plus du remboursement de la Sécurité sociale)

- **Verres :** 275% du remboursement Sécurité sociale, avec un minimum de 50% des FR
- **Montures :** 100 points AGIRC
- **Opération de la myopie :**
200% de la BR applicable pour une paire de lentilles cornéennes
- **Par lentille cornéenne correctrice** (y compris lentilles jetables) :
 - remboursées par la Sécurité sociale :
275% du remboursement de la Sécurité sociale, avec un minimum de 50% des FR
 - non remboursées par la Sécurité sociale :
100% des FR, avec un maximum de 200% de la BR par an et par bénéficiaire

FRAIS DENTAIRES

- **Soins dentaires :** 140% de la BR
- **Prothèses dentaires :** 100% de la BR + dépassement pris en charge à concurrence de 200% de la BR
- **Orthodontie :**
 - remboursée par la Sécurité sociale :
350% de la BR
 - non remboursée par la Sécurité sociale :
100% de la BR (avec accord médical préalable d'IPECA-PRÉVOYANCE)

HÔPITAL (y compris maternité)

- **Hospitalisation médicale et chirurgicale :**
100% de la BR + dépassement pris en charge à concurrence de 50% de son montant
- **Forfait journalier :** 100% des FR
- **Chambre particulière :** 100% des FR, limités à 2% du PMSS par jour
- **Acte de chirurgie :**
100% de la BR, les dépassements d'honoraires chirurgicaux sont pris en compte à concurrence des maxima suivants (à l'exclusion de ceux pratiqués par les praticiens non conventionnés) :
- **Lit accompagnant enfant de moins de 12 ans :**
100% des FR, limités à 1% du PMSS par jour
- **Transport sanitaire** (remboursé par la Sécurité sociale) :
100% de la BR
- **Séjours divers :**
 - en maison de convalescence, de repos, centres de longs séjours et rééducation fonctionnelle : 100% de la BR et prise en charge du forfait journalier
 - Séjours de plus de 60 jours en service ou établissement psychiatrique :
100% de la BR
 - Séjours en Institut Médico Éducatif ou en Institut Médico Pédagogique :
100% de la BR

Valeur de la BR	En % de la base de remboursement
< 91 €	150
≥ 91 € et < 180 €	225
≥ 180 € et < 270 €	262,50
≥ 270 €	337,50

APPAREILLAGES AUDITIFS & ORTHOPÉDIQUES

- **100%** des FR, limités à **300%** du remboursement de la Sécurité sociale

AUTRES FRAIS MÉDICAUX

- **Cures thermales :**
 - remboursées par la Sécurité sociale : **100%** des FR, dans la limite de **1000 points AGIRC** par cure
 - non remboursées par la Sécurité sociale (avec accord médical préalable d'IPECA-PRÉVOYANCE) : **100%** des FR, dans la limite de **1000 points AGIRC** par cure
- **Thalassothérapie :**
 - remboursée par la Sécurité sociale : **100%** des FR, limités à **50 points AGIRC** par jour, et avec un maximum de **1000 points AGIRC** par cure

MATERNITÉ

- **Bénéficiaire :**
 - salariée féminin ;
 - salarié masculin, à condition que la mère de l'enfant soit assurée en tant qu'ayant droit au moment des soins.
- **Prestations complémentaires :**

les frais restant à charge (après intervention de la Sécurité sociale et éventuellement de l'Institution au titre des garanties décrites ci-avant) sont indemnisés dans la limite de :

 - **10 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale par grossesse

FR : frais réels engagés. BR : base de remboursement de la Sécurité sociale. PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale. (fixé par les Pouvoirs Publics, la valeur du plafond évolue chaque année). Le point AGIRC est l'unité de compte utilisée par les caisses de l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres). Le point AGIRC est revalorisé chaque année.

Modalités de remboursement



Les remboursements vous sont réglés directement par virement sur votre compte bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne.

En tant qu'organisme complémentaire à la Sécurité sociale, IPECA-PRÉVOYANCE procède à vos remboursements à partir du décompte de la Sécurité sociale, sous forme papier ou sous forme électronique (NOEMIE).

NOEMIE, système d'échanges informatiques de données entre votre centre de Sécurité sociale et IPECA-PRÉVOYANCE, a été conçu pour simplifier vos démarches et vous garantir une plus grande rapidité de traitement de vos remboursements.

Pour bénéficier du service NOEMIE, téléphonez au

N°Azur 0 810 234 234

PRIX APPEL LOCAL

→ Vous avez opté pour NOEMIE

Il est alors inutile de nous adresser le décompte de la Sécurité sociale. Vous bénéficiez d'un bordereau récapitulatif mensuel de vos remboursements IPECA-PRÉVOYANCE.

→ Vous n'avez pas opté pour NOEMIE

Il convient de nous adresser l'original du décompte, en utilisant l'étiquette autocollante pré-adressée que vous trouverez au bas de votre décompte de prestations. Vous pouvez également nous demander l'envoi d'étiquettes autocollantes pré-adressées supplémentaires. Lorsque IPECA-PRÉVOYANCE intervient en deuxième rang, vous devez nous adresser l'original du bordereau de règlement émis par votre autre organisme complémentaire.

Décomptes des remboursements IPECA-PRÉVOYANCE

IPECA-PRÉVOYANCE vous adressera un décompte de remboursements faisant apparaître les frais engagés et les remboursements effectués tant par la Sécurité sociale que par IPECA-PRÉVOYANCE.

Si vous disposez de deux garanties complémentaire santé

Si votre conjoint, par exemple, bénéficie d'une autre complémentaire santé, vous pouvez alors cumuler les remboursements, dans la limite des frais réels. Cependant, la transmission automatique des données Sécurité sociale ne peut fonctionner qu'avec un seul organisme complémentaire. Il vous appartient alors de désigner votre organisme complémentaire NOEMIE. Lorsqu'IPECA-PRÉVOYANCE intervient en deuxième rang, vous devez nous adresser l'original du bordereau de règlement émis par votre 1^{er} organisme complémentaire.

Justificatifs à fournir

Pour certains actes, vous devrez nous faire parvenir les justificatifs suivants, avant d'être remboursé :

Avec ou sans NOEMIE :

■ HOSPITALISATION	Factures originales acquittées.
■ OPTIQUE	Copie de la prescription médicale et facture originale.
■ PROTHÈSES DENTAIRES et Inlay/Onlay	Facture originale détaillée avec tarification de la Sécurité sociale indiquant le numéro des dents.
■ CURES THERMALES	
Remboursées par la Sécurité sociale	Facture (cure, hébergement, transport).
Non remboursées par la Sécurité sociale	Accord de l'Institution et facture (cure, hébergement, transport).



En fonction de votre choix NOEMIE

Honoraires médicaux - Pharmacie - Auxiliaires médicaux - Analyses de laboratoire - Orthopédie - Prothèses non dentaires.

→ Vous avez opté pour NOEMIE

Ces justificatifs peuvent être adressés sans attendre à l'Institution, immédiatement après les soins. IPECA-PRÉVOYANCE se charge alors de les rapprocher des décomptes électroniques de la Sécurité sociale.

→ Vous n'avez pas opté pour NOEMIE

Ces justificatifs doivent être joints à vos décomptes de Sécurité sociale (il faut donc les attendre).

Si vous n'avez pas fait l'avance des frais remboursables par la Sécurité sociale et que, vous avez toutefois payé la part IPECA-PRÉVOYANCE, il suffit de nous adresser le justificatif correspondant.

Lorsque vous utilisez votre carte Vitale, alors que vous avez acquitté les honoraires ou les médicaments en totalité, il reste plus prudent de conserver un reçu de paiement qui pourra, le cas échéant, vous être demandé, que vous ayez opté ou non pour NOEMIE.

Les procédures de la Sécurité sociale, à laquelle l'Institution est complémentaire, peuvent l'amener à modifier les demandes de justificatifs.



Vos prestations

Le participant dans l'impossibilité d'exercer son activité professionnelle, temporairement ou définitivement, perçoit **80%** de son salaire de base, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et de la part de salaire éventuellement maintenue par l'employeur, et ce, quelle que soit la cause de l'arrêt de travail :

- maladie ou accident ;
- relevant de la vie privée ou de la branche accident du travail et maladie professionnelle.

Calcul du salaire annuel brut de base (SAB)

IPECA-PRÉVOYANCE procédera à deux modes de calcul et retiendra le plus favorable pour vous, dans la limite de quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale :

- 4 trimestres civils précédant l'événement + primes, gratifications et commissions ;
- dernier trimestre civil précédant l'événement x 4 + primes, gratifications et commissions de l'ensemble de l'exercice.

Le salaire ainsi calculé, ramené à la journée (indemnités quotidiennes) ou au mois (rentes), servira de base de calcul aux prestations arrêt de travail.

Incapacité temporaire de travail : indemnité quotidienne

IPECA-PRÉVOYANCE intervient à compter du jour où l'employeur cesse de payer au participant un salaire supérieur ou égal à celui résultant de l'application du présent régime, en application de la Convention collective, ou de l'accord interne d'entreprise dont il relève à la date d'arrêt de travail, et au plus tôt, lorsque le cumul des jours d'arrêt de travail excède 75 jours au cours d'une période de douze mois.

En cas de maternité, l'indemnité est servie au participant de sexe féminin, ayant au moins déjà deux autres enfants à charge, à l'exception du service des prestations prévues au titre de la Convention collective applicable à l'entreprise. Les prestations sont versées à l'employeur, afin qu'il puisse procéder au précompte salarial.

Prestations

Les prestations sont payées tant que dure l'incapacité donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Le service de l'indemnité prend fin :

- en cas de cessation du service de l'indemnité journalière Sécurité sociale ;
- au classement en invalidité ;
- à la date de liquidation de la retraite CNAV ;
- en cas de maternité, tel que défini ci-dessus, à l'expiration du congé légal ;
- à la date du décès du participant.

Incapacité permanente de travail : rente d'invalidité

Le participant reconnu invalide 2^e ou 3^e catégorie, ou titulaire d'un taux corrigé d'incapacité permanente au moins égal à **66%** au titre de la branche accident du travail et maladie professionnelle, reçoit une rente.

Prestations

La rente est payée au participant lui-même, à terme échu par trimestre, sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale pour la période correspondante. Elle est virée sur son compte bancaire.

Les prestations sont payées aussi longtemps que dure l'invalidité donnant lieu au versement de la pension ou de la rente de la Sécurité sociale et au plus tard jusqu'à la date de la liquidation de la retraite servie au titre de la CCN du 14/03/1947.

Le service de cette prestation cesse dès l'instant où :

- la Sécurité sociale suspend, supprime ou réduit la pension d'invalidité à la 1^{ère} catégorie ;
- le taux corrigé de la rente d'incapacité de travail devient inférieur à **66%** ou, en cas de rachat (selon la réglementation de la Sécurité sociale) ;
- la pension d'invalidité est remplacée par la pension vieillesse pour inaptitude au travail ;
- à la date du décès du participant.

Cas particuliers

1^{ère} catégorie d'invalidité

L'invalidité 1^{ère} catégorie ne donne pas lieu à prestation de l'Institution. Toutefois, le participant en reprise d'activité à mi-temps à la suite d'une maladie grave, percevra de l'Institution une prestation représentant le complément nécessaire pour porter à 70% de son salaire de base le cumul de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale et du salaire maintenu par l'employeur sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- le Médecin Conseil de l'Institution a donné son accord au vu d'un certificat médical détaillé ;
- l'arrêt de travail précédant le classement par la Sécurité sociale doit avoir ouvert droit aux prestations ;
- la reprise à mi-temps succède immédiatement à l'arrêt de travail ;
- il perçoit la pension Sécurité sociale 1^{ère} catégorie.

En tout état de cause, la prestation cessera à l'expiration d'une période maximale de 12 mois.

Majoration pour assistance tierce personne

Le participant, dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, classé en 3^e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale, ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente au taux de 100% majorée, perçoit une majoration de sa pension, qui se trouve portée à 86% du salaire brut au lieu de 80% prévus en page 10.

Déclaration et pièces à fournir

Il appartient à l'employeur seul de déclarer l'arrêt de travail.

Pièces à fournir par l'entreprise adhérente :

- une attestation des salaires des quatre derniers trimestres civils précédant l'arrêt de travail, commissions, gratifications et primes mentionnées séparément, avec indication des périodes auxquelles elles se rapportent ;
- le certificat médical initial et les pièces portant prolongation de l'arrêt de travail ;
- les justificatifs de versement des prestations en espèces (indemnités journalières) de la Sécurité sociale ;
- en cas de pension d'invalidité, les photocopies de la notification délivrée par la Sécurité sociale, ainsi que la justification des règlements de cet organisme, le dernier avis d'imposition du participant, un relevé d'identité bancaire.



Vos garanties décès

Deux options possibles

Le participant bénéficie d'une garantie en cas de décès.

Deux options lui sont proposées :

- capital de base majoré et capitaux additionnels pour enfants à charge (**option A**) ;
- capital de base et rente éducation (**option B**).

Important :

- L'option A sera appliquée lorsque le participant n'aura exprimé aucun choix, ou s'il n'a plus d'enfant à charge.
- Le participant a la possibilité de changer d'option à tout moment.

Vos prestations

Celles-ci sont exprimées en pourcentage du salaire annuel de base.

Calcul du salaire annuel de base

IPECA-PRÉVOYANCE procédera à deux modes de calcul et retiendra le plus favorable pour vous, dans la limite de quatre fois le plafond annuel Sécurité sociale :

- 4 trimestres civils précédant l'événement + primes, gratifications et commissions ;
- dernier trimestre civil précédant l'événement x 4 + primes, gratifications et commissions de l'ensemble de l'exercice.

Option A capital de base majoré et capitaux additionnels pour enfants à charge	Option B capital et rente éducation
TAUX EN % DU SALAIRE ANNUEL DE BASE	
<p>Capital de base : 310%</p> <p>Prestations au bénéfice d'enfants âgés de moins de 25 ans et fiscalement à charge au moment du décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capital additionnel réservé par enfant à charge (dans la limite de 250% du salaire annuel de base, répartis par parts égales entre les enfants à charge) : 50% 	<p>Capital de base : 210%</p> <p>Prestations au bénéfice d'enfants âgés de moins de 25 ans et fiscalement à charge au moment du décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rente d'éducation annuelle servie par enfant à charge jusqu'à son 18^e anniversaire ou 25^e anniversaire s'il poursuit ses études : 8% <p>La rente d'éducation est payée par trimestre civil à terme échu. (dans la limite de 40% du salaire annuel de base, répartis par parts égales entre les différents enfants à charge).</p>
<p>Capital double effet</p> <p>Versé en cas de décès postérieur du conjoint ayant encore à sa charge un des enfants bénéficiaires des prestations au décès du participant : 310%</p>	

Les bénéficiaires

Enfants fiscalement à charge

Les capitaux additionnels pour enfants à charge et les rentes éducation sont versés aux enfants du participant, s'ils sont majeurs ou, s'ils sont mineurs, à la personne qui en assume la charge.

Définition des enfants à charge :

Il s'agit des **enfants du participant**, légitimes, reconnus, adoptés, ou de ceux de son conjoint, enfants dont il a la charge depuis au moins neuf ans :

- pris en compte dans le nombre de parts pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- ou, pour lesquels le participant a versé une pension alimentaire déductible jusqu'au jour de son décès ;
- **âgés de moins de 25 ans ;**
- **ou handicapés, sans condition d'âge, dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle** (au sens des dispositions légales ou réglementaires, applicables aux personnes handicapées).

Autres bénéficiaires

Il appartient au participant de choisir les personnes qui bénéficieraient du **capital de base**, ce choix pouvant ensuite être modifié.

Deux possibilités sont proposées :

1/ Clause standard

Le capital décès est versé :

- au conjoint du participant au jour du décès ;
- à défaut, à ses enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou pupilles de la nation dont il est le tuteur, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant aux descendants directs, par parts égales entre eux, ou à défaut, à ses frères et sœurs survivants, par parts égales entre eux ;
- à défaut, au père et à la mère du participant, par parts égales entre eux, ou au survivant, pour la totalité ;
- à défaut aux grands-parents du participant, par parts égales entre eux, ou au survivant, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs du participant, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses descendants directs, par parts égales entre eux, ou à défaut de descendants du prédécédé, à ses frères et sœurs survivants, par parts égales entre eux.

2/ Désignation particulière

Le participant peut, arrêter des dispositions personnelles. **La clause doit alors préciser le lien de parenté du ou des bénéficiaires, à défaut**, les nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de Sécurité sociale de chaque personne désignée comme bénéficiaire. Il doit également être indiqué la part de capital attribuée à chacun, en veillant à ce que le total corresponde bien à **100%** du capital, ainsi que la destination des sommes en cas de prédécès de l'un, de plusieurs ou des tous les bénéficiaires.

Cette clause doit :

- être portée sur les formulaires fournis par l'Institution à cet effet ;
- ou être adressée à IPECA-PRÉVOYANCE, dûment datée, éventuellement sous pli confidentiel fermé ;
- ou être déposée chez un notaire ; dans ce cas particulier, le participant en informe IPECA-PRÉVOYANCE et communique les coordonnées du notaire.

Il n'est pas possible de désigner comme bénéficiaire un établissement bancaire ou financier.

Dispositions communes à tous les bénéficiaires qu'ils relèvent d'une désignation particulière ou de la clause standard

Dans le cas où le participant et son conjoint décèderaient des suites du même événement, dans un délai d'un an et sans que ce dernier ait manifesté qu'il acceptait le bénéfice de la garantie, le capital de base serait versé aux bénéficiaires des rangs suivants, dans l'ordre défini ci-avant.

Lorsque le décès est dû au fait volontaire d'un ou plusieurs bénéficiaires, la part de celui-ci ou de ceux-ci sera versée aux autres bénéficiaires.

Cas particulier de l'invalidité absolue et définitive (IAD)

Les prestations décès sont payables en cas d'invalidité absolue et définitive.

Tout participant peut demander à être reconnu par l'Institution en état d'invalidité absolue et définitive, s'il justifie d'un titre de rente d'invalidité de 3^e catégorie avec majoration pour assistance d'une tierce personne ou, en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente à **100%** avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Les garanties et prestations prévues en cas de décès seront alors versées par IPECA-PRÉVOYANCE conformément au choix du participant : capital majoré et capital additionnel ou capital et rente d'éducation.

Le versement des prestations au participant ou à son représentant légal met fin à la garantie décès (sauf le capital double effet).

Déclaration et documents à fournir

Le décès ou IAD (invalidité absolue et définitive) doit être déclaré à IPECA-PRÉVOYANCE, au plus tard dans les six mois suivant la date de l'événement et, pour l'IAD, au plus tard dans les deux mois suivant la liquidation de la retraite AGIRC du participant par :

- l'entreprise adhérente ;
- ou, à défaut, les bénéficiaires en cas de décès, ou le participant, ou le représentant légal en cas d'invalidité absolue et définitive.

Pièces à fournir, en cas de décès ou d'IAD

✓ **Pièces à fournir par les bénéficiaires du capital décès :**

- un extrait d'acte de naissance du décédé avec mentions marginales ;
- un acte de notoriété du décédé, mentionnant l'ordre des héritiers ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat médical précisant les circonstances du décès sous pli confidentiel adressé au Médecin Conseil de l'Institution ;
- un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales de chaque bénéficiaire ;
- un RIB du ou des bénéficiaires.

Dans le cas où la garantie du capital additionnel réservé en cas d'enfants à charge ou de la rente éducation est applicable, il convient de transmettre également :

- la photocopie du dernier avis d'imposition ou toute autre pièce justificative, notamment établie par le notaire chargé de la succession, attestant que le ou les enfants étaient fiscalement à la charge du participant, le jour de son décès ;
- la photocopie de la dernière déclaration fiscale ;
- un engagement sur l'honneur de la personne ayant, après le décès du participant, la charge du ou des enfants, déclarant qu'elle en a effectivement la charge et qu'elle fournira, ultérieurement à l'Institution, l'avis d'imposition correspondant à l'année du décès ;
- un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales pour chacun des enfants bénéficiaires ;
- un RIB de l'enfant majeur ;
- un certificat de scolarité ou tout autre justificatif concernant les enfants de plus de 18 ans ;
- pour l'enfant bénéficiaire de la rente éducation, il devra être fourni chaque année, pour le 31 octobre, l'avis d'imposition justifiant qu'il est à charge ; et un certificat de scolarité au-delà des 18 ans de l'enfant.

Toutes autres pièces qui se révéleraient nécessaires.

✓ **Pièces à fournir par l'entreprise :**

- une attestation des salaires bruts des quatre trimestres civils précédant la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive, commissions, gratifications et primes versées au titre de ces trimestres et mentionnées séparément, avec l'indication des périodes auxquelles elles se rapportent, sauf si le décès ou l'invalidité absolue et définitive intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée par l'Institution.

✓ **Pièces à fournir par le participant en IAD :**

- une demande manuscrite de versement du capital invalidité absolue et définitive, datée et signée, du participant ou de son représentant légal ;
- la notification d'attribution d'une pension de 3^e catégorie avec majoration pour assistance d'une tierce personne par les Assurances Sociales ou d'une rente d'incapacité de travail au taux de **100%** avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- un certificat médical détaillé concluant à un état d'invalidité absolue et définitive sous pli confidentiel adressé au Médecin Conseil de l'Institution ;
- un extrait d'acte de naissance du participant avec mentions marginales ;
- un RIB du participant ;
- toutes autres pièces qui se révéleraient nécessaires.



Dispositions communes aux garanties santé, arrêt de travail et décès

Les prestations présentées dans cette notice sont liées à la législation en vigueur et certaines garanties peuvent être modifiées à la suite d'une évolution de celle-ci.

Prise d'effet des garanties

Le personnel cadre et assimilé bénéficie des garanties décrites dans la présente notice pour tous les événements et toutes les dépenses de santé intervenant à compter de son affiliation sous réserve des dispositions relatives aux suicides.

Revalorisation

Des prestations

Les prestations rentes d'éducation et arrêt de travail sont revalorisées chaque 1^{er} janvier en fonction de la variation de la valeur du point AGIRC, ces revalorisations étant acquises pour toute la durée de service des prestations. Il n'est plus accordé de nouvelle revalorisation après résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

Des salaires

Pour le calcul des prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, lorsque ces événements surviennent au cours d'un arrêt de travail, le salaire annuel de base est revalorisé dans les mêmes conditions que celles applicables aux prestations d'arrêt de travail entre la date de survenance et l'arrêt de travail.

Résiliation de l'adhésion ou suppression de la garantie

En cas de résiliation de l'adhésion ou de la garantie et, à condition que les prestations continuent d'être dues, la revalorisation acquise continue à être servie jusqu'à son terme normal pour le montant atteint à la date de résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Prescription

Toutes actions relatives aux prestations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, par cinq ans pour l'incapacité temporaire et par dix ans pour les prestations relatives au décès.

La prescription court également pour les mineurs, les majeurs en tutelle ou curatelle. Elle est interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription et peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le participant ou le bénéficiaire de la prestation au siège d'IPECA-PRÉVOYANCE.

Dispositions communes aux garanties santé, arrêt de travail et décès

Fin des garanties

Les garanties du contrat de groupe cessent :

- à compter de la résiliation du contrat par l'entreprise ou à son terme ;
- pour défaut de paiement des cotisations par l'entreprise ;
- à compter de la rupture ou de la suspension du contrat de travail du participant, à l'exception du cas d'un licenciement bénéficiant de la "portabilité des droits" en conformité avec l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008.

Exclusions

Sont exclues des garanties les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un attentat lorsque le participant prend une part active à l'événement.

Sont également exclus :

- au titre des garanties décès et invalidité absolue et définitive (pages 13 à 15) :
 - le suicide du participant, avant une année continue d'affiliation. Toutefois, le suicide est garanti si, du fait de son affiliation au présent contrat et précédemment à un autre contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, le participant réunit une année continue d'assurance à la date du suicide ;
 - la participation à **titre professionnel** et en tant que **concurrent**, à une compétition sportive ou non, à des matchs ou des paris ;
 - les vols d'essais d'appareils non certifiés, s'ils concernent plus de cinq participants de l'Institution, devront faire l'objet d'une déclaration préalable, au moins quinze jours avant l'événement, pour être garantis.
- au titre des garanties arrêt de travail (pages 11 et 12) :
 - les compétitions aériennes et celles comportant l'utilisation d'engins motorisés ;
 - la participation à titre professionnel et en tant que concurrent, à une compétition sportive ou non, à des matchs ou des paris ;
 - les vols d'essais d'appareils non certifiés, s'ils concernent plus de cinq participants de l'Institution, devront faire l'objet d'une déclaration préalable au moins quinze jours avant l'événement, pour être garantis.
- au titre des garanties santé (pages 3 à 10) :
 - les accidents ou maladies occasionnés par la désintégration du noyau atomique ;
 - les opérations de chirurgie esthétique, sauf intervention réparatrice à la suite d'un accident ou d'une affection somatique ;
 - les frais engagés, soit avant l'affiliation, soit après la radiation du participant.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux obligations minimales de prise en charge au titre des contrats responsables.

Lorsque les garanties prennent fin, les frais seront pris en charge par l'Institution en fonction de la date de soins retenue par la Sécurité sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur, s'ils interviennent pendant la période d'affiliation.

Par ailleurs et sauf mention contraire, ne sont pas pris en charge les actes hors nomenclature Sécurité sociale.

Tout au long de votre vie, vous restez un participant IPECA-PRÉVOYANCE

Vous avez la possibilité d'adhérer à titre individuel au terme ou en cas de suspension de votre affiliation au contrat EADS, qu'il s'agisse de :

- retraite, préretraite, chômage ;
- congé parental, congé pour création d'entreprise ou congé sabbatique (suspension du contrat de travail).

IPECA-PRÉVOYANCE vous propose des garanties performantes et adaptées.

Quelle que soit votre situation, **les complémentaires santé IPECA** vous seront proposées sans questionnaire de santé ni délai de carence. De plus, vous bénéficierez de tarifs inchangés au-dessus de 55 ans, quels que soient votre âge et votre état de santé.

Si vous êtes préretraité ou demandeur d'emploi âgé de plus de 55 ans : garantie décès jusqu'à 15 plafonds de la Sécurité sociale et maintien du revenu en cas d'inaptitude au travail**.

Si vous êtes en congé parental, congé pour création d'entreprise ou congé sabbatique : maintien du contrat groupe (sauf arrêt de travail).

En outre, IPECA-PRÉVOYANCE propose des garanties obsèques et décès.

Votre famille toujours protégée

S'ils n'ont plus la qualité d'ayants droit, votre conjoint ou vos enfants peuvent opter individuellement pour une garantie complémentaire santé auprès d'IPECA-PRÉVOYANCE :

- après l'âge de 25 ans pour les enfants ;
- en cas de décès ou de divorce pour le conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.

* dans un délai maximum de six mois.

** sauf si vous ne bénéficiez pas d'indemnités chômage.

Maintien des garanties complémentaires de santé et de Prévoyance à compter du 1^{er} juillet 2009

Conformément aux dispositions de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par avenant du 18 mai 2009, vous pouvez obtenir le maintien des couvertures complémentaires santé et prévoyance en vigueur dans l'entreprise pendant votre période de chômage.



Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition :

- Que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez votre dernier employeur ;
- De fournir à votre dernier employeur la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties commence à compter de la cessation du contrat de travail (fin du préavis ou notification du licenciement en cas de dispense de préavis). Il s'applique pendant une durée égale à la durée de votre dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois de couverture. Vous devez informer votre ancien employeur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien.

Le maintien s'applique à l'ensemble des garanties complémentaires en vigueur dans l'entreprise. Cependant, nous vous précisons que les prestations du Régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.

Vous avez la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties. Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties (frais de santé et prévoyance). Elle doit être notifiée expressément par écrit à votre ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Si vous décidez de conserver le bénéfice de ces garanties, le financement de ce dispositif sera assuré conjointement par l'entreprise et vous même dans les mêmes proportions que celles applicables aux salariés de l'entreprise. À cet effet, votre ancien employeur vous indiquera les modalités pratiques pour assurer ce financement.

Le non-paiement de votre part de cotisation aux dates d'échéance, libère votre ancien employeur de toute obligation et entraîne la perte de vos garanties pour la période restant à courir.

**Nous vous invitons à prendre contact
avec nos conseillers**

N°Azur 0 810 234 234

PRIX D'UN APPEL LOCAL
