

## IPECA PREVOYANCE DEMANDE D'ADHESION

IPECA PRÉVOYANCE / 5 rue Paul Barruel / 75740 Paris cedex 15

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale et relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

### CHEF DE FAMILLE

NOM : ..... Prénom: ..... NOM de jeune fille : .....

CELIBATAIRE  MARIE(E)  DIVORCE(E)  PACSE(E)  CONCUBIN  VEUF(VE)

Né(e) le ... / ... / ..... N° de S.S. .... CPAM .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Téléphone ..... Mail .....

### CONJOINT

### ENFANTS (précisez le nom si différent du chef de famille)

Nom de jeune fille	Nom – Prénom	Né(e) le
Prénom .....	.....	/ ... / .....
Né(e) le ... / ... / .....	.....	/ ... / .....
N° de S.S. ....	.....	/ ... / .....
CPAM .....	.....	/ ... / .....

Pour vos données indiquées ci-dessus, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de IPECA PREVOYANCE conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, par le Règlement européen sur la protection des données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et par la loi du 20 juin 2018, modifiées par le Règlement européen sur la protection des données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et par la loi du 20 juin 2018.

**Demande à adhérer à la surcomplémentaire du contrat :** (Mettre une croix dans la case choisie)  
*Les cotisations sont prélevées sur compte bancaire.*

« **NON CADRE NON FORFAITE** » et « **CADRE ET FORFAITE** » :

MODULAIRE OPTIONS DU CONTRAT AIRBUS  
(24 mois minimum)

PV ① ② ③  
PH ① ② ③

PDO ① ② ③  
PC\* ① ② ③

\*Compléter le document  
Contribution obsèques

« **CADRE ET FORFAITE** » :

DENTAIRE & OPTIQUE PLUS  (12 mois minimum)

ENERGIE  (24 mois minimum)

COMPLEMENTAIRE CONFORT  (12 mois minimum)

Et déclare avoir pris connaissance des offres et des Conditions Générales régissant le contrat souscrit.

A compter du ... / ... / .....

Fait à .....

Le ... / ... / .....

Signature :

En deux exemplaires : *Un exemplaire Participant,  
Un **exemplaire à retourner à votre agence IPECA-MSAé dont les coordonnées figurent au verso.***

## Communication réglementaire sur les taux

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2019 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de santé	
Type de taux	Taux de 2019
Prestations/Cotisations (1)	85%
Frais de gestion (2)	12.2%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE:

Participant	Attestation de Sécurité sociale.
Conjoint	Attestation de Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social. + Photocopie du livret de famille.
Concubin selon les conditions d'affiliation que vous pourrez consulter dans votre notice d'information	Attestation sur l'honneur+ Justificatif de domicile commun (quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition) + Attestation de Sécurité sociale, s'il est lui-même assuré social.
Partenaire de PACS	Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'instance. + Attestation de Sécurité sociale.
Enfant selon les conditions d'affiliation que vous pourrez consulter dans votre notice d'information	Attestation de Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit ou de l'enfant immatriculé à son propre nom. + Photocopie du certificat de scolarité, du justificatif de poursuite d'étude, du contrat d'apprentissage, du contrat de professionnalisation ou photocopie de l'avis d'imposition du Participant ou du concubin.
Enfant handicapé fiscalement à charge	Photocopie de l'avis d'imposition. + Notification de versement de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).
Ascendant du Participant selon les conditions d'affiliation que vous pourrez consulter dans votre notice d'information	Photocopie de l'avis d'imposition du participant sur laquelle figurent vos ascendants ou certificat de bénéficiaire à la CMU-C.
Pour le versement des prestations	Un relevé de coordonnées bancaires (Si celui-ci ne n'est pas au nom de l'assuré ou sur un compte joint, un accord écrit de sa part est nécessaire).

## Vos agences IPECA MSAé

[www.mutuelle-msae.fr](http://www.mutuelle-msae.fr)

### MARIGNANE

CS 70069  
13726 MARIGNANE CEDEX  
Tel : 04.42.85.85.36  
contact.marignane@msae.fr

### MÉAULTE

Stelia Aerospace  
Rte de Bray  
80300 MEAULTE  
Tél.03.22.64.32.36  
Tél.03.22.64.17.51  
contact.meaulte@msae.fr

### SAINT-NAZAIRE

CSE Airbus  
RueHenriGautier  
44550 Montoir de Bretagne  
TEL. 09.73.87.37.01  
(appel non surtaxé)  
TEL. 02.53.48.52.00  
contact.saintnazaire@msae.fr

### NANTES

CS 54307- 44343  
BOUGUENNAIS cedex  
Tel : 02.51.19.74.96  
contact.nantes@msae.fr

### DUGNY-LEBOURGET

CSE AIRBUSHELICOPTERS  
3, rue Sébastien et Jacques Lorenzi  
93440 Dugny  
Tél. 01.49.34.41.12  
contact.dugny@msae.fr

### ROCHFORT

Stelia Aerospace  
CS 40331-  
Rue de l'arsenal  
17315 Rochefort cedex  
Tél. 05.46.82.84.37  
contact.rochefort@msae.fr

### TOULOUSE

15,chemindelaCrabe  
31300Toulouse  
Tél. 05.61.15.88.32  
contact.toulouse@msae.fr

### ASSISTANCE :

Depuis la France :  
Tél : 01.40.25.58.12  
Depuis l'étranger :  
Tél : +33.1.40.25.58.12  
Référence : 620510