

Régime de Prévoyance des entreprises de logistique de communication écrite directe

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Conditions générales n° IDCC1611-20180101

Edition novembre 2019

GROUPE LOURMEL (Siret n° 399 111 228 00017), 108 rue de Lourmel 75718 PARIS Cedex 15 - www.lourmel.com - Tél. 01 40 60 20 00 - Fax. 01 45 54 28 42. Alliance professionnelle Retraite Agirc-Arrco - Institution de retraite complémentaire régie par le code de la Sécurité sociale – Institution Agirc-Arrco n°F 201 – Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS - SIREN 775 670 532 ; CARPILIG/P (Caisse du Régime de Prévoyance de l’Imprimerie et du Livre, des Industries Graphiques et des métiers de la communication), régie par le code de la Sécurité sociale dans le cadre des dispositions de l’article L.911-1 et suivant du livre IX du code de la Sécurité sociale - SIREN 533 889 960 ; MGI (Mutuelle Générale Interprofessionnelle), soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN 437 994 205. LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES, société anonyme au capital de 10 000 000 d’euros, régie par le code des assurances - SIREN 852 274 315.

Table des matières

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES.....	6
Article 1 - Date d'effet et objet du Contrat	6
Article 2 – Adhésion.....	6
Article 3 – Durée du Contrat / Renouvellement.....	7
Article 4 – Catégories de personnel.....	7
Article 5 – Conditions d'affiliation	8
Article 6 – Reprise du Passif.....	8
6.1 Incapacité de travail – Invalidité – Décès	8
6.2 Portabilité (article L911-8 du code de la Sécurité sociale)	9
Article 7 - Modification du Contrat.....	9
7.1 Régime conventionnel.....	9
7.2 Régime supplémentaire.....	10
Article 8 - Cessation et suspension des garanties	10
8.1 Cessation des garanties	10
8.2 Suspension des garanties	10
Article 9 - Cotisations.....	10
9.1 Assiette des cotisations	10
9.2 Paiement des cotisations.....	10
9.3 Non-paiement des cotisations.....	10
9.4 Révision des taux de cotisation	11
Article 10 – Information des participants.....	11
Article 11 –Les Prestations	12
11.1 Salaire de référence des prestations.....	12
11.2 Revalorisation et révision des prestations	12
11.3 Déclaration des Sinistres	12
11.4 Contrôle Médical	13
Article 12 - Maintien des garanties.....	13
12.1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	13
12.2 Maintien des garanties en cas de décès	14

Article 13 – Portabilité des garanties (article L911-8 du code de la Sécurité sociale)	14
13.1 Conditions d’ouverture des droits.....	14
13.2 Prise d’effet et durée.....	15
13.3 Les conditions de cessation du maintien.....	15
13.4 Le financement	15
13.5 Le niveau de garantie.....	15
Article 14 – Exclusions	15
14.1 Exclusions concernant l'incapacité / invalidité.....	15
14.2 Exclusions concernant le capital décès.....	16
Article 15 – Etendue Territoriale	16
Article 16 – Résiliation de l’Adhésion	16
Article 17 – Cessation d’activité de l’Adhérent	17
Article 18 – Changement d’activité de l’Adhérent	17
Article 19 – Procédure de sauvegarde / Redressement judiciaire / Liquidation judiciaire	17
Article 20 – Prescription	17
Article 21 - Subrogation.....	18
Article 22 – Contrôle.....	18
Article 23 – Informatique et Liberté.....	18
Article 24 – Fausse déclaration.....	19
Article 25 – Réclamation / Commission de recours gracieux / Médiateur de la consommation / Lutte anti blanchiment.....	19
25-1 Réclamation / Commission de recours gracieux / Médiateur de la consommation.....	19
25-2 Lutte anti blanchiment	20
TITRE II – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU REGIME DECES	20
Article 26- Objet de la garantie décès	20
Article 27 - Garantie Capital Décès toutes causes.....	20
Article 28 - Majoration pour charge de famille	20
Article 29 - Bénéficiaires.....	20
Article 30 – Formalités.....	21
Article 31 - Capitaux décès non réclamés.....	22
TITRE III – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU REGIME INCAPACITE / INVALIDITE	22
Article 32 - Objet du régime incapacité/invalidité	22
Article 33 - Définition et montant des prestations.....	22

33.1 Indemnités journalières.....	22
33.2 Rente en cas d'invalidité.....	23
33.3 Rente en cas d'incapacité permanente	23
Article 34 - Rechute	23
Article 35 - Reprise d'activité.....	23
Article 36 - Règle de cumul.....	24
Article 37 - Paiement et durée	24
37.1 Indemnités journalières.....	24
37.2 Rentes d'invalidité et d'incapacité permanente.....	24
Article 38 - Formalités	25
TITRE IV - DESCRIPTIF DES GARANTIES ET COTISATIONS DU REGIME CONVENTIONNEL	25
Article 39 – Garanties souscrites	25
39.1 Garantie Incapacité de travail.....	25
39.2 Garantie Invalidité (et incapacité permanente)	25
39.3 Garantie Décès.....	26
39.4 Garantie décès 1.50% cadre	26
Article 40 - Cotisations.....	26
TITRE V - DESCRIPTIF DES GARANTIES ET COTISATIONS DU REGIME SUPPLEMENTAIRE	27
Article 41 – Garanties supplémentaires	27
41.1 Options Incapacité de travail.....	27
41.2 Option Mensualisation (protection employeur)	27
41.3 Options Invalidité.....	27
41.4 Options décès	28
Article 42 - Cotisations.....	28

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Date d'effet et objet du Contrat

Les présentes Conditions générales fixent les conditions dans lesquelles **CARPILIG/P (« L'Institution »)**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 108, rue de Lourmel, PARIS XVe, assure la couverture des salariés (« **les membres Participants** ») d'une entreprise relevant de la Convention collective nationale des entreprises de logistique de communication écrite directe (« **l'Adhérent** »), qui conclue un contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de l'Institution (le « Contrat ») dans le cadre des dispositions des articles L911-1 et suivants du code de la Sécurité sociale, au titre de garanties décès, d'incapacité de travail et d'invalidité.

Ces garanties comportent :

- des garanties conformes aux dispositions de la Convention collective nationale des entreprises de logistique de communication écrite directe,
- des options complémentaires choisies par l'entreprise (« l'Adhérent ») dans la demande d'adhésion correspondante.

Les garanties ne peuvent prendre effet au plus tôt que le 1^{er} janvier 2018 dans les conditions prévues par l'article 3 ci-après.

Le Contrat est formé des Conditions générales et du Certificat d'adhésion qui comporte notamment:

- la date d'effet du Contrat,
- la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
- les garanties souscrites
- les taux de cotisation.

L'engagement réciproque de l'Adhérent et de l'Institution résulte de la signature du certificat d'adhésion.

Article 2 – Adhésion

La demande d'adhésion au Contrat d'une entreprise (« **L'Adhérent** ») relevant de la Convention collective nationale des entreprises de logistique de communication écrite directe s'effectue auprès de CARPILIG/P (l'Institution), membre du Groupe Lourmel.

Toute adhésion s'effectue dans le cadre de l'article L242-1 6^{ème} alinéa du code de la Sécurité sociale (opération collective de prévoyance à adhésion obligatoire).

Préalablement à la signature d'une demande d'adhésion, chaque entreprise reçoit les statuts de l'institution, les conditions générales du Contrat.

L'Institution remet à l'Adhérent le Certificat d'adhésion qui doit lui être retourné signé par l'Adhérent.

Chaque entreprise souhaitant devenir Adhérent doit adresser à l'Institution :

- une demande d'adhésion dûment complétée et signée par l'entreprise dans laquelle elle déclare avoir pris connaissance des Statuts de l'Institution et des conditions générales et accepte de s'y conformer et

dans lequel elle indique la date d'effet de l'adhésion souhaitée, la catégorie du personnel à affilier (cadre ou non cadre), les garanties de prévoyance supplémentaire souscrites,

- la liste nominative du personnel concerné (comprenant notamment le nom, prénom, la date de naissance, la catégorie cadre ou non cadre, la date d'entrée dans l'entreprise),
- la liste du personnel en arrêt de travail ou bénéficiaire d'une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale,
- la liste des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale au moment de la demande d'adhésion et la liste des salariés susceptibles de bénéficier de cette portabilité au moment de cette demande d'adhésion.

La conclusion du Contrat est subordonnée à l'acceptation de l'Institution, matérialisée par un certificat d'adhésion comprenant notamment la date d'effet de l'adhésion, la catégorie de personnel assuré (cadre ou non cadre), les garanties souscrites, les assiettes et les taux de cotisation correspondant aux garanties souscrites.

L'entreprise devient Adhérent de CARPILIG/P au jour de la prise d'effet du Contrat.

Avec le certificat d'adhésion, l'Institution adresse à l'Adhérent une notice qui définit les garanties souscrites dans le cadre du Contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'Adhérent doit remettre à chaque membre Participant la notice d'information, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité sociale et, sur demande du membre Participant, un bulletin de désignation du capital-décès.

Article 3 – Durée du Contrat / Renouvellement

3.1 Le Contrat prend effet à la date fixée au certificat d'adhésion et expire le 31 décembre suivant. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'une année, sauf en cas de résiliation matérialisée par l'envoi par l'Adhérent à CARPILIG/P d'une lettre recommandée avant le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation par l'Institution s'effectue dans les mêmes conditions. Le cachet de la poste fait foi du respect du délai de préavis.

Une tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

3.2 En cas de résiliation ou de non renouvellement du Contrat, le membre Participant peut souscrire à titre individuel aux conditions et aux tarifs qui lui seront proposés par l'Institution. Il doit en faire la demande dans un délai de trois mois à compter de la résiliation ou le non renouvellement du Contrat.

Article 4 – Catégories de personnel

Sont assurés dans les conditions de l'Article 5 – Conditions d'affiliation les catégories de salariés cadres ou non cadres définies au certificat d'adhésion, l'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Article 5 – Conditions d’affiliation

L’Adhérent s’engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel définie dans le certificat d’adhésion, dans le respect de la réglementation et selon l’acte juridique instituant le régime pour que le salarié puisse s’en prévaloir.

Les salariés de l’Adhérent sont, après accord de l’Institution, affiliés :

- à la date d’effet indiquée dans le certificat d’adhésion
- ou, lorsqu’elle est postérieure, à la date d’embauche, à la date d’entrée dans une catégorie socio-professionnelle couverte par l’adhésion au règlement,
- à la date de fin de l’éventuelle dispense d’adhésion aux garanties du régime supplémentaire.

Les demandes d’affiliation remplies par l’Adhérent doivent être adressées à l’Institution afin qu’elles puissent être enregistrées. Le salarié devient alors un membre Participant de l’Institution.

Article 6 – Reprise du Passif

6.1 Incapacité de travail – Invalidité – Décès

Les salariés en incapacité de travail ou bénéficiaires d’une rente d’invalidité de la Sécurité sociale ou d’une rente d’incapacité permanente de la Sécurité sociale à la date de prise d’effet du Contrat et faisant toujours partie des effectifs de l’Adhérent, bénéficient des garanties du Contrat, dans les conditions ci-après définies, à la condition impérative que l’Adhérent les ait déclarés nominativement sur les deux annexes suivantes à la demande d’adhésion : la fiche 1 intitulée « liste du personnel à affilier » et la fiche 2 intitulée « liste du personnel en arrêt de travail » comprenant notamment le nom et le prénom, la date de naissance, la qualité cadre / non cadre, le salaire perçu au cours des 12 derniers mois civils précédant l’arrêt de travail, la date de survenance de l’arrêt de travail, le type et le montant des prestations perçues de la Sécurité sociale et du traitement de base atteint à la date d’effet de l’adhésion.

En cas de couverture par un précédent organisme assureur autre que l’Institution, l’Adhérent doit impérativement fournir à l’Institution avec la demande d’adhésion :

- le contrat souscrit auprès du précédent organisme assureur et la liste des salariés pris en charge par ce précédent assureur dans le cadre d’un arrêt de travail, d’une invalidité ou d’une incapacité.

Dans ces conditions, les salariés susvisés bénéficient immédiatement des garanties du Contrat de l’Institution sous déduction des prestations dues par l’éventuel précédent organisme assureur selon les dispositions définies ci-après. Ces dispositions s’appliquent aussi aux anciens salariés de l’Adhérent bénéficiant de la portabilité de l’article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

Garantie Décès

Les salariés percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou une rente d’invalidité ou une pension d’incapacité permanente de la Sécurité sociale bénéficient de la garantie décès de l’Institution à la date de prise d’effet du Contrat à la condition impérative qu’ils aient été déclarés à la fiche 1 au titre des effectifs et à la fiche 2 ; lesdites fiches étant annexées à la demande d’adhésion. **Toutefois si ces salariés étaient précédemment couverts par une garantie décès d’un autre organisme assureur ils bénéficient des prestations décès de l’Institution sous déduction des prestations décès accordées par le précédent organisme assureur. L’institution ne verse en conséquence que le solde du capital assuré, dans la limite du montant assuré par le Contrat, après déduction des prestations décès accordées par le précédent organisme assureur.**

Garanties incapacité de travail – Invalidité

Les salariés percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou une rente d'invalidité ou une pension d'incapacité permanente de la Sécurité sociale précédemment assurés par un autre organisme assureur bénéficient des garanties incapacité de travail, invalidité de l'Institution sous déduction des prestations versées par l'autre organisme assureur.

Au titre de la garantie « incapacité temporaire », les arrêts de travail en cours au moment de la prise d'effet du Contrat ne sont pas indemnisés par l'Institution pour absence d'aléa. De même les rechutes suite à un arrêt de travail indemnisé par un précédent assureur ne sont pas prises en charge par l'Institution au titre de la garantie « incapacité temporaire ».

Au titre de la garantie « incapacité temporaire », la période de franchise est déterminée à compter du 1er jour d'un nouvel arrêt de travail pendant l'adhésion du membre Participant au Contrat de l'Institution.

La garantie « invalidité » du Contrat constitue une prestation différée de l'état d'incapacité de travail et demeure en conséquence à la charge de l'ancien organisme assureur ayant pris en charge l'incapacité de travail.

6.2 Portabilité (article L911-8 du code de la Sécurité sociale)

Lors de la demande d'adhésion, l'Adhérent est tenu de communiquer à CARPILIG/P d'une part la liste des anciens salariés en situation de portabilité des droits au moment de demande d'adhésion et des salariés susceptibles de bénéficier de cette portabilité au jour de la demande d'adhésion, et d'autre part parmi ceux-ci la liste des personnes percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou une rente d'invalidité ou une pension d'incapacité permanente de la Sécurité sociale.

Cette liste doit comprendre :

- le nom, prénom, date de naissance de l'ancien salarié considéré
- la date d'entrée et de sortie de l'entreprise
- la catégorie cadre / non cadre
- le salaire annuel brut de l'ancien salarié au moment de sa sortie de l'entreprise
- la date de fin maximale de portabilité.

Article 7 - Modification du Contrat

7.1 Régime conventionnel

En cas de modification du régime conventionnel de prévoyance des entreprises de logistique de communication écrite directe, ou lorsque la législation ou la réglementation vient à modifier les conditions dudit régime conventionnel de prévoyance ou la portée des engagements de l'Institution, le présent Contrat, sera modifié en conséquence par CARPILIG/P. CARPILIG/P notifie à chaque Adhérent les modifications apportées au présent Contrat en lui transmettant un avenant au moins deux mois avant la date de prise d'effet de la ou des modifications. L'Adhérent dispose d'un délai d'un mois, à compter de la réception de la notification, pour signifier à CARPILIG/P par lettre recommandée avec accusé de réception son éventuel refus de l'avenant; **le refus équivaut à une demande de résiliation du Contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire.** Passé ce délai d'un mois, l'Adhérent est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

7.2 Régime supplémentaire

En cas de modification du Régime supplémentaire de prévoyance, le Contrat, sera modifié en conséquence par CARPILIG/P. L'Institution notifie à chaque Adhérent les modifications apportées au Contrat avant le 31 octobre de l'année en cours pour une application au 1^{er} janvier de l'année suivante.

L'Adhérent dispose d'un délai d'un mois, à compter de la réception de la notification, pour signifier à CARPILIG/P par lettre recommandée avec accusé de réception son éventuel refus de l'avenant; **le refus équivaut à une demande de résiliation du Contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire.** Passé ce délai d'un mois, l'Adhérent est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

Article 8 - Cessation et suspension des garanties

8.1 Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions des articles 12-Maintien des garanties et 13-Portabilité des garanties ainsi que des dispositions propres à chaque garantie, les garanties cessent définitivement au plus tard :

- à la date de prise d'effet de la résiliation de la garantie dans le Contrat;
- à la date de prise d'effet de la résiliation du Contrat;
- à la date de radiation du membre participant des effectifs de l'Adhérent ou celle à laquelle il cesse d'appartenir aux catégories de personnel définies au Contrat.

8.2 Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues dans les conditions prévues aux dispositions des articles 9.3 Non-paiement des Cotisations et 12-Maintien des garanties.

Article 9 - Cotisations

9.1 Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est constituée par la rémunération brute servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale. Elle est fractionnée en deux tranches définies comme suit :

- Tranche A : fraction de salaire inférieur ou égal au salaire annuel de la Sécurité sociale
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre le salaire annuel plafond de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci pour les cadres et art.36, trois fois celui-ci pour les non cadres.

L'assiette et les taux de cotisation sont indiqués dans le certificat d'adhésion.

9.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu dans les trente premiers jours suivant chaque échéance. A la demande de l'Adhérent, formalisée par l'envoi à l'Institution d'une lettre en recommandé avec accusé de réception, la périodicité peut devenir trimestrielle.

9.3 Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours qui suivent l'échéance, CARPILIG/P adresse à l'Adhérent une lettre recommandée rappelant l'échéance, le montant dû, les frais de poursuite et de recouvrement et le mettant en demeure de procéder au règlement dans les trente jours. L'Institution peut suspendre les garanties à défaut de paiement trente jours après la mise en demeure de l'Adhérent.

L'Institution a le droit de dénoncer le Contrat dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.

Le contrat non dénoncé reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

L'institution se réserve la possibilité d'exercer toute voie de droit qu'elle jugera utile pour procéder au recouvrement des cotisations.

9.4 Révision des taux de cotisation

1/ Les taux de cotisation sont réexaminés par le Conseil d'Administration de CARPILIG/P et peuvent être modifiés en fonction des résultats du régime conventionnel et du régime supplémentaire.

Le changement des cotisations doit être signifié à l'Adhérent au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Il prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

2/ Les taux de cotisation peuvent être modifiés à tout moment par CARPILIG/P en fonction de l'évolution du régime de prévoyance validée par un accord de branche des entreprises de logistique de communication écrite directe.

3 / Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par CARPILIG/P en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

A réglementation constante et dans la mesure où le régime conventionnel de prévoyance défini dans l'accord de branche des entreprises de logistique de communication écrite directe du 23 novembre 2017 n'est pas modifié, la première modification de taux du régime conventionnel ne pourra intervenir avant le 1^{er} janvier 2020.

Tout changement de cotisations doit être signifié à l'Adhérent au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement de taux.

Toute révision des cotisations doit faire l'objet d'un avenant au Contrat signé par l'Adhérent et l'Institution conformément à l'article L 932-3 du code de la Sécurité sociale.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser CARPILIG/P, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification. Ce refus entraînera la résiliation du Contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai d'un mois, l'Adhérent est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

Article 10 – Information des participants

Conformément aux dispositions de l'article L932-6 du code de la Sécurité sociale, CARPILIG/P établit une notice qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'Adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque membre Participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres Participants, l'Adhérent est également tenu d'informer chaque membre Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'institution.

La preuve de la remise de la notice au membre Participant et de l'information relatives aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

Article 11 –Les Prestations

11.1 Salaire de référence des prestations

Les prestations sont calculées à partir d'un salaire de référence défini en fonction du salaire du membre Participant :

Il est constitué d'une ou plusieurs des tranches suivantes :

- Tranche A : fraction de salaire inférieur ou égal au salaire annuel de la Sécurité sociale
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre le salaire annuel plafond de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci pour les cadres et art.36, trois fois celui-ci pour les non cadres.

Le salaire de référence est égal selon le cas :

- à la somme des salaires bruts cotisés au titre des douze mois ayant précédé le sinistre faisant l'objet de la prestation quand celle-ci est exprimée en pourcentage du salaire brut
- à la somme des salaires nets perçus par le salarié au cours des douze mois ayant précédé le sinistre faisant l'objet de la prestation quand celle-ci est exprimée en pourcentage du salaire net, le salaire net étant défini comme égal au salaire brut cotisé diminué de la part salariale des cotisations légales, conventionnelles, contractuelles, de la CSG et de la CRDS.

Le salaire de référence d'un membre Participant n'ayant pas accompli dans l'entreprise le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul est déterminé en fonction d'un salaire reconstitué *prorata temporis*. Ce salaire est également reconstitué *prorata temporis* lorsque la date d'effet du régime chez l'Adhérent est antérieure de moins de 12 mois à celui du sinistre faisant l'objet de la demande de prestation.

11.2 Revalorisation et révision des prestations

1/ Les prestations en cours assurées par CARPILIG/P au titre de la garantie Invalidité 2e ou 3e catégorie, ou au titre de l'Incapacité Permanente d'un taux supérieur à 66%, sont revues annuellement en fonction des résultats du régime sur décision du Conseil d'Administration de CARPILIG/P.

2/ Les prestations peuvent être révisées en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'Institution.

La modification devra être notifiée à l'Adhérent au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet de ladite modification.

Conformément à l'article L932-3 du code de la Sécurité sociale, toute modification devra faire l'objet d'un avenant signé entre l'Institution et l'Adhérent.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser CARPILIG/P, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification.

Ce refus entraînera la résiliation **au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire**. Passé ce délai d'un mois, l'Adhérent est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

11.3 Déclaration des Sinistres

Tout sinistre doit être déclaré à l'Institution par courrier ou tout autre moyen mis à disposition de l'Adhérent. Cette déclaration précisant la date du sinistre doit être faite dans le respect des délais propres à chaque garantie.

Lors de la demande de prestations, l'Adhérent atteste que le membre Participant appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et fournit les éléments permettant de constituer le traitement de référence tel que défini à l'article 11-1.

L'Institution peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude de toutes les déclarations.

11.4 Contrôle Médical

CARPILIG/P peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du membre Participant qui bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au Contrat.

Si le membre Participant se refuse à un contrôle ou si, n'ayant pas notifié à l'Institution son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre Participant.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du membre Participant, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette contestation. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier sa désignation sera demandée par la partie la plus diligente au Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées au membre Participant devront être restituées à l'Institution.

Si une des parties n'est pas satisfaite du résultat de l'expertise amiable, elle peut soumettre le litige à la juridiction compétente.

Article 12 - Maintien des garanties

12.1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Toutes les garanties, sous réserve du paiement des cotisations, sont maintenues au membre Participant dont la suspension du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation, prenant la forme d'un maintien total ou partiel de sa rémunération par l'employeur ou d'un versement d'indemnités journalières complémentaires directement par l'employeur ou pour son compte par l'Institution ou un autre organisme assureur dès lors qu'elles sont financées en tout ou partie par l'employeur.

Outre les cas de cessation des garanties prévus à l'article 8, le maintien prend fin :

- **à la date de reprise d'une activité totale ou partielle par le membre Participant chez un autre employeur ;**
- **à la date à laquelle le membre Participant cesse de bénéficier de l'indemnisation définie ci-dessus.**

Dans les cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation telle que définie ci-avant, toutes les garanties ainsi que le paiement des cotisations sont suspendus pendant la durée de suspension du contrat de travail.

Il est précisé qu'en tout état de cause, les dispositions de l'article 12.2 concernant le maintien des garanties en cas de décès pendant l'arrêt du travail du participant s'appliquent.

12.2 Maintien des garanties en cas de décès

Les garanties en cas de décès sont maintenues lorsque l'Institution avait indemnisé l'arrêt de travail ou l'invalidité ou l'incapacité d'un membre Participant au titre des garanties du Contrat pendant la durée du versement par la Sécurité sociale :

- d'indemnités journalières pour une incapacité temporaire de travail,
- ou d'une pension d'invalidité ou d'une rente suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33%,

les cotisations restant dues dans les conditions prévues à l'article 9.2.

Pendant la période de maintien et lorsque le participant n'a plus la qualité de salarié de l'Adhérent, les garanties Décès sont maintenues sur la base des garanties en vigueur à la date de radiation des effectifs ou de cessation de la portabilité des garanties.

Le maintien des garanties en cas de décès prend fin :

- **à la date de reprise d'une activité totale par le membre participant ou l'ancien salarié ;**
- **à la date à laquelle le membre participant ou l'ancien salarié cesse de bénéficier du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, de sa pension d'invalidité ou de sa rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;**
- **à la date de liquidation de la retraite Sécurité sociale ou à la date de liquidation de la pension vieillesse pour inaptitude au travail pour le titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou pour le titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % ;**
- **et au plus tard à la date à laquelle le membre participant ou l'ancien salarié aurait pu liquider sa retraite Sécurité sociale à taux plein.**

Article 13 – Portabilité des garanties (article L911-8 du code de la Sécurité sociale)

En cas de cessation du contrat de travail (sauf en cas de faute lourde) ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié, s'il bénéficiait effectivement des garanties à la date de cessation de son contrat de travail, peut continuer à bénéficier du régime complémentaire de prévoyance dans les conditions définies ci-après :

13.1 Conditions d'ouverture des droits

Les droits sont examinés au jour de la cessation du contrat de travail. Ils sont ouverts sous les conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit être rompu pour un motif autre que faute lourde.
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.
- les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

Ainsi les salariés bénéficiant d'une dispense d'adhésion ne peuvent pas bénéficier de la portabilité des garanties correspondantes.

13.2 Prise d'effet et durée

Le maintien des droits prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié doit fournir à l'Institution les éléments suivants :

- le justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage
- l'information relative à toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

L'ancien salarié garde le bénéfice des garanties pendant une durée égale à celle de son dernier contrat de travail (ou de la durée totale des contrats successifs chez le même employeur), appréciée en mois entiers et pour une durée maximale de 15 mois.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

En cas de résiliation du Contrat, les bénéficiaires de la portabilité (anciens salariés) cesseront d'être couverts à la date d'effet de la résiliation.

Par exception, le dispositif de portabilité est également applicable aux salariés qui font l'objet d'un licenciement dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire et/ou de cessation d'activité de l'Adhérent.

13.3 Les conditions de cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse à :

- **La date de cessation du versement des allocations payées par l'assurance chômage**
- **La date de reprise d'une activité professionnelle de l'ancien salarié**
- **La date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié**
- **L'issue de la durée de maintien auquel l'ancien salarié a droit**
- **La fin du Contrat souscrit par l'ancienne entreprise.**

13.4 Le financement

Le maintien des droits prévoyance complémentaire est assuré sans contrepartie de cotisations pour l'ancien salarié.

13.5 Le niveau de garantie

Les garanties maintenues sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. Néanmoins, les droits garantis par le 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.

En cas de modification du Contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié bénéficiant de la portabilité.

Article 14 – Exclusions

14.1 Exclusions concernant l'incapacité / invalidité

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par le membre Participant ne sont pas couverts.

14.2 Exclusions concernant le capital décès

Le risque décès n'est pas couvert dans les cas suivants :

- Les décès résultant de cas de guerres civiles ou étrangères : quelles qu'en soient les circonstances,
- Les décès résultant d'actes de terrorisme dans lesquels le membre Participant a pris une part active, à contrario les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis.
- Les décès résultant de sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou dus à des radiations ionisantes quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.
- Les décès résultant de matches, courses, paris, émeutes, rixes, compétitions sportives auxquelles le membre Participant prendrait part volontairement, ne donnent pas lieu au versement du capital.
- Les décès résultant de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et autres formes de vol libre.
- Les décès résultant de la participation en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris ou concours (y compris les séances d'essais), comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules et d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens.
- Les décès résultant de catastrophes naturelles.

Enfin, le décès du fait du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au membre Participant exclut ce bénéficiaire du bénéfice du capital décès.

Article 15 – Etendue Territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français et dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels sous réserve des dispositions prévues à l'article 14 et à condition que le membre Participant soit affilié au régime général de la Sécurité sociale française.

Article 16 – Résiliation de l'Adhésion

Outre les cas de résiliation prévus aux articles 7, 8.1, 9.3, 9.4, 16,17 et 19, la résiliation du Contrat peut intervenir sur l'initiative de l'une ou l'autre partie, à l'échéance annuelle du 31 décembre. Elle doit être signifiée à l'autre partie par lettre recommandée, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

Quelle qu'en soit la cause, la résiliation du Contrat entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les membres Participants. Pour les membres Participants bénéficiaires de la portabilité, les garanties cessent dans les conditions prévues à l'article 13.3.

L'Adhérent s'engage alors à en informer l'ensemble des membres Participants.

Pour les membres Participants en état d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente ou d'invalidité permanente et ayant été indemnisés à ce titre par l'Institution, les garanties en cas de décès en vigueur à la date de résiliation du Contrat sont maintenues, le traitement de base servant au calcul des prestations étant maintenu au niveau atteint à la date de la résiliation. Les prestations périodiques, versées sous forme d'indemnités journalières ou de rentes en cours de service, continueront d'être versées sur la base du montant dû ou versé par l'Institution avant la date de résiliation du Contrat et sans revalorisation postérieure à cette date à l'exception des cas prévus aux articles 17 et 19.

En cas d'aggravation de l'état de santé du membre Participant postérieure à la date de résiliation et pour lequel l'Institution continue de verser des prestations (indemnités journalières, rentes suite à une invalidité ou incapacité permanente), les prestations différées, acquises ou nées antérieurement à la résiliation pour le même fait générateur, seront versées par l'Institution sur la base des garanties en vigueur à la date de résiliation.

L'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du Contrat.

Article 17 – Cessation d’activité de l’Adhérent

Le Contrat est résilié à la date de cessation d’activité de l’Adhérent sous réserves des dispositions de l’article 19 ci-après. Les membres participants en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou invalides, bénéficient de dispositions identiques à celles prévues à l’Article 16 en cas de résiliation. Il en est de même pour les bénéficiaires de rentes en cours de service. Toutefois, la revalorisation est maintenue tant que le présent Contrat est en vigueur.

Article 18 – Changement d’activité de l’Adhérent

En cas de changement d’activité plaçant l’Adhérent en dehors du champ d’application de la Convention collective nationale des entreprises de logistique de communication écrite directe, l’Institution pourra maintenir ou adapter les conditions de garanties, dans le cadre d’un nouveau contrat collectif.

Article 19 – Procédure de sauvegarde / Redressement judiciaire / Liquidation judiciaire

Les garanties subsistent en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l’Adhérent. En cas de résiliation du Contrat en application de l’article L. 622-13 du code de commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l’institution de prévoyance ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Les membres Participants en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou invalides, bénéficient de dispositions identiques à celles prévues à l’Article 16 en cas de résiliation. Il en est de même pour les bénéficiaires de rentes en cours de service.

Toutefois, la revalorisation est maintenue tant que le présent Contrat est en vigueur.

Article 20 – Prescription

Toute action dérivant du présent Contrat est prescrite par deux ans à compter de l’évènement qui y donne naissance. Le délai de prescription est porté à 5 ans en ce qui concerne l’incapacité de travail.

Il est porté à 10 ans pour les opérations liées à la durée de la vie humaine lorsque le bénéficiaire n’est pas le membre Participant.

Pour les opérations liées à la durée de la vie humaine, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre Participant.

Toutefois, conformément à l’article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, ce délai ne court en cas :

- de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où CARPILIG/P en a eu connaissance;
- de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s’ils prouvent qu’ils l’ont ignorée jusque-là.

La prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d’interruption, par la désignation d’expert à la suite de la réalisation d’un risque. L’interruption de la prescription de l’action peut, en outre, résulter de l’envoi d’une lettre recommandée avec demande d’avis de réception (ou à compter du 1^{er} avril 2018 d’un envoi électronique avec accusé de réception) adressée soit à l’Adhérent par l’Institution en ce qui concerne l’action en paiement de la cotisation, soit à l’Institution par le membre Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive,
- un acte d'exécution forcée.

Article 21 - Subrogation

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou de coordonnées précises du sinistre et de l'assureur du tiers responsable, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Article 22 – Contrôle

CARPILIG/P est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

Article 23 – Informatique et Liberté

Les informations nominatives recueillies par CARPILIG/P ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre du Contrat, de la gestion et de l'exécution des obligations de l'Institution conformément à son objet.

Ces informations nominatives peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant bénéficie de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, le membre Participant ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par l'Institution dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant.

Pour ce faire un courrier est à adresser à l'adresse du siège social de l'Institution.

Le membre Participant dispose aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Le membre Participant peut s'opposer à ce que les informations le concernant soit communiquées à des entreprises externes dans un but de prospection commerciale en adressant sa demande par courrier simple, à CARPILIG/P, Service Développement, 108 rue de Lourmel, 75718 Paris Cedex 15.

Le membre Participant peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique «Bloctel», en se connectant à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>

Article 24 – Fausse déclaration

Conformément à l'article L.932-7 du code de la Sécurité sociale, lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du membre Participant change la nature du risque ou en fausse l'appréciation pour l'Institution, la garantie accordée par l'Institution à ce membre Participant est nulle. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution

Article 25 – Réclamation / Commission de recours gracieux / Médiateur de la consommation / Lutte anti blanchiment

25-1 Réclamation / Commission de recours gracieux / Médiateur de la consommation

Les litiges et réclamations concernant l'application du Contrat devront être portés à la connaissance du Service Réclamation Prévoyance de CARPILIG/P à l'adresse suivante :

GROUPE LOURMEL - CARPILIG/P
108, Rue de LOURMEL - 75718 Paris cedex 15
téléphone: 01.40.60.20.00

L'Institution accuse réception de la demande dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation sauf si une réponse est apportée à la réclamation dans ce délai.

L'Institution s'engage à répondre dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

En cas de désaccord persistant, les litiges et réclamations devront être adressés par écrit, à la Commission de recours gracieux de CARPILIG/P qui statuera sur la recevabilité des demandes, conformément à l'article 27-I des statuts.

Les coordonnées postales de la commission de recours gracieux CARPILIG /P sont les suivantes :

CARPILIG P/Commission de recours gracieux- 108 rue de Lourmel – 75718 Paris Cedex 15.

La commission de recours gracieux se réunit une fois par trimestre et prend des décisions pour l'ensemble des risques assurés par CARPILIG/P au sujet de litiges ou de contestations émanant des adhérents ou participants.

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations décrites précédemment au présent article, et en cas de désaccord toujours persistant, le membre Participant peut saisir le médiateur de la consommation dont les coordonnées sont les suivantes :

Médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance)

Adresse postale : 10 rue Cambacérès 75008 Paris

Lien internet : <http://ctip.asso.fr/saisine-en-ligne-du-mediateur-du-ctip/>

Un litige ne peut pas être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le membre Participant ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Institution par une réclamation écrite;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;

- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le membre Participant a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Institution ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

La saisie du Médiateur de la consommation interrompt la prescription.

25-2 Lutte anti blanchiment

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'Institution est fondée à demander aux Adhérents, à ses membres Participants, aux bénéficiaires d'une assurance décès, une justification de leur identité, et lorsque cela est nécessaire, une justification de l'origine des fonds versés à titre de paiement de cotisations à l'Institution.

TITRE II – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU REGIME DECES

Article 26- Objet de la garantie décès

La présente garantie a pour objet d'assurer, dans les conditions prévues au Contrat, le versement de capitaux en cas de décès du membre Participant, selon les garanties mentionnées dans le bulletin d'adhésion.

Article 27 - Garantie Capital Décès toutes causes

En cas de décès du membre Participant, les bénéficiaires désignés perçoivent un capital dont le montant est fixé au bulletin d'adhésion, selon les garanties définies aux titres IV et V des Conditions Générales et choisies par l'Adhérent.

Article 28 - Majoration pour charge de famille

Le régime peut prévoir une majoration de capital en fonction des charges de famille du membre Participant. Dans ce cas, sont retenus pour le calcul de cette majoration les enfants à la charge fiscale du défunt, les enfants nés de l'union de parents liés par un PACS et remplissant l'une des conditions ci-dessous :

- être sous contrat d'apprentissage et ne pas percevoir plus que le pourcentage du SMIC défini pour la 3ème année d'apprentissage et être à la charge fiscale des parents,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de 21 ans et ne pas exercer d'activité rémunérée,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de 26 ans et justifier de poursuite d'études et ne pas exercer d'activité rémunérée.

Aucune notion d'âge n'est retenue s'il est perçut une pension d'adulte handicapé.

Article 29 - Bénéficiaires

29-1 En cas de décès du membre Participant, le versement du capital est effectué dans l'ordre suivant (clause standard) :

- au conjoint survivant du membre Participant non séparé de droit ou de fait;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants nés ou à naître du membre Participant;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers du membre Participant.

Est assimilée au conjoint du membre Participant :

- la personne liée par un PACS au membre Participant, le contrat de PACS devant avoir été conclu depuis au moins 2 ans avant le décès du membre Participant. Toutefois en cas de naissance ou d'adoption au sein d'un couple lié par un PACS, le délai de 2 ans n'est plus exigé.

29-2 Le membre Participant peut à tout moment indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix, à la place des bénéficiaires de la clause standard, par le biais d'un bulletin de désignation fourni par l'Institution.

Lorsque le membre Participant désigne nommément le bénéficiaire, il est recommandé de mentionner les coordonnées de celui-ci : noms et prénoms, adresse, date et lieu de naissance.

La naissance d'un enfant, l'adoption constatée judiciairement, le mariage, le divorce constaté judiciairement, la rupture du Pacs et le décès de tous les bénéficiaires désignés rendent caduque la désignation antérieure d'un ou de plusieurs bénéficiaires. En l'absence d'une nouvelle désignation particulière de bénéficiaire(s), la clause de désignation standard sera appliquée.

En cas de désignation de plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution du capital sur les bénéficiaires survivants restant sauf si la représentation est prévue expressément à l'égard du bénéficiaire décédé.

29-3 La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci, effectuée dans les conditions prévues ci-dessous.

L'acceptation est faite par un avenant signé de l'Institution, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Institution que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès du membre Participant l'acceptation est libre.

29-4 La part de capital correspondant aux éventuelles majorations pour enfants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci. Celle-ci doit être versée à l'enfant s'il est majeur ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

Article 30 – Formalités

Lorsque l'Institution est informée du décès d'un membre Participant, l'Institution est tenue de rechercher le bénéficiaire et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit.

L'Institution dispose d'un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire afin de demander au bénéficiaire de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

Le paiement du capital assuré en cas de décès est effectué par l'institution dans un délai maximum d'un mois après réception de la totalité des pièces justificatives que celle-ci est en droit d'exiger concernant le ou les bénéficiaires:

- un extrait d'acte de décès du membre Participant
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire (copie du livret de famille régulièrement tenu à jour, copie d'un document officiel prouvant l'identité du bénéficiaire en cours de validité, certificat d'hérédité)

- le cas échéant, la justification des personnes à charge (copie du livret de famille régulièrement tenu à jour, copie de la carte nationale d'identité en cours de validité ou d'un autre document officiel attestant de l'identité de la personne à charge, certificat de scolarité)
- le RIB du ou des bénéficiaires,
- un certificat de salaire complété par l'employeur Adhérent,
- le formulaire de demande de capital décès fourni par l'Institution et dûment rempli.
- tout document justifiant de la cessation d'activité au moment du décès.

Toute autre pièce nécessaire pourra être spécialement demandée par l'Institution.

Article 31 - Capitaux décès non réclamés

Les capitaux décès non réclamés sont déposés par l'Institution à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'Institution.

Six mois avant le transfert des capitaux décès dus à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'Institution informe l'Adhérent ou le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert.

Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les capitaux décès leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'État.

TITRE III – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU REGIME INCAPACITE / INVALIDITE

Article 32 - Objet du régime incapacité/invalidité

Le présent Contrat a pour objet d'assurer au membre Participant en complément des prestations de la Sécurité sociale et, dans les conditions prévues au présent Contrat le service des prestations suivantes :

- indemnités journalières, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail ;
- rente d'invalidité, en cas d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité permanente telle que définie aux articles 33-2 et 33-3.

Article 33 - Définition et montant des prestations

33.1 Indemnités journalières

Tout membre Participant cessant son travail par suite de maladie ou d'accident et percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de l'Assurance maladie ou de l'Assurance accident du travail et maladie professionnelle, peut être admis au bénéfice d'indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution.

Ces indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise et, en tout état de cause, à l'issue du délai de carence appliqué par la Sécurité sociale.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés au Descriptif des garanties et cotisations conventionnelles et, selon le cas, au Descriptif des garanties et cotisations supplémentaires.

En cas d'incapacité temporaire d'un membre Participant en cumul emploi-retraite, le montant de l'indemnité journalière complémentaire, après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, est réduit d'un montant égal à celui de sa pension de retraite si cette même réduction est effectuée par la Sécurité sociale.

33.2 Rente en cas d'invalidité

Il peut être attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout membre Participant n'ayant pas liquidé sa retraite et bénéficiant d'une pension d'invalidité de 1ère, 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale.

Le montant des rentes est fixé au Descriptif des garanties et cotisations conventionnelles et, selon le cas, au Descriptif des garanties et cotisations supplémentaires. En cas de modification de catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale, la rente versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date, sous réserve des dispositions de l'article 11.4.

33.3 Rente en cas d'incapacité permanente

Il peut être attribué une rente complémentaire à tout membre Participant n'ayant pas liquidé sa retraite et bénéficiant d'une rente d'incapacité permanente résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle de la Sécurité sociale.

Il est convenu, pour l'application de la garantie, que :

- **seules sont prises en charge les incapacités permanentes résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale égal ou supérieur à 33% ;**
- l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité de 1ère catégorie de la Sécurité sociale ;
- lorsque le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale est égal ou supérieur à 66 %, l'assimilation est faite à une invalidité de 2^e catégorie de la Sécurité sociale.

Le montant des rentes est fixé au Descriptif des garanties et cotisations du Régime conventionnel et, selon le cas, au Descriptif des garanties et cotisations du Régime supplémentaire.

En cas de modification du taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale, la rente versée par l'Institution est modifiée à compter de la même date, sous réserve des dispositions de l'article 11.4.

Article 34 - Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement d'indemnités journalières complémentaires par l'Institution et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

Article 35 - Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le membre Participant continue à bénéficier d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente, l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul de l'article 36.

Dans le cas où le membre Participant bénéficiant d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

Le membre Participant ou l'Adhérent doit sans délai informer l'Institution de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale.

A défaut, le membre Participant doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

Article 36 - Règle de cumul

Le montant des prestations pourra être réduit si l'Institution constate à l'ouverture des droits ou ultérieurement, que le membre Participant en incapacité de travail ou invalidité permanente ou en incapacité permanente perçoit une rémunération totale supérieure à son salaire net d'activité, défini comme étant égal au traitement de base brut d'activité diminué de la part salariale des cotisations légales, conventionnelles, contractuelles, de la CSG et de la CRDS. En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution est réduite à due concurrence. Pour la détermination de cette rémunération totale sont pris en compte :

- le salaire éventuellement perçu de tout employeur ;
- le revenu de remplacement éventuellement perçu au titre de l'assurance chômage ;
- les indemnités ou rentes versées par la Sécurité sociale et autres organismes complémentaires ;
- les indemnités ou rentes versées par l'Institution.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

Article 37 - Paiement et durée

37.1 Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale :

- à l'Adhérent tant que le contrat de travail du membre Participant n'est pas rompu ;
- au membre Participant dès la rupture de son contrat de travail.

Elles sont versées tant que le membre Participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Elles cessent à l'attribution d'une pension d'invalidité permanente ou d'une rente d'incapacité permanente.

Elles cessent en cas d'expertise médicale, s'il est établi que le membre Participant n'est pas dans l'incapacité de travailler.

37.2 Rentes d'invalidité et d'incapacité permanente

Les rentes complémentaires sont versées, au plus tôt à la date d'attribution de sa pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale, trimestriellement à terme à échoir, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale ; le premier et le dernier paiement pouvant ne représenter qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité ou l'incapacité et que le membre Participant perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale, sous réserve des dispositions de l'article 11.3.

Elles cessent au jour de la liquidation de la retraite Sécurité sociale ou de la pension vieillesse pour inaptitude au travail et au plus tard à la date à laquelle le membre Participant aurait pu liquider sa retraite Sécurité sociale à taux plein.

Elles cessent en cas d'expertise médicale, s'il est établi que le membre Participant n'est pas dans l'incapacité partielle ou totale de travailler.

Les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente sont versées :

- au membre Participant en cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie et en cas d'incapacité permanente d'un taux supérieur à 66%, ou dès la rupture de son contrat de travail.
- dans les autres cas, à l'Adhérent tant que le contrat de travail du membre Participant n'est pas rompu et au membre Participant dans le cas contraire.

Le membre Participant devra justifier de son état d'invalidité ou d'incapacité permanente chaque année. En cas de non réponse au contrôle, le versement de la rente sera suspendu.

Article 38 - Formalités

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par l'Adhérent par courrier à l'Institution accompagné de la déclaration d'arrêt de travail et des décomptes de la Sécurité sociale.

Toute autre pièce nécessaire sera spécialement demandée par l'Institution.

Cette déclaration doit être réalisée dans un délai de deux mois (de date à date) :

- à compter de l'expiration de la franchise pour les indemnités journalières ;
- à compter de la reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale pour les rentes.

TITRE IV - DESCRIPTIF DES GARANTIES ET COTISATIONS DU REGIME CONVENTIONNEL

Article 39 – Garanties souscrites

39.1 Garantie Incapacité de travail

L'institution verse une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail d'un membre Participant, indemnisé par la Sécurité sociale suite à maladie ou accident.

Cette garantie intervient après l'application d'une franchise égale à 60 jours d'arrêt de travail continu. Ce délai de franchise est réduit à 3 jours d'arrêt de travail continu dans le cas d'une hospitalisation de plus de 24 heures intervenant dans les 2 premiers jours de l'arrêt de travail.

La garantie cesse à la reprise du travail, au paiement de la rente d'invalidité ou à la liquidation de la pension vieillesse, et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 80 % de la 365^e partie du traitement de base annuel net, déduction faite des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur, sans que le cumul desdites prestations ne puisse excéder le salaire net qu'aurait perçu le membre Participant en activité.

39.2 Garantie Invalidité (et incapacité permanente)

Le membre Participant reconnu en situation d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie et indemnisé par la Sécurité sociale conformément à l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire brute égale à :

- 1^{re} catégorie : 70 % du salaire de référence net, déduction faite des rentes d'invalidité brutes versées par la Sécurité sociale ;
- 2^e catégorie : 80 % du salaire de référence net, déduction faite des rentes d'invalidité brutes versées par la Sécurité sociale ;

- 3e catégorie : 91 % du salaire de référence net, déduction faite des rentes d'invalidité brutes versées par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité de 1ère catégorie.

L'incapacité permanente résultant ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 66 % est assimilée à une invalidité de 2ème catégorie.

Dans le cas où le membre Participant perçoit un complément versé par un autre organisme de prévoyance, pôle emploi ou dans le cadre d'une activité professionnelle, le montant de la pension d'invalidité sera réduit en conséquence. **Dans tous les cas, le cumul des prestations perçues par le membre Participant ne pourra excéder le salaire net qu'il aurait perçu s'il avait été en activité.**

La garantie cesse au jour où le membre Participant ne bénéficie plus des prestations correspondantes de la Sécurité sociale, et au plus tard lorsque la pension vieillesse est liquidée.

39.3 Garantie Décès

En cas de décès d'un membre Participant, avant son départ à la retraite, il est versé par l'Institution un capital correspondant à 4 mois du salaire référence brut aux bénéficiaires selon les dispositions définies dans l'Article 29 – Bénéficiaires.

39.4 Garantie décès 1.50% cadre

Afin que l'ensemble des entreprises puissent satisfaire aux obligations nées de l'article 7 (Avantages en matière de Prévoyance) de la Convention collective nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres du 14 mars 1947, il est introduit une option « décès – 1.50% cadre » qui vient en complément des prestations définies à l'article 39.3. En cas de décès d'un membre Participant cadre, avant son départ à la retraite, il est versé par l'Institution un capital exprimé en pourcentage du salaire annuel de référence brut limité au plafond de la Sécurité sociale (TA). Ce capital sera, selon l'option retenue par chaque Adhérent pour l'ensemble de ses cadres :

- un capital indépendant de la situation familiale du membre Participant : 255%
- un capital dépendant de la situation familiale du membre Participant :
 - o Salarié célibataire, veuf, divorcé : 145%
 - o Salarié marié ou pacsé : 185%
 - o Complément par enfant à charge : +45%

La notion d'enfant à charge est définie à l'article 28 des présentes Conditions générales.

Article 40 - Cotisations

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage de l'assiette des cotisations telle que définie à l'article 9.1 des Conditions générales et sont fixés comme suit :

Salariés non cadres	Tranche A	Tranche B	Salariés cadres et art.36	Tranche A	Tranche B
<i>Incapacité de travail</i>	0,78%	0,78%	<i>Incapacité de travail</i>	0,53%	1,41%
<i>Invalidité</i>	0,55%	0,55%	<i>Invalidité</i>	0,52%	1,25%
<i>Décès</i>	0,10%	0,10%	<i>Décès</i>	0,10%	0,10%
TOTAL	1,43%	1,43%	TOTAL 1	1,15%	2,76%
			<i>Décès 1.50% cadre</i>	0,77%	-
			TOTAL 2	1,92%^(*)	2,76%

(*) dont 1,50% en part employeur

TITRE V - DESCRIPTIF DES GARANTIES ET COTISATIONS DU REGIME SUPPLEMENTAIRE

Article 41 – Garanties supplémentaires

L'Adhérent peut, s'il le souhaite, souscrire à des garanties supplémentaires à celles relevant du régime conventionnel de prévoyance des entreprises de logistique de communication écrite directe. La souscription à ces garanties supplémentaires (hors mensualisation) doit faire l'objet d'une des modalités de mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire dans l'entreprise, définies par l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale (accord collectif, referendum, décision unilatérale de l'employeur) et ce pour pouvoir bénéficier des dispositions de l'article L242-1 6^{ème} alinéa du code de la Sécurité sociale.

41.1 Options Incapacité de travail

Ces options permettent d'améliorer la garantie Incapacité de travail définie à l'article 39.1 des Conditions générales et s'exercent, exception faite du montant de l'indemnité journalière, dans les mêmes conditions.

Il est possible d'adhérer à une des deux options pour chaque catégorie de personnel :

- INCAP-option 1 : Le montant de l'indemnité journalière est égal à 85 % de la 365e partie du traitement de référence net, déduction faite des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur, sans que le cumul desdites prestations ne puisse excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.
- INCAP-option 2 : Le montant de l'indemnité journalière est égal à 93 % de la 365e partie du traitement de référence net, déduction faite des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur, sans que le cumul desdites prestations ne puisse excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

41.2 Option Mensualisation (protection employeur)

Cette option permet à l'employeur Adhérent de financer complètement ses obligations de maintien de salaire définies par les dispositions du Code du travail issues de la loi de mensualisation du 19 juillet 1978 et de l'article 5 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008.

En cas d'arrêt de travail, l'employeur doit maintenir le salaire du salarié concerné sous réserve qu'il ait au moins un an d'ancienneté :

- 90% du salaire brut pendant 30 jours
 - à partir du 8e jour en cas de maladie, d'accident de la vie privée ou d'accident de trajet,
 - à partir du 1er jour en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail.
- 66,7% du salaire brut pendant 30 jours.

Les durées de versement ci-dessus (2 fois 30 jours) augmentent de 10 jours par tranche de 5 ans d'ancienneté avec un maximum de deux fois 90 jours.

41.3 Options Invalidité

Ces options permettent d'améliorer la garantie Invalidité définie à l'article 39.2 des Conditions générales et s'exercent dans les mêmes conditions.

L'incapacité permanente résultant ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité de 1^{ère} catégorie.

L'incapacité permanente résultant ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 66 % assimilée à une invalidité de 2^{ème} catégorie

Les montants des rentes sont établis déduction faites des rentes d'invalidité ou d'incapacité brutes versées par la Sécurité sociale.

Il est possible d'adhérer à une des deux options pour chaque catégorie de personnel (cadres ou non cadres) :

	Invalidité 1 ^{ère} catégorie : 70 % du salaire de référence net
INVAL-option 1 :	Invalidité 2 ^e catégorie : 87 % du salaire de référence net
	Invalidité 3 ^e catégorie : 91 % du salaire de référence net
	Invalidité 1 ^{ère} catégorie : 85 % du salaire de référence net
INVAL-option 2 :	Invalidité 2 ^e catégorie : 85 % du salaire de référence net
	Invalidité 3 ^e catégorie : 91 % du salaire de référence net

41.4 Options décès

Ces options permettent

- soit d'améliorer la garantie décès définie à l'Article 39.3 des conditions générales et s'exercent, exception faite du montant du capital, dans les mêmes conditions.
- soit d'étendre à la TB la garantie décès 1.50% cadre définie à l'article 39.4 des conditions générales. Le choix de la prestation fait par chaque Adhérent sera identique à celui exercé pour la garantie 1.50% cadre définie à l'article 41.4 des conditions générales.

Il est possible d'adhérer à une des trois options pour les salariés cadres, et une des deux dernières options (DECES-option 2 ou DECES-option 3) pour les salariés non cadres

- DECES-option 1 : extension à la TB du 1.5% cadre défini à l'article 39.4 des conditions générales. Le choix de la prestation (capital indépendant ou pas de la situation familiale du salarié) fait par l'Adhérent pour cette option devra être identique à celui exercé pour la garantie 1.50% cadre du régime conventionnel de prévoyance.
- DECES-option 2 : 100% du salaire référence brut, doublé en cas de décès dû à un accident
- DECES-option 3 : 200% du salaire brut de référence brut, doublé en cas de décès dû à un accident

L'accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre Participant provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et survenant dans les 365 jours qui précèdent la date du décès.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre le décès et l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s).

Article 42 - Cotisations

Les cotisations définies ci-dessous s'entendent en plus de celles correspondant au régime conventionnel de prévoyance des entreprises de logistique de communication écrite directe définies à au titre IV des présentes conditions générales.

		NON CADRES		CADRES	
INCAPACITE DE TRAVAIL		TA	TB	TA	TB
INCAP-option 1	85% net – carence 60 jrs	+0,18%	+0,18%	+0,12%	+0,32%
INCAP-option2	93% net – carence 60 jrs	+0,52%	+0,52%	+0,36%	+0,94%

		NON CADRES		CADRES	
		TA	TB	TA	TB
Mensualisation ⁽¹⁾		+0,52%	+0,85%	+0,52%	+0,85%

(1) La mensualisation doit être entièrement financée par l'employeur. Aucune participation salariale n'est possible pour cette garantie

		NON CADRES		CADRES	
INVALIDITE		TA	TB	TA	TB
INVAL-option1	70% net / 87% net / 91% net	+0,21%	+0,21%	+0,18%	+0,43%
INVAL-option 2	85% net / 85% net / 91% net	+0,23%	+0,23%	+0,20%	+0,45%

		NON CADRES		CADRES	
DECES		TA	TB	TA	TB
DECES-option 1	Ext. TB 1.50% cadre (2)	-	-	+0,00%	+0,77%
DECES-option 2	100% TA/TB x2 si acc.	+0,35%	+0,35%	+0,35%	+0,35%
DECES-option 3	200% TA/TB x2 si acc.	+0,70%	+0,70%	+0,70%	+0,70%

(2) Cette option n'est pas possible à retenir pour les salariés non cadres