

## **NOTICE D'INFORMATION**

### **RÉGIME DE PRÉVOYANCE CONVENTIONNELLE SALARIÉS NON CADRES**

#### **Convention Collective Nationale du personnel de retraite et de prévoyance des imprimeries de laurier et des industries graphiques**

Cette notice d'information définit, conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, les garanties du régime de prévoyance conventionnelle dont bénéficient les salariés non cadres du fait de l'adhésion de leur employeur au règlement de CARPILIG/P en application des dispositions concernant la prévoyance de la convention collective du personnel des imprimeries de laurier et des industries graphiques.

Ce régime répond aux exigences d'un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Les garanties sont gérées et assurées par CARPILIG/P, 8 bis allée Gaston Bachelard 75014 - PARIS, institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.

CARPILIG/P relève du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sis 4 place de Budapest 75009 Paris.

**Retrouvez toutes vos informations personnelles sur [www.lourmel.com](http://www.lourmel.com), rubrique  
« MON ESPACE PERSONNEL ».**

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.

CARPILIG/P est membre du GROUPE LOURMEL (SIRET n° 399 111 228 00017), 8 bis allée Gaston Bachelard 75014 Paris - [www.lourmel.com](http://www.lourmel.com) – Tél. : 01 40 60 20 00 – Fax : 01 45 54 28 42.

## Définitions

**Conjoint** : personne unie au membre participant par les liens du mariage, non séparée de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcée à la date de l'évènement qui donne lieu à prestation.

Sont assimilés au conjoint :

- Le partenaire de PACS (personne liée au membre participant par un PACS).
- Le concubin (personne qui vit maritalement avec le membre participant). L'existence d'une communauté de vie doit être établie par des justificatifs probants tels qu'un bail et des factures communes.

**Enfant à charge** : sont considérés comme enfants à charge les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptés ou reconnus, dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26e anniversaire, et sous condition, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (centre national d'enseignement à distance) ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un centre d'aide par le travail ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation d'âge en cas de reconnaissance en invalidité avant le 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou tant qu'ils sont titulaires de la Carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité.

**Entreprise adhérente** : entreprise ayant adhéré au règlement de CARPILIG/P pour mettre en œuvre le régime de prévoyance conventionnelle institué par la convention collective du personnel de retraite et de prévoyance des imprimeries de labeur et des industries graphiques.

**Institution** : 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.

CARPILIG/P est membre du GROUPE LOURMEL (SIRET n° 399 111 228 00017), 8 bis allée Gaston Bachelard 75014 Paris.

**Membres participants** : salariés de l'entreprise adhérente affiliés au présent régime.

**Non cadres** : salariés non cadres tels que définis à l'article 2 de l'accord du 17 juin 2025 relatif au régime de prévoyance des salariés non-cadres de l'imprimerie de labeur et des industries graphiques.

Il s'agit :

- des salariés ne relevant pas de l'article 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres (salariés relevant des groupe VI A, VI B, V A, V B, V C et IV de la classification de l'Imprimerie de Labeur et des Industries Graphiques),
- les salariés, statut agent de maîtrise relevant du groupe III A de la classification des emplois et des qualifications de l'imprimerie de labeur et des industries graphiques si l'entreprise adhérente a choisi de ne pas les inclure dans la catégorie salarié « cadre » conformément à l'accord de branche du 21 juin 2023 agréé par la Commission Paritaire rattachée à l'APEC en date du 6 septembre 2023.

**Salaires de référence** : base de calcul des prestations

Le salaire mensuel brut de référence est le 12<sup>e</sup> du salaire brut versé par l'entreprise adhérente au salarié membre participant, qui a été soumis à cotisations de Sécurité sociale au cours de douze derniers mois civils précédant la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Dans les cas où la rémunération du salarié a été incomplète sur les 12 derniers mois avant le sinistre, le salaire brut de référence est la moyenne mensuelle des salaires du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations.

Les indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail ne sont pas intégrées dans le salaire brut de référence.

Dans le cas de la garantie invalidité, si le dernier salaire connu est antérieur à la mise en invalidité, il subira une revalorisation décidée annuellement par le conseil d'administration de l'institution.

## Dispositions générales

### Bénéfice des garanties

Le membre participant bénéficie des garanties à compter de son affiliation par l'entreprise adhérente.

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

Les garanties sont maintenues lorsque le membre participant dont le contrat de travail est suspendu bénéficie :

- d'un maintien total ou partiel de salaire de son employeur,
- d'indemnités journalières complémentaires financées en partie au moins par son employeur (qu'elles soient versées directement par l'employeur ou versées pour le compte de l'employeur par l'intermédiaire d'un tiers),
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Dans ces cas, l'assiette à retenir pour le calcul des prestations est le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle par l'employeur).

### Suspension des garanties

Les autres cas de suspension du contrat de travail entraînent la suspension du droit à garanties et du financement correspondant, notamment en cas de congés non rémunérés (congés sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation...) dont la durée serait supérieure à 25 jours consécutifs.

Cependant, si l'entreprise adhérente le souhaite, les garanties peuvent être maintenues au-delà de 25 jours consécutifs dès lors que les cotisations durant ces périodes de suspension du contrat de travail sont versées à l'institution.

Par dérogation la garantie décès est suspendue en cas de congé ne donnant pas lieu à cotisations à l'issue d'une durée de 6 mois.

### Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour être affilié au régime
- à la date de rupture du contrat de travail. Toutefois, par dérogation le bénéfice de la garantie décès est maintenu pendant un maximum de 30 jours après la date de rupture du contrat de travail si le membre participant n'a pas repris d'activité rémunérée entre temps.
- à la date de cessation de l'adhésion de l'entreprise.

### Responsabilité d'un tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions du membre participant victime

d'un accident ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Dans le cas où un membre participant victime d'un accident a obtenu réparation du préjudice indemnisé par l'institution, il est tenu de rembourser à l'institution les indemnités versées par elle.

### Prescription

Toutes actions dérivant de l'affiliation au régime sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1°) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- 2°) En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action du participant ou du bénéficiaire contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties décès.

Pour les garanties décès, nonobstant les dispositions du 2° ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par le membre participant ou le bénéficiaire à l'institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### Exclusions

**Sont exclues des garanties incapacité et invalidité et ne donnent lieu à aucune prestation les conséquences :**

- d'un fait intentionnel de l'assuré et de sa participation à un crime, un délit ou à une rixe, sauf légitime défense,

- d'un accident d'avion, sauf si les membres de l'équipage possèdent les qualifications requises et l'appareil un certificat de navigabilité,
- des explosions et radiations atomiques,
- de matchs, courses, paris, compétitions sportives auxquels le participant prendrait part volontairement.

Sont exclues de la garantie décès et ne donnent lieu à aucune prestation :

- le décès résultant du fait intentionnel du membre participant,
- les actes de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active, a contrario les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- les décès résultant de matchs, courses, paris, compétitions sportives auxquels le participant prendrait part volontairement.

En cas de guerre, les conditions d'attribution seraient fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

Conformément à l'article L132-7 du code des assurances, le suicide est couvert à compter de la deuxième année d'affiliation.

### Litiges et réclamations

Pour formuler une réclamation le membre participant ou le bénéficiaire peuvent notamment :

- **Adresser un courrier à GROUPE LOURMEL - CARPILIG/P - 8 bis allée Gaston Bachelard 75014 - PARIS**
- **Adresser un mail à [reclamation@lourmel.asso.fr](mailto:reclamation@lourmel.asso.fr)**
- **Téléphoner au 01 40 60 20 00 (numéro non surtaxé, coût d'une communication téléphonique depuis un poste fixe). Dans ce cas, le réclamant est invité à formaliser sa réclamation par mail ou courrier s'il ne peut lui être donné immédiatement entière satisfaction.**

Pour pouvoir être prise en compte, la réclamation doit préciser le motif de la réclamation et intégrer si nécessaire tout document permettant de mieux comprendre le motif de la réclamation.

L'institution accuse réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la demande. Dans ce courrier, l'institution explique comment accéder à la page internet dédiée au traitement des réclamations et rappelle la possibilité de saisir le médiateur et les modalités pratiques de sa saisine. Cet accusé de réception n'est toutefois pas envoyé lorsque l'institution répond par écrit à la demande dans ce délai.

L'institution s'engage à apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la demande. L'institution enregistre les réclamations écrites, les réponses apportées et suit leur traitement.

En cas de désaccord persistant, litiges et réclamations peuvent être adressés par écrit à la Commission de recours gracieux de CARPILIG/P qui statuera sur la recevabilité des demandes.

### Médiation

Après avoir tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite dans les conditions ci-dessus,

le membre participant ou le bénéficiaire peuvent recourir gratuitement à un médiateur de la consommation en vue de la résolution amiable du litige.

Les coordonnées du médiateur de la consommation dont relève *l'institution* sont les suivantes : médiateur du FIPS (Fédération des institutions paritaires de protection sociale)

- Par courrier : Médiateur de la protection sociale (FIPS), 10, rue Cambacérès 75008 Paris.
- Par internet : <https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/>

La demande doit être portée auprès du médiateur dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réclamation écrite préalablement adressée à l'institution.

La demande ne peut être examinée par le médiateur de la consommation si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence. Dans ce cas, le réclamant est informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de la demande de médiation.

Chaque partie a la faculté, à sa charge, de se faire représenter par un avocat ou de se faire assister par toute personne de son choix à tous les stades de la médiation.

Chaque partie peut également solliciter l'avis d'un expert, dont les frais sont à sa charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur déclare que la médiation est terminée.

### Protection des données

Les informations nominatives recueillies par CARPILIG/P, membre du Groupe Lourmel, responsable du traitement, sont nécessaires pour assurer la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion commerciale de la relation entre l'Institution et les Membres Participants. 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 personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaire et ce, en application desdits contrats ou de l'intérêt légitime de CARPILIG/P.

Les informations personnelles collectées sont susceptibles d'être conservées pendant une durée qui n'excédera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont traitées.



En application de la législation en vigueur, le membre participant et les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, d'un droit à la portabilité, d'un droit d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès.

Le membre participant et les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données de CARPILIG/P par mail à [dpolourmel@lourmel.asso.fr](mailto:dpolourmel@lourmel.asso.fr) ou par courrier à l'attention du délégué à la protection des données du Groupe Lourmel à l'adresse suivante :

GROUPE LOURMEL - CARPILIG/P - 8 bis allée Gaston Bachelard 75014 – PARIS.

L'exercice de ces droits est subordonné à la production d'un titre d'identité qui doit être joint à la demande. En cas de réclamation, le membre participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de saisir la CNIL - - [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

### Démarchage téléphonique :

L'institution recueille le numéro de téléphone du membre participant ou du bénéficiaire pour la gestion de l'affiliation ou le versement des prestations.

Il est possible de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) afin de ne pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique.

## **GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL**

### **Objet**

Cette garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale aux membres participants dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie, d'une maladie professionnelle, d'une maternité, d'une adoption, d'un congé de paternité, d'un accident de travail, de trajet ou d'un accident de la vie privée.

Tout autre cause d'arrêt de travail ne peut être prise en charge au titre de la garantie Incapacité de travail.

### **Conditions d'ouverture des droits**

L'arrêt de travail doit débuter pendant la période d'affiliation et donner lieu à indemnisation par la Sécurité Sociale.

### **Montant et durée de l'indemnisation**

L'indemnité journalière allouée complète les indemnités journalières de la Sécurité sociale à hauteur de 84 % du salaire brut de référence.

Les pénalités appliquées par la Sécurité sociale sur les indemnités journalières pour non-respect de sa réglementation, ne sont pas prises en charge par CARPILIG/P. De même, en cas d'indemnité Sécurité sociale réduite, le complément est calculé sur la base d'une indemnité normale.

En cas d'hospitalisation, les indemnités journalières de la Sécurité sociale sont réputées servies intégralement, sauf modifications apportées par la sécurité sociale.

### **Durée de l'indemnisation**

L'indemnisation débute à compter du 4<sup>ème</sup> jour d'arrêt.  
Elle cesse au plus tard au 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, s'il s'agit d'un congé de maternité, indemnisé au titre de l'assurance maternité, d'un congé paternité, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, survenus ou contractés au service d'une entreprise adhérente, les indemnités sont versées à effet du premier jour d'arrêt.

Le droit à indemnisation est suspendu tant que le sera le service des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Après l'épuisement des droits, l'ouverture de nouveaux droits à indemnisation ne peut intervenir qu'après une reprise de travail minimum effective de 21 jours ouvrables continus et pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale.

### **Rechute**

Si le salarié rechute moins de deux mois (60 jours) après avoir repris son activité au sein de l'entreprise, et pour la même cause que l'arrêt initial indemnisé par l'institution, il ne sera pas fait application de la franchise.

A défaut, il sera de nouveau fait application de la franchise prévue.

En cas de rechute, l'indemnisation s'effectuera sur les mêmes bases que l'arrêt de travail initial.

### Constitution du dossier

Pour chaque arrêt de travail, le membre participant ou son employeur doit adresser à l'institution l'attestation de l'employeur (déclaration d'arrêt de travail – DAT) dûment complétée, accompagné du RIB de l'entreprise et des décomptes de la Sécurité sociale correspondants.

CARPILIG/P peut demander les bulletins de salaires nécessaires pour déterminer le salaire de référence du salarié.

### Païement des prestations

Les prestations sont versées au membre adhérent, à qui il incombe de les reverser au membre participant après précompte des contributions et cotisations sociales.

### Contrôle

L'institution peut à tout moment faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'elle jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'octroi ou la poursuite des prestations. De la même façon, l'institution peut exiger la fourniture des pièces justificatives afférentes à ces contrôles. Les horaires de visite correspondant à ceux prévus par la Sécurité Sociale.

En cas de refus du membre participant, ce dernier pourra se voir opposer par l'institution un refus ou une suspension du versement des prestations.

Lorsque le contrôle diligenté par l'institution conclut à l'absence d'incapacité de travail, le membre participant en est informé par courrier recommandé avec accusé de réception. L'institution interrompt le versement des prestations sept jours après la première présentation de ce courrier.

## **GARANTIE INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE TOTALE**

### **Objet**

Cette garantie a pour objet le versement d'une pension temporaire complémentaire à celle de la Sécurité sociale aux membres participants :

- reconnus invalides 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie
- ou reconnus en état d'incapacité permanente totale à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle.

### **Conditions d'ouverture des droits**

L'arrêt de travail à l'origine de l'invalidité doit débuter pendant la période d'affiliation. L'invalidité ou l'incapacité permanente totale doit par ailleurs donner lieu à indemnisation par la Sécurité Sociale.

### **Montant de l'indemnisation**

La pension versée par l'institution est égale, sous déduction du montant de celle versée par la Sécurité sociale, à 80 % du salaire brut de référence revalorisé dans la double limite de 95% du salaire net imposable avant prélèvement à la source et de 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle ne sera, en aucun cas, supérieure à 35 % du salaire brut de référence.

### **Durée de l'indemnisation**

En cas d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie, les versements cessent à la même date que la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale.

En cas d'incapacité permanente totale, les versements cessent au plus tard à la date à laquelle le membre participant remplit les conditions pour liquider sa retraite à taux plein.

### **Paiement de la pension**

Les règlements sont effectués trimestriellement à terme à échoir.

Dans le cas où le membre participant perçoit un complément versé par une assurance chômage ou dans le cadre d'une activité professionnelle ou bénéficie d'une pension au titre de la retraite progressive ou du cumul emploi retraite, le montant de la pension versée par CARPILIG/P sera réduit en conséquence.

Par ailleurs, le total de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité de la Sécurité sociale, de la pension complémentaire versée au titre du présent régime, du salaire éventuellement perçu et de tout autre revenu de remplacement ne saurait dépasser 100% du salaire net imposable avant prélèvement à la source, revalorisé le cas échéant.

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité doivent fournir chaque année à l'institution les documents nécessaires à l'appréciation de la poursuite de leurs droits. A défaut de réponse à la date exigée, les paiements seront suspendus et ne reprendront qu'à réception des justificatifs.

### Revalorisation de la pension

Le conseil d'administration se prononce chaque année sur l'éventuelle revalorisation des pensions d'invalidité versées en fonction des résultats du régime. En cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise, il appartient au nouvel organisme assureur de revaloriser les pensions d'invalidité en cours de service.

### Constitution du dossier

Pour obtenir le paiement de la pension temporaire à laquelle ils ont droit, les membres participants doivent faire parvenir à l'institution :

- pour l'invalidité :
  - l'original ou une copie certifiée conforme de la notification d'attribution par la Sécurité sociale de pension d'invalidité deuxième ou troisième catégorie,
  - l'attestation d'invalidité dûment remplie par le membre participant,
  - le RIB du membre participant,
  - un certificat de salaires rempli par l'employeur et photocopies des bulletins de salaire des 12 mois précédant la maladie ou la cessation d'activité,
  - une copie de la carte nationale d'identité en cours de validité,
  - tout document indispensable à la constitution du dossier demandé par l'institution.
  
- pour l'incapacité permanente totale :
  - les pièces justifiant de la décision relative au taux d'incapacité permanente totale prononcée par un organisme de Sécurité sociale compétent.
  - l'attestation d'incapacité permanente totale dûment remplie par le membre participant,
  - le RIB du membre participant,
  - un certificat de salaires rempli par l'employeur et photocopies des bulletins de salaire des 12 mois précédant la maladie ou la cessation d'activité,
  - une copie de la carte nationale d'identité en cours de validité,
  - tout document indispensable à la constitution du dossier demandé par l'institution.

### Maintien des prestations en cours

La résiliation de l'adhésion ou la rupture du contrat de travail sont sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'adhésion ou l'affiliation. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation de l'adhésion ou de l'affiliation.

### Maintien des garanties décès

Les Garanties Décès sont maintenues pendant la période d'incapacité permanente totale ou d'invalidité d'un membre participant au sens du présent régime.

## GARANTIE DÉCÈS

### Objet

En cas de décès du salarié couvert, cette garantie assure le versement d'un capital décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à ses ayants droit.

### Montant du capital de base

Le capital de base est égal à douze fois le salaire mensuel brut de référence.

### Montant des majorations familiales

Les majorations familiales sont égales à 25 % du montant du capital de base par enfant à charge au moment du décès.

### Bénéficiaire(s) de la prestation

Le capital de base est versé aux bénéficiaires indiqués ci-dessous.

Les majorations familiales sont versées à la personne qui a la charge des enfants mineurs au sens défini par la loi, ou directement à l'enfant à charge s'il est majeur.

### Désignation du (des) bénéficiaire(s)

Le membre participant a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires de son choix pour le versement du capital décès de base, au moyen du bulletin de désignation mis à sa disposition et qui doit être rempli et retourné à l'institution.

À tout moment, le salarié peut modifier la désignation qu'il a faite en remplissant un nouveau bulletin de désignation et en l'envoyant à CARPILIG/P. Ce dernier bulletin annule et remplace le précédent.

La désignation peut également être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique.

La désignation devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire faite par un avenant signé de l'institution, du membre participant et du bénéficiaire. L'acceptation peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'institution que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. L'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter de l'affiliation du membre participant.

A défaut de désignation, ou si le bulletin de désignation devient caduc, ou si le bénéficiaire désigné est décédé, le capital décès est versé :

- au conjoint du membre participant ;
- à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux
- à défaut à ses ascendants, par parts égales entre eux
- à défaut à ses frères et sœurs, par parts égales entre eux
- à défaut à ses héritiers.

Toute désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires devient caduque en cas de mariage, PACS, concubinage, annulation de PACS, séparation de corps ou divorce. Dans les derniers cas, cette disposition prend effet à la date à laquelle le jugement ou l'arrêt prononçant la séparation de corps ou le divorce devient définitif.

En cas de non établissement du lien de concubinage, la désignation sera caduque au même titre que l'ex-époux en cas de divorce, ou du partenaire en cas de rupture du PACS.

### Constitution du dossier

Le paiement des prestations est effectué par l'institution après réception de la totalité des pièces justificatives que celle-ci est en droit d'exiger concernant le ou les bénéficiaires, notamment :

- acte de décès,
- un certificat médical précisant s'il s'agit d'une mort naturelle, accidentelle, ou liée à un homicide,
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire (copie du livret de famille régulièrement tenu à jour, copie de la carte nationale d'identité en cours de validité, certificat d'hérédité),
- 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, certificat de scolarité),
- un RIB du ou des bénéficiaires,
- un acte de naissance régulièrement mis à jour,
- un certificat de salaire complété par l'employeur,
- tout autre document nécessaire à la constitution du dossier.

### Revalorisation des Prestations non réglées dite revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)

A compter de la date du décès du membre participant jusqu'à la date de réception par l'institution des pièces nécessaires au paiement de la Prestation décès, les prestations garanties sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

### Délais de paiement

L'institution demande au bénéficiaire de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement dans les quinze jours suivant la réception de l'avis de décès et des coordonnées du bénéficiaire.

A réception de ces pièces, l'institution verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire.

### 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'entreprise adhérente 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.

## PORTABILITÉ DES DROITS

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, le membre participant peut continuer à bénéficier du régime complémentaire de prévoyance dans les conditions définies ci-après.

### 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 qu'une 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.

### Prise d'effet

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

### Durée

Le membre participant garde le bénéfice des garanties pendant une durée égale à celle du 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 de l'adhésion, les bénéficiaires de la portabilité cesseront d'être couverts à la date d'effet de la résiliation. Toutefois, en cas de liquidation judiciaire d'une entreprise adhérente, les droits à garantie sont maintenus aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits même en cas de radiation du membre adhérent.

### Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par l'assurance chômage,
- la date de fin de la portabilité à laquelle le membre participant a droit,
- la date de résiliation de l'adhésion de l'ancienne entreprise.

### Le financement

Le maintien des droits en prévoyance complémentaire est assuré sans contrepartie de cotisations pour le membre participant.

## **Le niveau de garantie**

Les garanties maintenues sont identiques à celles définies dans le contrat collectif pour la catégorie de population assurée à laquelle le membre participant appartenait. Néanmoins, les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire le membre participant à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

En cas de modification des garanties des actifs, les modifications de garanties sont appliquées au bénéficiaire de la portabilité.