

Notice d'information

Garanties prévoyance conventionnelles des journalistes professionnels rémunérés à la pige

Régime collectif à adhésion obligatoire

Institution de prévoyance

Autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par le Code de la Sécurité sociale • Membre de Netima
74 rue Jean Bleuzen • 92177 Vanves Cedex

www.audiens.org

Sommaire

Préambule	3
Dispositions générales des régimes.....	4
1 - Définitions	4
2 - Conditions d'affiliation	4
3 - Modification des garanties	5
4 - Cessation des garanties.....	5
5 - Traitement de base.....	5
6 - Revalorisation des prestations.....	5
7 - Déclaration des sinistres	5
8 - Contrôle médical	5
9 - Maintien des garanties.....	6
10 - Exclusions / Déchéance	6
11 - Etendue territoriale.....	7
12 - Résiliation	7
13 - Prescription.....	7
14 - Subrogation	8
15 - Contrôle.....	8
16 - Informatique et libertés	8
17 - Fausses déclarations.....	8
18 - Réclamations	8
Régime capital en cas de décès	9
19 - Garantie capital décès toutes causes	9
20 - Garantie double effet.....	9
21 - Garantie capital décès accidentel.....	9
22 - Bénéficiaires.....	9
23 - Formalités.....	10
Régime incapacité / invalidité	11
24 - Définition et montant des prestations	11
25 - Rechute.....	11
26 - Reprise d'activité.....	12
27 - Paiement et durée.....	12
28 - Formalités.....	12
Descriptif des garanties	13

Préambule

Vous bénéficiez, par l'intermédiaire de votre employeur d'un régime obligatoire et collectif mis en place par d'Audiens Prévoyance, ci-après dénommée l'Institution, en réponse aux obligations conventionnelles fixées par l'annexe III à l'Accord national professionnel de retraite du 9 décembre 1975.

Cette notice d'information, dont vous voudrez bien prendre connaissance, est un récapitulatif des garanties dont vous bénéficiez et de leurs conditions d'application.

Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquels vous avez droit sont indiqués au *descriptif des garanties*.

Pour toutes précisions, veuillez contacter votre service du personnel.

Dispositions générales des régimes

1 - Définitions

Pour l'application des dispositions de la présente notice, il faut entendre par :

Adhérent :

Toute entreprise employant un journaliste professionnel rémunéré à la pige. L'adhésion de l'entreprise à l'Institution est matérialisée par un certificat d'adhésion. Par cette adhésion, l'employeur devient **un adhérent** de l'Institution.

Il est précisé que le statut de journaliste professionnel est défini à l'article L.7111-3 du Code du travail.

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

Bénéficiaire :

La personne qui reçoit les prestations qui sont prévues au *descriptif des garanties* en cas de réalisation du risque couvert.

Concubin :

La personne avec laquelle le participant vit en couple et sous le même toit depuis au moins deux ans au moment du sinistre, aucun des deux n'étant par ailleurs marié.

La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

Conjoint :

La personne liée au participant par le mariage non séparée judiciairement.

Enfants à charge :

Sont définis comme tels,

- les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge du participant, de son conjoint, ou de son pacsé au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu :
 - de moins de 21 ans ;
 - de moins de 26 ans dont les ressources mensuelles sont inférieures au SMIC et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - * s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
 - * s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage ;

- quel que soit leur âge, si, au moment du décès, ils perçoivent au titre des personnes handicapées une allocation prévue par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC) sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans (ou avant 26 ans pour ceux qui remplissent les conditions des paragraphes précédents) ;

- les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès du participant sous réserve que la preuve de filiation de ces derniers avec le participant en soit apportée et qu'ils remplissent les conditions du paragraphe précédent.
- Les enfants nés de l'union du participant avec son concubin et pris en compte pour l'application du quotient familial sur la déclaration fiscale établie par le concubin à condition que ce dernier vive sous le même toit que le participant et sous réserve que ces enfants remplissent les conditions des paragraphes précédents.

Pacsé :

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu.

Participant :

Tout journaliste professionnel, exerçant une activité rémunérée à la pige et titulaire de la carte professionnelle (y compris les stagiaires), affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace Moselle, sous réserve d'être déclaré comme tel par une ou plusieurs entreprises adhérentes. Par cette admission, il devient un **participant** de l'Institution.

Régime :

Ensemble de garanties proposées permettant la couverture d'un risque déterminé.

Risque :

Evènement incertain ou de date incertaine contre lequel l'adhérent souhaite couvrir les participants.

2 - Conditions d'affiliation

Le participant défini à l'article est affilié au vu des déclarations annuelles effectuées par l'adhérent

3 - Modification des garanties

En cas de demande de modification des garanties, l'Institution peut subordonner son accord à l'accomplissement de formalités médicales.

Sauf dérogation prévue au *descriptif des garanties*, le participant en arrêt de travail pour maladie ou accident dont le contrat de travail n'est pas rompu bénéficie des modifications de garanties à leur date d'effet **pour les risques non réalisés sous réserve que l'adhérent ait accepté les éventuelles conditions proposées par l'Institution.**

Les prestations en cours de service continuent, quant à elles, d'être versées selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de réalisation de leur fait générateur.

4 - Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions de l'article 9 et des dispositions propres à chaque garantie, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la résiliation du certificat d'adhésion ou de leur suppression.

5 - Traitement de base

Le traitement de base servant au calcul des prestations est propre à chaque garantie et est défini ci-après au *descriptif des garanties*.

Pour l'application du maintien des garanties en cas de décès pendant l'arrêt de travail du participant prévu à l'article 9, le traitement de base est égal à la totalité des piges brutes versées au participant et retenues comme assiette de cotisations par les adhérents au cours de l'exercice civil clos précédant l'arrêt de travail. Ce traitement de base est actualisé en fonction de l'évolution du taux de revalorisation prévu à l'article 6, entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès,

6 - Revalorisation des prestations

Les prestations peuvent être revalorisées une fois par an. Le taux de revalorisation est fixé par le Conseil d'administration en fonction des résultats de l'Institution et de l'évolution des prix.

La première revalorisation prend effet à la date de variation du taux qui suit le point de départ des prestations.

En cas de résiliation du certificat d'adhésion, la revalorisation cesse et les prestations sont maintenues au niveau atteint au jour de la résiliation.

7 - Déclaration des sinistres

Tout sinistre doit être déclaré par lettre à l'Institution. Cette déclaration précisant la date du sinistre doit être faite dans le respect des délais propres à chaque garantie et accompagnée des pièces justificatives nécessaires au règlement de chaque prestation.

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

8 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de procéder à un contrôle médical et de réviser les conditions de versement des prestations, voire cesser ou refuser le versement des prestations. Les conclusions de ce contrôle s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

Le participant qui conteste une décision de l'Institution relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution.

En cas de désaccord entre le participant et son médecin d'une part, et le médecin conseil de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance du domicile du participant sur requête de la partie la plus diligente. L'avis de ce troisième médecin s'impose aux deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

9 - Maintien des garanties

9.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Toutes les garanties, sous réserve du paiement des cotisations, sont maintenues au 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.

Outre les cas de cessation des garanties prévus à l'article 4 de la présente notice, le maintien prend fin :

- à la date de reprise d'une activité totale ou partielle par le participant ;
- à la date à laquelle le 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, sauf dérogation prévue au *descriptif des garanties*.

Il est précisé qu'en tout état de cause, les dispositions de l'article 9.2 de la présente notice concernant le maintien des garanties en cas de décès pendant l'arrêt du travail du participant s'appliquent.

9.2 – Maintien des garanties en cas de décès pendant l'arrêt de travail du participant

Les garanties en cas de décès, sont maintenues pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %, les cotisations restant dues.

Pendant la période de maintien et lorsque le participant n'a plus la qualité de salarié de l'adhérent, les garanties sont maintenues sur la base des garanties en vigueur à la date à laquelle il est radié des effectifs.

Le maintien prend fin :

- à la date de reprise d'une activité totale par le participant ;

- à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;

- à la date de liquidation de la retraite Sécurité sociale 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 % ;

- 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.

10 - Exclusions / Déchéance

10.1 - Exclusions concernant l'incapacité / invalidité

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

10.2 - Exclusions concernant le capital décès accidentel

La garantie capital décès accidentel ne s'applique pas dans les cas suivants :

- faits intentionnellement et volontairement provoqués par le participant ;
- guerres civiles ou étrangères : quelles qu'en soient les circonstances ;
- émeutes et actes de terrorisme : sauf si le participant n'y prend pas une part active ou s'il effectue son devoir professionnel pour le compte de l'adhérent ;
- rixes : sauf en cas de légitime défense ;
- utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et autres formes de vol libre ;
- courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais, comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules et d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;
- état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état) ;
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;

- **atome : sont exclus les 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.**

10.3 - Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

11 - 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 10 et à condition que le participant soit affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

12 - Résiliation

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les participants.

Ceux-ci peuvent souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, une garantie individuelle capital décès pour un capital au plus égal à celui précédemment assuré sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 2 mois qui suivent la date de résiliation du certificat d'adhésion.

Pour les participants en état d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente ou d'invalidité permanente, les garanties en cas de décès 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 et sans revalorisation postérieure à cette date.

En cas d'aggravation de l'état de santé du participant postérieure à la date de résiliation et pour lequel l'Institution continue de verser des indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'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.

En cas de disparition de l'adhérent :

- les prestations périodiques versées sous forme d'indemnités journalières ou de rentes en cours de service sont maintenues par l'Institution, de même que l'application de la revalorisation mentionnée à l'article 6.
- le maintien des garanties décès en cas d'arrêt de travail prévu à l'article 9 se poursuit, de même que l'application de la revalorisation.

13 - Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Il est porté à dix ans pour les opérations liées à la durée de la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

Toutefois, conformément à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale, ces délais ne courent :

- 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.**

Dans une telle hypothèse, il est précisé que pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont, en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du participant.

En outre, quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit 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 l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

14 - Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour le participant, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

L'Institution est subrogée, à concurrence des sommes versées, dans les droits et actions du participant contre tout tiers responsable.

15 - Contrôle

L'Institution, régie par le Code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

16 - Informatique et libertés

L'Institution s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations qu'elle a recueillies pour sa gestion.

Les informations collectées pourront faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales au profit d'autres entités du groupe de protection sociale sauf désaccord de l'adhérent ou du participant.

Les données gérées par l'Institution sont susceptibles d'être transmises à des prestataires, sous-traitants ou toute entité du groupe de protection sociale, à des fins de gestion, et dans le strict respect des dispositions de la présente notice.

Tout participant ou bénéficiaire peut demander toute communication, rectification, mise à jour ou effacement d'informations le concernant ; il pourra exercer ce droit d'accès au siège social de l'Institution.

17 - Fausses déclarations

Les déclarations faites, tant par l'adhérent ou par son conseil que par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle.

L'annulation du certificat d'adhésion ou des garanties s'accompagne de la restitution de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

18 - Réclamations

Les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations à l'Institution.

Régime capital en cas de décès

19 - Garantie capital décès toutes causes

En cas de décès du participant, les bénéficiaires désignés perçoivent un capital dont le montant est fixé ci-après au *descriptif des garanties*.

En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes.

Le participant est considéré en état d'invalidité permanente totale lorsque, avant la liquidation de sa retraite Sécurité sociale ou de sa pension vieillesse pour inaptitude de travail, il est reconnu invalide 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou bénéficie au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles d'une rente correspondant à un taux d'incapacité de 100 % assortie d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

La demande doit être effectuée dans les 12 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale. La situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle du participant au jour de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

Le versement du capital en cas d'invalidité permanente totale met fin à la garantie capital décès toute cause du participant.

20 - Garantie double effet

L'Institution peut verser un second capital, en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant, avec enfant(s) à charge, dont le montant est fixé ci-après au *descriptif des garanties*.

Le bénéfice de cette garantie est accordé à condition que :

- le certificat d'adhésion soit en vigueur au moment de l'évènement ;
- le conjoint ou le pacsé du participant ne soit pas engagé à nouveau dans les liens du mariage ou par un pacte civil de solidarité, et qu'il soit âgé de moins de 65 ans ;
- les enfants à charge à la date du décès du conjoint ou du pacsé, l'étaient déjà antérieurement à la date du décès du participant.

Ce capital est versé à l'enfant ou aux enfants à charge, il est éventuellement réactualisé en

fonction du taux de revalorisation prévu à l'article 6 de la présente notice.

21 - Garantie capital décès accidentel

Un capital supplémentaire, est versé lorsque le décès du participant est imputable à un accident. **Le décès doit intervenir dans les douze mois qui suivent cet accident. Le montant de ce capital est fixé au descriptif des garanties.**

Le capital décès accidentel n'est pas dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle le participant est reconnu en invalidité permanente totale si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

Le participant peut également percevoir par anticipation le capital supplémentaire prévu en cas de décès accidentel lorsque son invalidité permanente totale, telle que définie à l'article 19, est imputable à un accident. **L'invalidité permanente totale doit intervenir dans les douze mois qui suivent cet accident.**

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. N'est pas considéré comme accidentel, le décès survenu à la suite d'une affection cardiaque ou d'une intervention chirurgicale.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité permanente totale du participant, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

22 - Bénéficiaires

En cas de décès du participant, le capital est versé :

- en priorité au conjoint du participant ou à son pacsé ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, vivants ou représentés ou bien nés viables dans les 300 jours suivant le décès du participant ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et mère du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers du participant.

Le participant peut à tout moment par désignation particulière effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique, indiquer

un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation particulière doit être notifiée à l'Institution pour lui être opposable.

Lorsque le participant désigne nommément le bénéficiaire, il peut mentionner les coordonnées de celui-ci, noms et prénoms, adresse, date et lieu de naissance.

L'attention du participant est attirée sur le fait que dans le cas d'une désignation particulière, cette désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire nommément désigné.

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, à défaut par ce ou ces derniers d'avoir expressément accepté le bénéfice de la désignation antérieurement à l'un de ces événements par notification à l'Institution. En l'absence d'une nouvelle désignation de bénéficiaire(s), la clause de désignation type sera appliquée.

La date d'effet de la caducité est :

- en cas de naissance, celle figurant sur l'acte de naissance ;
- en cas d'adoption, celle de la décision judiciaire ;
- en cas de divorce, celle à laquelle le jugement le prononçant est devenu définitif entre les ex-époux. Il est cependant précisé que pour le divorce, le bénéfice de la désignation est maintenu au conjoint si le participant en a émis la volonté et qu'elle a été constatée par le juge au moment du prononcé du divorce (article 265 alinéa 2 du Code civil) ;
- en cas de rupture d'un pacs, celle de la mention en marge de l'acte initial si la rupture est conjointe, 3 mois après la signification au co-pacsé si la rupture est unilatérale ;
- en cas de mariage, la date du mariage ;
- en cas de décès, la date du décès du seul bénéficiaire désigné ou de l'ensemble des bénéficiaires désignés.

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

En cas d'invalidité permanente totale, l'intégralité du capital est versée au participant lui-même.

23 - Formalités

Le paiement des prestations sera effectué après réception par l'Institution des pièces justificatives transmises par l'adhérent, le participant et/ou ses bénéficiaires, comprenant notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'adhérent que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garanti à la date du décès ;
- un extrait d'acte de décès du participant ou bien la notification de l'invalidité permanente totale ;
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou d'enfant à charge suivantes :
 - un extrait intégral d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour au moment du sinistre ;
 - une copie de l'attestation délivrée par le greffe du tribunal d'instance qui a enregistré le Pacs, à jour au moment du sinistre ;
 - une copie du dernier avis d'imposition du participant, de son conjoint ou de son pacsé ;
 - une copie de la carte d'étudiant ou du certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ;
 - une copie de la carte nationale d'apprenti ;
 - une copie d'une pièce administrative ou salariale justifiant les ressources pour les enfants quelque soit leur âge qui au titre des personnes handicapées perçoivent une allocation prévue par la Loi 2005-102 du 11 février 2005 (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC) sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans ;
 - une copie du jugement de divorce mentionnant le versement de la pension alimentaire pour les enfants non confiés à la garde du participant mais pour les lesquels il est tenu de verser une pension alimentaire.

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

Régime incapacité / invalidité

24 - Définition et montant des prestations

24.1 - Indemnités journalières

Tout 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.

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.

Les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisées par la Sécurité sociale sont prises en compte dans le calcul de la franchise.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés ci-après au *descriptif des garanties*.

En cas d'incapacité temporaire d'un 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.

24.2 - Rente d'invalidité

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

En cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie, le montant de la rente est égal au maximum à 60 % de celui versé en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, sauf disposition particulière prévue au *descriptif des garanties*.

Le montant des rentes est fixé ci-après au *descriptif des garanties*.

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 8 de la présente notice.

24.3 - Rente d'incapacité permanente

Il peut être attribuée une rente complémentaire à tout 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.

Sauf disposition particulière prévue au *descriptif des garanties*, il est convenu pour l'application de la garantie, que :

- 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 1^{ère} 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 ;
- la perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité de 3^e catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune rente n'est servie en cas d'incapacité permanente dont le taux est inférieur à 33 %.

Le montant de la rente d'incapacité permanente est fixé ci-après au *descriptif des garanties*.

En cas de modification du taux d'incapacité permanente déterminé 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 8 de la présente notice.

25 - Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires 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.

26 - Reprise d'activité

Le 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 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.**

27 - Paiement et durée

27.1 - Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées au participant, sous réserve des dispositions de l'article 7 de la présente notice et sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale.

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

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

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

Elles sont suspendues durant le versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières maternité et paternité sauf dérogation prévue au *descriptif des garanties*.

27.2 - Rentes d'invalidité et d'incapacité permanente

Les rentes complémentaires d'invalidité et d'incapacité permanente sont versées au participant, au plus tôt à la date d'attribution de sa pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale, mensuellement à terme échu, 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 et que le participant perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale, sous réserve des dispositions de l'article 7 de la présente notice.

Elles cessent au jour de la liquidation de la retraite Sécurité sociale ou de la pension vieillesse pour inaptitude au travail.

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

28 - Formalités

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré 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.

En cas de non respect de ce délai, la date de début d'indemnisation du sinistre sera fixée au jour de la déclaration sous réserve de la réception de l'intégralité des pièces.

Le dossier est constitué par l'adhérent et/ou le participant (en cas d'invalidité) qui transmettent tous les éléments à l'Institution pour traitement. Les prestations sont payables avec les pièces suivantes :

- les décomptes de la Sécurité sociale ;
- l'attestation des salaires payés par l'adhérent ;
- l'attestation d'arrêt de travail de l'adhérent ;
- l'attestation de l'adhérent de reprise d'activité ;
- la justification du versement de prestations par d'autres régimes de prévoyance.

L'Institution peut demander toutes autres pièces justificatives qui pourraient être nécessaires pour constituer le dossier.

Descriptif des garanties

en vigueur au **1^{er} janvier 2011**

Catégorie de personnel : **journalistes professionnels rémunérés à la pige**

Les garanties figurant dans le tableau ci-après sont accordées sous réserve des dispositions prévues dans la présente notice.

Capital décès toutes causes	<p>En cas de décès du participant, l'Institution verse aux bénéficiaires désignés un capital, dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 50 % de la totalité des piges brutes versées au participant et retenues comme assiette de cotisations par les adhérents au cours de l'exercice civil clos précédant le sinistre. <p>Le capital versé ne peut en aucun cas être supérieur à 300 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.</p> <p>En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital décès toutes causes. Ce versement met alors fin à la garantie capital décès toutes causes ainsi qu'à la garantie capital décès accidentel.</p>
Capital décès accidentel	<p>En cas de décès du participant imputable à un accident, l'Institution verse aux bénéficiaires désignés un capital supplémentaire au capital décès toutes causes dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 100 % du capital décès toutes causes <p>En cas d'invalidité permanente totale imputable à un accident, le participant peut percevoir par anticipation le capital décès accidentel. Ce versement met alors fin à la présente garantie.</p>
Double effet	<p>En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant, avec enfant(s) à charge, l'Institution verse, au profit de ces derniers et par parts égales entre eux, un second capital, calculé selon la situation de famille du participant lors de son décès, dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 100 % du capital décès toutes causes

L'Institution verse au participant une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cette indemnité est versée à l'issue d'une période dénommée franchise dont la durée est fixée comme suit :

- **Franchise : 45 jours continus d'arrêt de travail**

Le montant brut de l'indemnité journalière est fixé en % de l'indemnité journalière maximale de la Sécurité sociale en vigueur **au 1^{er} jour de l'arrêt de travail** et en fonction du montant des piges brutes versées au participant et retenues comme assiette de cotisations par les adhérents au cours de l'exercice civil clos précédant l'arrêt de travail.

Montant des piges brutes versées au participant au cours de l'exercice civil clos précédant l'arrêt de travail	Montant brut de l'indemnité journalière versée par l'Institution
Inférieur à 100 fois le plafond journalier maximum de la Sécurité sociale	25 % de l'indemnité journalière maximale de la Sécurité sociale avec limitation à 70 % du 1/365 ^e de la rémunération annuelle y compris les prestations versées par la Sécurité sociale
Egal ou supérieur à 100 fois le plafond journalier maximum de la Sécurité sociale et inférieur à 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale	35 % de l'indemnité journalière maximale de la Sécurité sociale.
Compris entre 1 fois et 2 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale	50 % de l'indemnité journalière maximale de la Sécurité sociale.
Supérieur à 2 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale	80 % de l'indemnité journalière maximale de la Sécurité sociale.

En cas de reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé par la Sécurité sociale, le montant de la prestation ci-dessus est réduit de moitié.

Pour le participant qui n'est pas en arrêt de travail, les tranches de piges et les montants ci-dessus varient dans le même rapport et aux mêmes dates que les plafonds de la Sécurité sociale.

Incapacité temporaire de travail

Incapacité permanente

Lorsque le participant perçoit de la Sécurité sociale une pension d'invalidité au titre de l'assurance maladie, l'Institution lui verse une rente mensuelle dont le montant varie selon la catégorie d'invalidité :

- invalidité 2^e et 3^e catégories : **30 fois** l'indemnité journalière prévue en cas d'incapacité temporaire ;
- Invalidité 1^{ère} catégorie : **50 %** de la rente prévue en cas d'invalidité 2^e et 3^e catégorie.

Incapacité permanente

Lorsque le participant perçoit de la Sécurité sociale une rente d'incapacité permanente au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'Institution lui verse une rente mensuelle dont le montant varie selon le taux d'incapacité permanente :

- Taux « n » égal ou supérieur à 66 % : **30 fois** l'indemnité journalière prévue en cas d'incapacité temporaire ;
- Taux « n » entre 33 % et 65 % : **3n/2** de la rente prévue pour un taux n égal ou supérieur à 66%.

Aucune rente n'est versée pour un taux « n » inférieur à 33 %.

« n » : taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale

Congé légal de maternité

Par dérogation au dernier alinéa de l'article 27.1 de la présente notice, lorsqu'une participante perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de l'Assurance maternité, l'Institution verse, **à l'issue d'une franchise d'une durée de 45 jours d'arrêt de travail continus** pris pendant le congé légal de maternité, une indemnité journalière complémentaire durant le service de la prestation par la Sécurité sociale.

Le montant brut de l'indemnité journalière est fixé comme suit en fonction du montant des piges versées à la participante et retenues comme assiette de cotisations par les adhérents au cours de l'exercice clos précédant le congé légal de maternité.

Montant des piges brutes versées à la participante au cours de l'exercice civil clos précédant le congé de maternité	Montant brut de l'indemnité journalière versée par l'Institution
Inférieur à 100 fois le plafond journalier maximum de la Sécurité sociale	4 euros
Egal ou supérieur à 100 fois le plafond journalier maximum de la Sécurité sociale et inférieur à 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale	5 euros
Compris entre 1 fois et 2 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale	7 euros
Supérieur à 2 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale	11 euros

Ce montant est fixe, il n'est pas visé par la revalorisation prévue à l'article 6 de la présente notice.



santé • prévoyance • épargne

Institution de prévoyance

Autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par le Code de la Sécurité sociale • Membre de Netima
74 rue Jean Bleuzen • 92177 Vanves Cedex

www.audiens.org