

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES INDUSTRIES DE LA
MAROQUINERIE, ARTICLES DE VOYAGE, CHASSE SELLERIE, GAINERIE,
BRACELETS EN CUIR, ENTREPRISES DE LA GANTERIE DE PEAU**

CONVENTION DE PARTENARIAT

**CGT – Fédération Textile Habillement Cuir Blanchisserie
KLESIA PREVOYANCE – MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE**

Effet : 1^{er} avril 2019

La présente Convention est conclue :

ENTRE :

CGT – Fédération Textile Habillement Cuir Blanchisserie,

dont le siège social est situé 263, rue de Paris, case 415, 93514 Montreuil Cedex
représentée par Monsieur Maurad RABHI, en qualité de Secrétaire Général, dûment habilité aux fins des présentes

Ci-après dénommée, « l'Organisation Syndicale »

D'une part,

ET :

KLESIA Prévoyance

Institution de prévoyance, régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale,
dont le siège social est situé 4, rue Georges Picquart – 75017 Paris
représentée par Christian Schmidt de La Brélie, Directeur Général, dûment habilité aux fins des présentes

Ci-après dénommée, « KLESIA Prévoyance »

ET :

MALAKOFF MEDERIC Prévoyance

Institution de prévoyance, régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale,
dont le siège social est situé : 21, rue Laffitte – 75009 PARIS
représenté par Thomas Saunier, Directeur Général, dûment habilité aux fins des présentes

Ci-après dénommée, « MALAKOFF MEDERIC Prévoyance »

D'autre part,

Individuellement ou collectivement dénommée(s) « la » ou « les Parties ».

CGT *mn*

ARTICLE 2 - MISE EN OEUVRE DE L'OFFRE LABELLISEE

2.1 Respect des dispositions par KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance

KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance s'engagent à proposer, en prévoyance complémentaire, une couverture de base conforme aux minima imposés par l'accord du 12 décembre 2018.

Ladite couverture est assurée conjointement par KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance.

KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance s'engagent en outre à proposer aux entreprises de la branche deux offres optionnelles conformes aux minima imposés par l'accord du 12 décembre 2018.

Les offres optionnelles sont assurées conjointement par KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance.

2.2 Contrat d'assurance prévoyance labellisé

Conformément aux obligations prévues par les articles L.932-2 et L.932-6 du code de la Sécurité sociale, les droits et obligations des entreprises de la branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir, Entreprises de la ganterie de peau et de leurs salariés non-cadres sont définis par :

le contrat d'assurance collectif de prévoyance assuré par KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance.

- au titre de l'ensemble des salariés non-cadres ;
- la notice d'information.

KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance s'engagent à proposer ce contrat d'assurance collectif de prévoyance à la seule adhésion des entreprises ou personnes morales relevant du champ d'application de la convention collective.

Une mutualisation est opérée entre toutes les entreprises du secteur ayant souscrit à ce contrat d'assurance. KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance mettent ainsi en œuvre un « régime mutualisé » pour l'ensemble des salariés non-cadres au titre de la prévoyance constituée de l'ensemble des contrats d'assurance souscrits par les entreprises du secteur des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir, Entreprises de la ganterie de peau qui auront fait le choix de rejoindre l'offre labellisée pour ce risque.

KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance s'engagent à informer l'Organisation Syndicale de toutes modifications apportées à l'offre labellisée, notamment en cas de modification des dispositions conventionnelles ou de l'évolution législative ou réglementaire.

Les taux de cotisations et le tableau de garanties du contrat d'assurance labellisé au titre de la prévoyance de l'ensemble des salariés non-cadres des entreprises relevant de la branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir, Entreprises de la ganterie de peau sont annexés à la présente pour information.

- de manière plus générale, aux dispositions conventionnelles ;
- lui présenter toutes propositions d'évolution de l'offre labellisée qui seraient susceptibles d'en garantir la pérennisation et l'équilibre technique.

4.2- Engagements de l'Organisation Syndicale

Pour sa part, l'Organisation Syndicale s'engage à :

- assister KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance en cas de difficultés relatives
 - à l'application des dispositions du contrat d'assurance de prévoyance labellisé ;
 - de manière plus générale, aux dispositions conventionnelles ;
- participer au suivi et aux réflexions sur l'évolution de l'offre labellisée et à ce titre, tenir informé KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance de tout événement pouvant avoir un impact sur ladite offre afin d'en garantir l'efficacité sociale et l'attractivité.

ARTICLE 5 - DATE D'EFFET - DUREE ET TERME DE LA CONVENTION

5.1- Durée

La présente convention prend effet à compter du 1^{er} avril 2019 pour une durée courant jusqu'au 31 décembre 2021.

5.2- Renouvellement – Dénonciation

A l'issue de cette première période, la présente convention se renouvellera par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

Les Parties peuvent dénoncer la présente convention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée six (6) mois avant la date de renouvellement.

Il est entendu que le terme de la présente convention sera sans effet sur le contrat d'assurance de prévoyance liant les entreprises à KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance. Dans cette hypothèse, KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance s'engagent, toutefois, à ce que leur contrat continue de respecter les dispositions de l'accord 12 décembre 2018 conclu par les Partenaires sociaux de la Branche.

5.3- Résiliation pour inexécution

En cas d'inexécution grave et persistante de l'une quelconque de ses obligations par une des Parties, l'autre Partie peut la mettre en demeure par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, d'exécuter ladite obligation.

A défaut d'exécution dans un délai de quinze (15) jours ouvrés après réception de la mise en demeure, la présente convention est résiliée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans préavis, ni indemnité. Cette résiliation est prononcée sans préjudice de tous autres droits ou actions, notamment en vue de solliciter tous dommages et intérêts auxquels le demandeur pourrait prétendre en réparation du préjudice subi.

Il est convenu que le terme de la présente convention sera sans effet sur les contrats d'assurance de prévoyance liant les entreprises à KLESIA Prévoyance et MALAKOFF MEDERIC Prévoyance.

Fait à Paris, le
en trois (3) exemplaires.

Signatures :

Entre

Noms	Signatures
------	------------

L'organisation Syndicale

Maurad Rabhi	
--------------	---

Et

KLESIA Prévoyance

Christian Schmidt de La Brélie	
-----------------------------------	---

Et

MALAKOFF MEDERIC Prévoyance

Thomas Saunier	
----------------	---

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

REGIME DE PREVOYANCE

PERSONNEL NON CADRE RELEVANT DE LA
CCN DES INDUSTRIES DE LA MAROQUINERIE,
ARTICLES DE VOYAGE, CHASSE SELLERIE, GAINERIE,
BRACELETS EN CUIR
ENTREPRISES DE LA GANTERIE DE PEAU

DATE D'EFFET : 1ER AVRIL 2019

KLÉSIA
Prévoyance



malakoff médéric
humanis

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

Article 3 – Date d’effet et durée du contrat

Le contrat prend effet au 1^{er} avril 2019. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année.

Article 4 – Risques garantis

Les Institutions garantissent les risques suivants :

- **Le risque Décès et Annexes :**
 - o Décès « toutes causes » ;
 - o Invalidité absolue et définitive ;
 - o Double effet
 - o Frais d’obsèques.
- **Le risque Incapacité de travail**
- **Le risque Invalidité 1^{ère} 2^{ème} et 3^{ème} catégorie**

Les risques couverts sont décrits aux présentes Dispositions Générales et le niveau des prestations est décrit aux Dispositions Spécifiques.

Article 5 – Base légale

Le contrat collectif de prévoyance est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Article 6 – Contrôle des Institutions

L’autorité chargée du contrôle des Institutions de Prévoyance est l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe au 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

Article 7 – Réclamation et médiation

A. Réclamation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l’Adhérente ou le Participant doit s’adresser en priorité à l’Institution auprès de laquelle l’adhésion a été réalisée.

KLESIA Prévoyance :

- Par courrier :
KLESIA Prévoyance
Service Réclamation
CS 30027
93108 Montreuil cedex
- Par téléphone : au 01 71 39 15 15 du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures
- Via le site internet : www.klesia.fr

Malakoff Médéric Prévoyance :

- pour l’Adhérente : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com ou à l’adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour le Participant et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com ou à l’adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

B. Médiation

Lorsqu’aucune solution à un litige relatif aux garanties n’a pu être trouvée, l’Adhérente, le Participant et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d’agir en justice, s’adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP) :

Article 9 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/les Participants et l'Institution et le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par le Participant des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 10 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements n'ont pas une origine provenant d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L 561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Article 11 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Titre II – Adhésion de l'entreprise

Article 12 – Champ d'application

Les entreprises relevant de la Branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir, peuvent adhérer au présent contrat.

Article 13 – Date d'effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion -Modification de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de l'Institution, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat. L'Adhérente peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Modification de l'adhésion

A. Formalités en cas de modification à l'initiative de l'Entreprise Adhérente

Lorsque l'Entreprise Adhérente souhaite modifier l'option retenue, elle doit adresser à l'Institution :

- une demande de modification dûment signée par un représentant habilité, précisant le choix de la garantie optionnelle ;
- un état du personnel ;
- un état des salariés en arrêt de travail précisant le motif de l'arrêt et un état des salariés à temps partiel pour cause de maladie.

Une telle modification donne lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

B. Entrée en vigueur des modifications

Après acceptation de l'Institution, les modifications entrent en vigueur au premier jour du trimestre civil qui suit la date de réception par l'Institution de la demande modificative.

14.3. Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Il doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

Article 15 – Conditions de prise en charge des sinistres en cours à la date d'effet du contrat

15.1. Prise en charge des sinistres en cours au titre du régime de base

15.1.1 En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Le présent contrat prend en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription :

- la revalorisation des prestations périodiques dont le service incombe à l'assureur précédent, que le contrat de travail soit rompu ou non (rentes invalidité),
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu,
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, dans le cas où celle-ci n'était pas prévue par le contrat résilié (pour autant que les conditions de revalorisation du précédent contrat aient été communiquées).

15.1.2 En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, sont couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail ou Invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixés au présent contrat.

15.1.3 Financement des risques en cours

Les conditions de financement des risques en cours sont déterminées en fonction de la déclaration des risques en cours. Le montant de la sur-cotisation afférente à cette prise en charge est intégrée au taux de cotisation de ce régime de base et figure au Titre I des Dispositions Spécifiques.

15.2. Prise en charge des sinistres en cours au titre des options 1 et 2

Le présent contrat ne prend pas en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, les prestations ou revalorisations (rente invalidité et, le cas échéant, indemnités journalières) au titre des garanties afférentes aux options 1 et 2.

Toutefois, en cas de demande d'adhésion d'une entreprise à une option et de prise en charge de prestations de salariés en arrêt de travail au titre de cette option, l'Institution procédera à une étude au cas par cas, et pourra y réserver une suite favorable après calcul, en contrepartie de la prise en charge du passif, d'une prime unique ou une sur-cotisation, pour laquelle un accord écrit sera demandé à l'Adhérente.

Article 16– Résiliation de l'adhésion.

A la date d'échéance annuelle

- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties prévues au contrat de prévoyance à compter de la date d'affiliation.

Au titre de l'incapacité de travail, pour la détermination de la franchise, l'arrêt de travail est réputé être survenu à la date d'effet du contrat.

Article 18 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail

18.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou qui perçoivent des journalières complémentaires versées au titre d'un contrat de prévoyance complémentaire ou qui perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues à l'article 25, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

18.2. Incidences de la rupture du contrat de travail en cas de maladie ou accident

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties adoptées par l'Entreprise dans le cadre des présentes garanties, tant que le contrat d'assurance souscrit par l'Entreprise auprès de l'Institution est en vigueur.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat, sous réserve des dispositions de l'article 20-2 ci-après.

18.3. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Article 19 - Cessation des garanties

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus à l'article suivant, les garanties prennent fin dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes Dispositions Générales ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 23 ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;

- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômage ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance.

20.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat

20.2.1. Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations incapacité ou invalidité en cours de service à la date de résiliation du contrat de prévoyance sont maintenues au montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans les Dispositions Spécifiques.

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de résiliation du contrat de prévoyance, l'Institution verse la prestation prévue à la date de l'arrêt de travail.

Ce nouvel état ne sera pris en charge que si le fait générateur de l'arrêt est survenu durant la période d'assurance ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La revalorisation des prestations cesse à compter de la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat de prévoyance.

20.2.2. Maintien des garanties Décès

En application de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties Décès sont maintenues lorsque le Participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation ou non-renouvellement du contrat.

20.2.3. Cessation du maintien des garanties

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- reprise totale d'activité ;
- cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension invalidité, d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33% ;
- liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

Titre IV – Cotisations

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues aux Dispositions Spécifiques.

Article 21 – Assiette et taux de cotisations

Les taux de cotisations définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au 1^{er} avril 2019.

Article 25 – Exonération des cotisations

Le Participant en arrêt de travail est exonéré des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité de travail et Invalidité au terme d'un délai de franchise de 91 jours d'arrêt de travail.

L'exonération est partielle si le Participant travaille à temps partiel, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de son activité réduite.

L'exonération des cotisations cesse :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité ou Invalidité ;
- en cas de résiliation du contrat de prévoyance.

Titre V – Prestations

Article 26 – Traitement de base - Base des prestations

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail, limité à la tranche soumise à cotisations telles que prévues à l'article 21 des présentes Dispositions Générales.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'Adhérente comme base des cotisations.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés à l'alinéa précédent du fait d'une ancienneté inférieure à 12 mois, le traitement de référence sera reconstitué sur 12 mois.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés au premier alinéa du fait de la suspension de son contrat de travail suite à un arrêt de travail ou congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera déterminé par rapport à la rémunération des douze derniers mois de pleine activité.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension du contrat de travail pour une autre raison qu'un arrêt de travail, un congé maternité ou un congé paternité (exemples : congé sabbatique, congé parental...). Seule la rémunération éventuellement perçue au cours des 12 derniers mois civils sera alors prise en compte.

Si le Participant est reconnu invalide au sens de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul de la garantie Décès peut être revalorisé dans les conditions prévues à l'article ci-dessous en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail.

Article 27 – Revalorisation

27.1. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (incapacité ou invalidité) peuvent être revalorisées annuellement au 1^{er} juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'Institution.

La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1^{er} juillet suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

En cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation.

De même, si le Participant reprend une activité partielle, le cumul de la rémunération et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait exercé son activité à temps complet.

Article 32 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Le Participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution jugera utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, originaux des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au Participant en arrêt de travail ou en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le Participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical. A défaut et après mise en demeure, l'Institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'Institution relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au Participant par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

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.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution verse des prestations.

Lorsque l'action de l'Adhérente, 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'Adhérente, le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Titre VI – Garanties

Le présent titre définit l'ensemble des garanties couvertes par le contrat ainsi que la situation familiale prise en compte pour les éventuelles majorations des montants de prestations.

Les garanties souscrites ainsi que leur montant sont indiqués aux Dispositions Spécifiques.

Article 38 – Situation familiale du Participant

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte la situation familiale du participant, dûment justifiée.

Les personnes prises en compte sont le conjoint du Participant, les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint.

38.1. Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- l'époux (se) du Participant, non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- le concubin, personne vivant maritalement avec le participant sous le même toit, à condition que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - le concubin et le participant soient tous les deux célibataires ou veufs ;
 - le concubinage est établi de façon notoire depuis plus de deux ans.

Cette condition de durée est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

38.2. Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à charge du Participant et sont :

- âgés de moins de 21 ans ;
- âgés de 21 ans à 26 ans et :
 - poursuivent des études ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité, devenue la carte « mobilité inclusion », prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 26^{ème} anniversaire ;
- nés dans les 300 jours suivant le décès du Participant.

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même évènement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

39.3. Garantie Invalidité Absolue et Définitive.

Le Participant est considéré comme étant en Invalidité absolue et définitive lorsqu'il cumule les conditions suivantes :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3^{ème} catégorie ou incapacité permanente de 100% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- le Participant est définitivement dans l'incapacité de se livrer à une activité professionnelle ;
- son état nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans ce cas, le capital décès peut lui être versé par anticipation à compter de la consolidation de l'Invalidité absolue et définitive. Ce versement met automatiquement fin à la garantie décès sauf, le cas échéant, à la garantie double effet. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

39.4. Garantie Double Effet

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, il est versé un capital aux enfants restés à la charge du conjoint survivant. Ce capital est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

Le capital est versé sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint décède au plus tôt en même temps que le Participant ;
- il n'est pas séparé de corps judiciairement au moment du décès du Participant ;
- il n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse ;
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du Participant ;
- le contrat collectif de prévoyance est toujours en vigueur à la date de son décès.

39.5. Frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques du Participant.

Le montant de l'allocation est fixé aux Dispositions Spécifiques.

L'allocation est versée à la personne physique ayant supporté les frais d'obsèques à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti indiqué au titre II des Dispositions Spécifiques.

Le solde éventuel est versé au conjoint du Participant, à défaut à ses enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » des présentes Dispositions Générales.

L'allocation est versée dans un délai maximum de trente jours ouvrés à compter de la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

Garantie Incapacité temporaire de travail / Invalidité

Article 40 –Incapacité temporaire de travail

40.1. Conditions de la garantie

En cas d'incapacité temporaire de travail, le participant perçoit, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, des indemnités journalières complémentaires.

41.1. Invalidité d'origine non professionnelle

Le participant a droit au versement de la rente en cas d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, lorsque l'Institution reconnaît qu'il remplit les critères d'attribution fixés aux articles L341-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le classement par la Sécurité sociale du participant en 1^{ère}, 2^e, 3^e catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale. En application de cet article, les catégories d'invalidité sont définies comme suit :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La rente versée par l'Institution est exprimée sous déduction ou en complément des prestations brutes versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne) selon les modalités prévues aux Dispositions Spécifiques.

41.2. Invalidité d'origine professionnelle

Cette rente est versée en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Il est précisé que si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- inférieur à 33 % aucune rente n'est servie,
- égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1^{ère} catégorie ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

41.3. Modalités de versement des prestations

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au participant, nette de toutes contributions sociales et d'impôt sur le revenu, après retenue à la source par l'Institution, sauf demande expresse de l'adhérente ou du participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise.

41.4. Cessation du versement des prestations

La rente cesse d'être due :

- dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle.

La rente peut être révisée ou supprimée lorsque le participant voit son taux d'incapacité évoluer ou change de catégorie d'invalidité suite à une décision de la Sécurité sociale. Cette révision ou suppression prend effet à compter de la date du changement de situation du participant.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

Titre I. Taux de cotisations

Les cotisations sont fixées en pourcentage du traitement de base défini à l'article 21 des Dispositions Générales.

Elles sont exprimées hors taxes.

Les taux du régime de base et des options sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2021, sauf en cas de d'évolutions législatives ou réglementaires.

Garanties	Taux de cotisation En % du traitement de base limité à la tranche 1 (T1)				
	Régime de base	Option 1	Base + Option 1	Option 2	Base + Option 2
Décès Décès toutes causes- Invalidité absolue et définitive Double effet Allocation obsèques	0,26%	0,14%	0,40%	0,28%	0,54%
Incapacité de travail	0,56%	0,56%
Invalidité	0,07%	0,56%	0,63 %	0,56%	0,63%
Total taux contractuels ¹					
	0,33% ¹	0,70%	1,03% ¹	1,40%	1,73% ¹
Total taux appel ²					
	0,30%¹²	0,70%	1,00%¹²	1,40%	1,70%¹²

T1 : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

- (1) Y compris la surcotisation de 0,03 % au titre de la reprise de passif pour le régime de base uniquement
 (2) Un taux d'appel est appliqué au régime de base obligatoire uniquement (0,26% appelé à 0,23%).

Lexique

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Entreprise ou Adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini aux Dispositions Spécifiques, au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Risque

Evènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Rémunération brute

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Sinistre

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

Handwritten marks in the top left corner, possibly initials or a signature.

Handwritten signature or initials in the bottom right corner.

**CONVENTION FINANCIERE DES GARANTIES SOUSCRITES
AUPRES DE KLESIA PREVOYANCE ET
DE MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE**

**BRANCHE DES INDUSTRIES DE LA MAROQUINERIE,
ARTICLES DE VOYAGE, CHASSE SELLERIE, GAINERIE,
BRACELETS EN CUIR, ET ENTREPRISES DE LA GANTERIE
DE PEAU**

DATE D'EFFET : 1^{er} avril 2019

ep
SM
na

I. PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la Branche des industries de la maroquinerie, articles de voyage, chasse sellerie, gainerie, bracelets en cuir et entreprises de la ganterie de peau ont décidé de mettre en place des régimes obligatoires de prévoyance (Décès, Incapacité de travail, Invalidité), en faveur des salariés non cadres. Ces régimes sont choisis par chaque entreprise.

A ce titre, ils ont labellisé les organismes suivants pour assurer et mutualiser ce régime :

- KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est fixé 4 rue Georges Picquart – 75017 PARIS

et

- MALAKOFF MEDERIC Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947, dont le siège social est fixé - 21, rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX

pour l'ensemble des risques Décès, Incapacité de travail, Invalidité

Le présent document décrit la convention financière dont le périmètre de consolidation est l'ensemble des entreprises ayant souscrit aux conditions tarifaires et pour les seules garanties Prévoyance prévues dans le cadre de la labellisation.

- Les honoraires ou frais associés au fonctionnement du régime, dans la limite de (à définir)
- Le prélèvement pour financement de la marge de risque qui s'élève à 2% des cotisations nettes de taxes et d'annulations, acquises à l'exercice

() : Les cotisations acquises à l'exercice sont égales aux cotisations encaissées au cours de l'exercice augmentées des cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice et diminuées des cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice précédent.*

*(**) : Les taux de chargement s'élèvent pour la base et les options à :*

- o 12.00 % pour les garanties Capital Décès
- o 15,00 % pour les garanties Incapacité de travail et Invalidité

III.2 COMPTE GENERAL DE RESULTAT

Ce compte est alimenté par :

- 100% du solde technique prévoyance capital décès et incapacité de travail - invalidité,
- Les produits financiers sur les provisions mathématiques sont calculés par le produit :
 - o de l'assiette définie comme le montant des provisions mathématiques d'ouverture,
 - o et du taux de rémunération égal à 85% du taux de rendement moyen des actifs du fonds général prévoyance de chaque organisme assureur pondéré à hauteur de la quote-part définie à l'article II.

De ce produit sont déduits les intérêts techniques crédités au compte technique prévoyance.

- Les produits financiers sur la provision d'égalisation sont calculés par le produit :
 - o de l'assiette définie comme le montant de la provision d'égalisation comptabilisée à la fin de l'exercice précédent, avant apurement du solde débiteur du compte technique de l'exercice.
 - o et du taux de rémunération égal à 85% du taux de rendement moyen des actifs du fonds général prévoyance de chaque organisme assureur pondéré à hauteur de la quote-part définie à l'article II.
- Le solde débiteur non apuré du compte général de l'exercice précédent, réévalué sur la base de 100% du taux de rendement moyen pondéré des actifs du fonds général prévoyance de chaque organisme,

La reprise sur la provision d'égalisation, en cas de compte technique Prévoyance déficitaire tel qu'indiqué dans l'article III.4.

La Provision d'Egalisation et le Fonds d'action sociale et de solidarité constituent des tous indivisibles vis-à-vis des entreprises, résultat de la solidarité mise en place au sein du contrat sur le périmètre de consolidation.

Chaque entreprise relevant de la branche a la liberté dans le choix de l'organisme assureur pour la couverture de son contrat prévoyance.

L'entreprise, en cas de résiliation de son contrat d'assurance, et ce, pour quelle que cause que ce soit, ne peut prétendre à la mise à disposition d'une partie de la Provision d'Egalisation et le Fonds d'action sociale et de solidarité.

VI. DATE D'EFFET - DUREE ET TERME DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter du 1^{er} avril 2019.

Elle est conclue pour une durée indéterminée et cesse en cas de dénonciation ou de non reconduction de la labellisation des organismes assureurs par les partenaires sociaux, pour le régime de prévoyance de la CCN des industries de la maroquinerie, articles de voyage, chasse sellerie, gainerie, bracelets en cuir et entreprises de la ganterie de peau.

Il en est de même pour les organismes assureurs, chacun d'eux disposant de la faculté de mettre fin aux engagements pris dans le cadre de la présente convention, à chaque échéance annuelle du 31 décembre sous réserve d'un préavis de deux mois, notamment en dénonçant son acceptation de la labellisation; la convention sera alors résiliée de plein droit à la même date.

Il est entendu que le terme de la présente convention sera sans effet sur les contrats d'assurance de prévoyance liant les entreprises de la Branche à KLESIA Prévoyance ou MALAKOFF MEDERIC Prévoyance. Dans cette hypothèse, les organismes assureurs précités s'engagent, toutefois, à ce que leurs contrats continuent de respecter les dispositions conventionnelles en vigueur.

ANNEXE 1

TRAITEMENT FISCAL DES PROVISIONS ET RESERVES

Provision d'égalisation : cette provision est fiscalement déductible. Sa reprise sera taxable. Le montant de la provision d'égalisation est soumis à une double limitation, en vertu de l'article 39 quinquies GB du CGI et de la doctrine administrative (instruction 4-E-4-97 et BOI-BIC-PROV-60-70-10) :

- La dotation annuelle ne peut excéder 75% du bénéfice technique ;
- La dotation globale ne peut excéder un pourcentage des cotisations acquises au cours de l'exercice, ce pourcentage variant selon la taille de l'effectif assuré.

Réserve générale : cette réserve est fiscalement non déductible et sa reprise ne sera pas taxable.

Le montant total atteint par cette provision d'égalisation ne peut excéder une limite de 100 % des cotisations « prévoyance » se rapportant à l'exercice objet du compte.

Ce pourcentage qui varie selon l'effectif assuré est défini comme suit :

- 23% pour un effectif d'au moins 500 000 assurés,
- 33% pour un effectif de 100 000 assurés,
- 87% pour un effectif de 20 000 assurés,
- 100% pour un effectif de 10 000 assurés au plus.

Lorsque l'effectif assuré est compris entre deux des nombres mentionnés ci-dessus, le pourcentage à retenir est calculé par interpolation linéaire.