

**Convention collective régionale**

IDCC : 642. – **TISSAGES DE LA SOIERIE  
DU SUD-EST  
(Ouvriers)  
(7 janvier 1972)**

(Etendue par arrêté du 1<sup>er</sup> juin 1973,  
*Journal officiel* du 24 juin 1973)

---

**ACCORD DU 22 DÉCEMBRE 2006**  
PORTANT ADHÉSION À UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE  
NOR : *ASET0750398M*  
IDCC : 642

Entre :

La fédération Tissages de soieries, groupement professionnel au sein d'UNITEX,

D'une part, et

L'union régionale textile, habillement, cuir et peaux CGT ;  
L'union régionale Rhône-Alpes HACUITEX de la CFDT ;  
Le syndicat tissage, bonneterie, soierie FO ;  
L'union régionale du textile, cuir et habillement CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Vu l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale de l'industrie textile du 9 juin 1952 ;

Vu les accords paritaires des 5 juin 1952 et 7 juin 1972 relatifs au régime de prévoyance des ouvriers, employés techniciens et agents de maîtrise des Tissages de soieries ;

Vu les avenants des 1<sup>er</sup> février 1961, 29 octobre 1986 ;

Vu l'accord du 19 septembre 2001 et l'avenant du 24 avril 2002 ;

Vu l'avenant du 23 décembre 2005 consécutif à l'obligation prévue par la réforme de l'assurance maladie.

## PRÉAMBULE

L'accord de prévoyance d'origine modifié par les différents avenants nécessite, compte tenu de l'ancienneté de sa date de création, une actualisation et une mise à niveau et ce pour de nombreuses raisons.

La réglementation a changé ; la récente réforme de l'assurance maladie a contribué à l'évolution des garanties pour rendre les contrats frais de santé responsables.

L'environnement social, depuis le 25 août 2005, est devenu très différent, notamment pour ce qui concerne les déductibilités des cotisations des contrats collectifs de prévoyance.

Sur le plan fiscal également les avantages associés à ces contrats ont aussi fait l'objet de modifications significatives.

Par ailleurs, la volonté exprimée par les salariés et les chefs d'entreprise vise les objectifs suivants :

1. En ce qui concerne la complémentaire santé :
  - permettre de conserver le contrat dit « responsable » au sens de la loi et dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie ;
  - faire bénéficier la profession d'un contrat de base plus cohérent, plus solide et innovant ;
  - permettre d'obtenir le meilleur rapport de protection/cotisation ;
  - faire bénéficier les salariés du service du tiers payant ;
  - proposer un accès à des garanties supérieures via un régime frais médicaux optionnel (en améliorant les prestations en optique et dentaire) ;
  - l'expression du taux de cotisation se fera en pourcentage du salaire brut (tranches A et B).
2. En ce qui concerne la prévoyance :
  - permettre de maintenir la garantie décès à son niveau actuel ;
  - introduction d'une option « incapacité invalidité » contractualisée pour compléter la couverture prévoyance.
3. Revoir les conditions permettant un pilotage du régime :
  - pouvoir disposer d'éléments semestriels de suivi pour le contrat de base, la combinaison d'options et par entreprise dans certaines conditions ;
  - pouvoir disposer d'une assistance technique pour ce pilotage ;
  - mettre en place un compte de résultats avec une provision pour égalisation et prendre en compte dans l'analyse les excédents constitués au 31 décembre 2006.

## Article 1<sup>er</sup>

### *Objet*

Le présent accord a pour but de mettre en place un régime de prévoyance obligatoire dans les entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 3.

Cet accord annule et remplace toutes les dispositions des accords antérieurs et de leurs avenants.

Le détail des prestations de prévoyance-décès Invalidité absolue et définitive (IAD) et complémentaire santé servies est joint en annexes I et II.

## **Article 2**

### *Bénéficiaires*

A l'exception des VRP et des travailleurs à domicile (TAD), sont bénéficiaires du régime de prévoyance, sans condition d'ancienneté, tous les salariés non cadres (ouvriers, employés techniciens et agents de maîtrise des tissages de soieries).

La qualité de bénéficiaire se perd soit du fait de la rupture du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, soit du fait du passage de ce bénéficiaire à une catégorie de personnel autre que celle définie au paragraphe précédent, soit du fait de la résiliation du présent accord de prévoyance.

## **Article 3**

### *Champs d'application*

#### Sur le plan territorial

Le présent accord territorial s'applique dans les départements suivants :

Ain (01), Ardèche (07), Drôme (26), Gard (30), Isère (38), Loire (42), Haute-Loire (43), Puy-de-Dôme (63), Rhône (69), Saône-et-Loire (71), Savoie (73), Haute-Savoie (74) et Vaucluse (84) entrant dans le champ d'application de la convention collective des tissages de soieries.

Les établissements non distincts des entreprises dont le siège social est situé dans l'un des 13 départements ci-dessus cités sont également soumis au présent accord.

#### Sur le plan professionnel

La définition du champ d'application figure en annexe du présent accord sous forme de tableau présentant la translation des codes INSEE en codes NAF avec en intermédiaire la référence aux codes APE.

## **Article 4**

### *Date d'effet et durée du contrat*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet pour les entreprises adhérentes à Tissages de soieries dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Pour les entreprises non adhérentes à l'organisation patronale signataire, la date d'effet du présent contrat est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

## **Article 5**

### *Détermination des garanties*

Le présent accord institue au profit des salariés visés à l'article 2, ou de leurs ayants droit, les garanties suivantes :

#### 1. Garanties de base obligatoires :

- le versement d'un capital en cas de décès ;
- le versement de ce même capital pour invalidité absolue et définitive (IAD) en cas de reconnaissance de cet état ;

- les remboursements total ou partiel des dépenses de santé en complément de celles servies par le régime général de la sécurité sociale.

## 2. Garanties optionnelles facultatives :

L'entreprise peut décider de mettre en place des garanties supérieures offrant des prestations supplémentaires à celles du régime conventionnel (garanties dites « de base obligatoire »).

La mise en place de ces garanties optionnelles entraîne l'affiliation de tous les salariés bénéficiaires définis à l'article 2.

La décision peut résulter d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'entreprise.

### 5.1. Garanties conventionnelles obligatoires

#### 5.1.1. Garantie décès

##### 5.1.1.1. Définition de la garantie

En cas de décès ou d'IAD (invalidité absolue et définitive avec assistance d'une tierce personne) d'un salarié pour cause de maladie ou d'accident, il est versé aux bénéficiaires un capital décès.

Si l'IAD est consécutive à un accident, ce capital sera complété par le versement anticipé du capital décès accidentel, voir annexe I.

#### Capital décès (ou IAD)

Versement d'un capital dont le montant est fixé à 100 % du salaire de référence si l'assuré est seul (célibataire, veuf, divorcé ou séparé) ;

Versement d'un capital dont le montant est fixé à 150 % du salaire de référence si l'assuré (célibataire, veuf, divorcé ou séparé) a 1 enfant à charge ;

Versement d'un capital dont le montant est fixé à 150 % du salaire de référence si l'assuré est marié sans enfant à charge ;

Versement d'un capital dont le montant est fixé à 180 % du salaire de référence si l'assuré est marié et a un enfant à charge ;

Versement d'un capital dont le montant est fixé à 30 % du salaire de référence par enfant supplémentaire à charge.

#### Décès accidentel (ou IAD accidentelle)

Si le décès est consécutif à un accident, un capital supplémentaire dont le montant est fixé à 100 % du salaire de référence est versé aux bénéficiaires.

##### 5.1.1.2. Bénéficiaires de la garantie

Le capital décès revient :

1. Au(x) bénéficiaires désigné(s) ;

2. A défaut de désignation expresse de bénéficiaire(s) :
- au conjoint survivant non séparé, non divorcé ;
  - à défaut, aux enfants par parts égales entre eux ;
  - à défaut, aux père et mère du salarié, par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux ;
  - à défaut de tous les susnommés, le capital revient aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

#### 5.1.2. Garantie complémentaire santé

##### 5.1.2.1. Définition de la garantie

Cette garantie qui complète les prestations du régime de la sécurité sociale est décrite en annexe II.

##### 5.1.2.2. Bénéficiaires de la garantie

Bénéficient de cette garantie :

- l'assuré ;
- l'ensemble de ses ayants droit tels que reconnus par la sécurité sociale.

### 5.2. Garanties optionnelles

#### 5.2.1. Garantie optionnelle invalidité incapacité

##### 5.2.1.1. Garantie invalidité

##### 5.2.1.1.1. Définition de la garantie

En cas d'invalidité reconnue par la sécurité sociale, le salarié bénéficie d'une rente en complément de celle versée par la sécurité sociale.

Les garanties invalidité incapacité sont décrites en annexe IV.

##### 5.2.1.1.2. Montant des prestations

Le montant des indemnités journalières brutes, versées en complément de celles servies par la sécurité sociale, s'élève :

- à 30 % du salaire de référence pour les salariés classés en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégories ou ceux dont le taux d'incapacité professionnelle est supérieur à 66 % ;
- à 18 % du salaire de référence pour les salariés classés en 1<sup>re</sup> catégorie ou ceux dont le taux d'incapacité professionnelle est compris entre 33 % et 66 %.

##### 5.2.1.1.3. Durée et service des prestations

La rente est servie aussi longtemps que l'assuré bénéficie d'une rente de la sécurité sociale. Le versement cesse à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

En cas de rupture de contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, les salariés bénéficiaires d'une rente complémentaire au moment de cette rupture continueront à la percevoir jusqu'à son terme.

## 5.2.1.2. Garantie incapacité

### 5.2.1.2.1. Définition de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, professionnel ou non, le salarié bénéficie d'une indemnité journalière en complément de celle versée par la sécurité sociale.

Le financement de cette garantie est à la charge exclusive des salariés.

### 5.2.1.2.2. Point de départ du service des prestations

Le service des prestations intervient à l'expiration d'une période de 90 jours d'arrêt de travail continu.

### 5.2.1.2.3. Montant des prestations

Le montant des indemnités journalières, y compris les prestations brutes servies par la sécurité sociale, s'élève à 75 % du salaire de référence.

### 5.2.1.2.4 Durée de service des prestations

Les prestations sont versées :

- jusqu'à la reprise du travail ;
- ou jusqu'à la mise en invalidité ;
- ou jusqu'à la liquidation de la retraite et, au plus tard, jusqu'au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

En cas de rupture du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, les salariés bénéficiaires d'indemnités journalières complémentaires au moment de cette rupture continueront à les percevoir jusqu'à leur terme.

### 5.2.1.2.5. Revalorisation des prestations

Les prestations relatives aux garanties incapacité invalidité sont revalorisées chaque année suivant l'évolution du point de retraite ARRCO.

La première revalorisation intervient à l'échéance qui suit la première date anniversaire du sinistre. En cas de résiliation du contrat d'adhésion, les prestations sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint lors de la résiliation. Elles cessent donc d'être revalorisées.

## 5.2.2. Garantie optionnelle complémentaire santé

### 5.2.2.1. Définition de la garantie

Des garanties additives à celles prévues par le régime de base améliorent la prestation et augmentent le remboursement des dépenses de santé. Ces garanties sont décrites en annexe III.

## Article 6

### *Gestion du régime*

#### 6.1. Organisme désigné

Pour la gestion des régimes de prévoyance et complémentaire santé, les parties signataires au présent accord décident de retenir l'organisme suivant :

APICIL Prévoyance institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 38, rue François-Peissel, Caluire (69).

Cette désignation pourra être remise en cause par la modification du présent accord dans les conditions prévues à l'article 8 du présent accord.

#### 6.2. Obligation d'adhésion

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues d'affilier l'ensemble des salariés bénéficiaires, tel que prévu à l'article 2 ci-dessus, à l'organisme désigné, dès la date d'effet du présent accord.

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et dotées à la date de signature de ce dernier d'un régime de prévoyance peuvent rester assurées auprès de l'organisme avec lequel elles ont antérieurement contracté sous réserve :

- que les garanties en place soit « garantie par garantie » plus favorables que celles instituées par le présent accord ;
- ou de la mise en conformité de leur contrat avec les dispositions du présent régime de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter de la date d'application du présent accord dans l'entreprise.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans le cas où ces conditions ne seraient pas respectées, les entreprises concernées doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre fin au contrat de prévoyance et adhérer à l'organisme désigné. L'organisme désigné organisera toute action pour faire adhérer les entreprises.

#### 6.3. Commission paritaire

Une commission paritaire régionale prévoyance, composée de représentants des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau régional (au maximum 2 représentants par organisation) et d'au moins 1 représentant d'employeurs, est chargée du suivi du présent accord.

Cette commission sera assistée d'un consultant externe choisi par la commission, en la personne de M. Hubert Franc, mandaté pour une durée de 3 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, qui interviendra en qualité de conseil avec pour mission l'aide au pilotage du programme défini dans le présent accord et son développement régional auprès d'autres branches textiles.

Cette commission bénéficiera d'informations semestrielles détaillées sur la gestion du régime pour lui permettre d'en assurer le pilotage. Elle pourra à tout moment inviter l'organisme gestionnaire à rendre compte de cette gestion en se réservant le droit de demander la transmission sur tous points de toutes informations ou documents utiles au bon suivi de l'accord.

La commission paritaire régionale prévoyance se réunira au moins 2 fois par an afin :

- de suivre la mise en place du régime de prévoyance ;
- de participer par tout moyen à l'information des entreprises et des salariés concernés ;

- d'examiner l'évolution statistique et démographique de la profession, de chaque entreprise d'au moins 100 salariés et celle spécifique aux risques couverts ;
- d'examiner les résultats techniques du régime ;
- de proposer les aménagements éventuels des prestations ;
- d'examiner l'évolution des consommations et du compte de résultats.

Les coûts de fonctionnement de cette commission paritaire, notamment l'indemnisation des frais de déplacements de ses membres, sont pris en charge par l'organisme gestionnaire dans la limite totale et globale de 500 € par réunion.

L'organisme d'assurance fournira tous les éléments d'information nécessaires aux chefs d'entreprise pour leur permettre d'apporter les informations légales aux salariés ainsi que les références et services « complémentaires frais de santé, régime de prévoyance » pour la branche tissages de soieries (annexe VII).

#### 6.4. Règlement de l'organisme gestionnaire

Le règlement de l'organisme gestionnaire désigné, en vigueur à la date de signature du présent accord et annexé à ce dernier (annexe VI), s'appliquera en l'état pendant toute la durée d'exécution dudit accord.

Ce règlement comporte, entre autres, les procédures de déclaration de sinistres (délais, pièces à fournir...) ou de contrôles médicaux, le salaire de référence pour le calcul des prestations, les exclusions, les cas de majoration pour charges de famille, les modalités de règlement des rentes, etc.

La commission paritaire devra être informée de toutes les modifications et de leurs conséquences éventuelles préalablement à leurs mises en place.

#### 6.5. Réexamen du choix de l'organisme gestionnaire

Conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 3 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, réexaminer le choix de l'organisme assureur.

A cet effet les parties se réuniront au moins 6 mois avant la date d'échéance.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification ou la résiliation du présent accord, dans les conditions prévues à l'article 8 du présent accord.

#### 6.6. Paiement des prestations

APICIL prévoyance assurera :

- le versement des prestations au profit des personnes indemnisées au titre de ce régime ;
- le versement des revalorisations (selon l'évolution du point AGIRC, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année), ce dernier cessant en cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'accord ;
- ainsi que le maintien de la garantie décès dans les conditions prévues aux articles 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

APICIL prévoyance constituera à cet effet les provisions techniques correspondantes et donnera le détail des calculs de ses provisions.



## Article 7

### Taux de cotisation

#### 7.1. Régimes conventionnels obligatoires

Ces régimes de prévoyance décès et complémentaire santé sont financés par une cotisation payée trimestriellement (à terme échu) égale à 1,75 % du salaire brut annuel limité à la tranche A et B pour le régime conventionnel obligatoire.

Cette cotisation est répartie à raison de 73 % à la charge de l'employeur et 27 % à la charge du salarié.

Cette cotisation distingue les risques prévoyance décès et complémentaire santé comme indiqué ci-dessous.

##### 7.1.1. Régime de prévoyance décès

COTISATION GLOBALE	À LA CHARGE de l'employeur	À LA CHARGE du salarié
Tranches A et B	Tranches A et B	Tranches A et B
0,35 %	0,26 %	0,09 %

##### 7.1.2. Complémentaire santé

COTISATION GLOBALE	À LA CHARGE de l'employeur	À LA CHARGE du salarié
Tranches A et B	Tranches A et B	Tranches A et B
1,40 %	1,02 %	0,38 %

#### 7.2. Régimes optionnels facultatifs

Le choix de ces régimes se fait au niveau de l'entreprise pour l'ensemble des salariés non cadres concernés. Chaque entreprise peut choisir parmi les options proposées en privilégiant l'une ou l'autre des options ou les deux.

La cotisation additive est répartie selon le choix fait en entreprise.

##### 7.2.1. Prévoyance incapacité invalidité (a)

COTISATION GLOBALE
Tranches A et B
0,77 %

(a) Cette garantie et cette cotisation s'ajoutent au régime conventionnel prévoyance décès.

### 7.2.2. Complémentaire santé (b)

COTISATION globale	A LA CHARGE de l'employeur	A LA CHARGE du salarié
Tranches A et B	Tranches A et B	Tranches A et B
1,90 %	au minimum 1,02 %	au maximum 0,88 %

(b) Cette garantie remplace la garantie complémentaire santé conventionnelle

Le salaire brut annuel correspond au total des rémunérations brutes, y compris les primes et gratifications entrant dans l'assiette des cotisations sociales, et ce quelle que soit leur périodicité.

## Article 8

### *Révision et dénonciation*

Le présent accord pourra à tout moment être révisé ou dénoncé par les parties signataires, sous réserve d'un préavis de 2 mois, dans les conditions fixées aux articles L. 132-7 et L. 132-8 du code du travail.

De nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la notification de la dénonciation.

Sauf signature d'un texte de substitution, le présent accord continuera à produire ses effets pendant au maximum 1 an, à compter de la date d'expiration du préavis de dénonciation.

En cas de changement d'assureur et conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

- les garanties afférentes au décès seront maintenues pour les personnes bénéficiaires des prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les prestations incapacité, invalidité, rente éducation et rente de conjoint en cours continueront à être servies à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement ;
- la revalorisation des prestations périodiques en cours (incapacité, invalidité, rente éducation, rente de conjoint) sera assurée par le nouvel assureur selon l'évolution de la valeur du point AGIRC avec effet au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## Article 9

### *Résultat techniques*

#### 9.1. Résultats techniques et niveau d'équilibre du régime

L'organisme gestionnaire devra fournir annuellement à la commission paritaire, au plus tard avant le 31 août de l'exercice suivant, les résultats techniques du régime de l'année écoulée.

Ces résultats techniques présenteront séparément les risques prévoyance décès et complémentaire santé pour les régimes conventionnels, d'une part, et pour les régimes optionnels, d'autre part.

Ils indiqueront le niveau des cotisations encaissées (en montant brut puis en montant net de frais) ; les provisions techniques constituées le cas échéant et les prestations payées au cours de l'exercice.

Le résultat obtenu par soustraction des provisions et des prestations aux cotisations nettes déterminera le niveau d'équilibre du régime par le ratio (prestations + provisions)/cotisations nettes.

Le compte sera équilibré si ce ratio est égal à 1.

Si ce ratio est inférieur à 1, le compte est excédentaire ; s'il est supérieur à 1, il est déficitaire.

Pour ce qui concerne les régimes complémentaires santé une analyse détaillée de la consommation par acte complètera la présentation des résultats ; elle mettra par ailleurs en évidence la fréquence d'apparition de ces consommations par tranche de coût pour les actes dentaires et optiques.

Cette analyse qui doit porter sur un effectif minimum de 1 000 salariés se fera globalement pour l'ensemble des entreprises. Pour celles de plus de 100 salariés, une mesure de la répartition et de l'évolution par actes de la consommation pourra être délivrée.

## 9.2. Suivi du régime

Dès la fin du 1<sup>er</sup> semestre après la mise en place et ensuite chaque trimestre, l'organisme assureur présentera des tableaux de l'évolution et de la répartition de la consommation par actes indiquant ainsi les tendances pour les régimes.

Dès le mois de septembre de chaque année, une estimation des ratios projetés en fin d'exercice sera communiquée chaque mois.

## 9.3. Compte de résultat

La commission paritaire a souhaité que soit mis en place un compte de résultat avec une provision pour égalisation (PEG) (Cf. annexe V « Compte de résultat »).

Lorsque le plafond de la provision pour égalisation est atteint, le reliquat éventuel va alimenter une provision pour participation aux excédents dont l'utilisation sera convenue par les parties (amélioration des garanties et/ou réduction des cotisations).

Il est convenu que le compte de résultat intégrera, le moment venu, les résultats constatés au 31 décembre 2006.

## Article 10

### *Frais de gestion*

Les frais de gestion des régimes sont fixés à :

- 7 % pour les régimes prévoyance décès (régime conventionnel) et prévoyance incapacité invalidité pour ce qui concerne le régime optionnel) ;

- 12 % pour les régimes complémentaire santé (régime conventionnel ou régime optionnel).

### **Article 11**

#### Dépôt et extension

Cet accord sera déposé auprès du ministère du travail (DRT) et du secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Lyon.

Los parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent accord.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXES

### ANNEXE I

#### Translation des nomenclatures pour les activités entrant dans le champ d'application des accords des Tissages de soieries

ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE telle qu'utilisée dans les accords	CODES APE	NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTIVITÉS et des produits (NAF)
- 476.51 : fabricants tissus.	44.32 et 47.09	- 17.2.G. en totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte ; - 18.2.J. pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards. (1)
- 476.52 : façonniers tissus.	44.32	- 17.2.G. en totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte ; - 18.2.J. pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards. (1)
- 476.54 : tissage de soierie comportant un atelier de teinture, apprêt, impression.	44.32 et 47.09	- 17.2.G. en totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte ; - 18.2.J. pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards. (1)

ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE telle qu'utilisée dans les accords	CODES APE	NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTIVITÉS et des produits (NAF)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 476.7 : fabrication transformateurs de tissus de soie et plus généralement de tissus de fils de fibres artificielles et synthétiques sur du matériel et selon la technique de soierie.</li> </ul>	44.32 et 47.09	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.2.G. en totalité et pour les produits :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.20.10. tissus de laine, soie, etc. ;</li> <li>- 17.20.31. tissus en fils de filaments ;</li> <li>- 17.20.32. tissus en fibres synthétiques ;</li> <li>- 17.20.33. tissus en fibres artificielles ;</li> <li>- 17.20.40. tissus spéciaux.</li> </ul> </li> <li>- 17.2.J. pour la fabrication de tissus à usage technique ;</li> <li>- 17.5.G. pour la fabrication d'articles divers en textile : toiles à bluter et filtres...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 484.6 : fabrique de passementerie métallique, fabrique d'ornements d'église et de vêtements sacerdotaux.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 484.61 : fabrique de passementerie métallique, or et argent, de galons, de soutache, de broderie métallique, de dorures pour uniformes, pour képis, épaulettes, franges or et argent ;</li> <li>- 484.62 : fabrique d'ornements d'église de vêtements sacerdotaux ;</li> <li>- 484.63 : guimpiers façonniers ; fabrique de fils guipés pour passementerie.</li> </ul> </li> </ul>	44.42	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.4.C. (pour partie) : fabrication d'autres articles confectionnés en textile :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- fabrication de drapeaux, de banderoles, de bannières, etc. ;</li> </ul> </li> <li>- 17.5.G. (pour partie) : industries textiles n.c.a :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la fabrication d'articles de rubannerie ;</li> <li>- pour la fabrication d'articles de passementerie.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 484.7 : fabrique de tresses, lacets et passementeries mécaniques.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 484.72 : fabrique de tresses en matières textiles diverses : fabrique de cordelières, de galons, de ganses ;</li> </ul> </li> </ul>	44.42	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.5.G. (pour partie) : industries textiles n.c.a :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la fabrication d'articles de passementerie (y compris tresses, cordelières, galons, ganses, etc.)</li> </ul> </li> </ul>

ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE telle qu'utilisée dans les accords	CODES APE	NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTIVITÉS et des produits (NAF)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 484.73 : fabrique de passementerie mécanique en matières textiles diverses ; fabrique de cannetilles, de chenilles, de franges, glands, olives en coton, laine, soie.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 482.0 : fabrique de produits textiles élastiques pour tous usages.</li> <li>- 482.2 : fabrique de dentelles élastiques : dentelles, tulles et guipures ;</li> <li>- bobinots élastiques.</li> </ul>	44.41	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.5.G. (pour partie) : industries textiles n.c.a. :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la fabrication de tulles et autres produits à mailles nouées, de dentelles ou de broderies en pièces, en bandes ou en motifs ;</li> <li>- pour les produits :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.54.1 : rubans, dentelles et broderies.</li> <li>- 17.54.12 : tulles et dentelles ;</li> <li>- 17.54.32 : fils et cordes élastiques ;</li> <li>- 17.54.35 : fils guipés, guipures, chenille et chaînettes.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 483.0 : fabrique de dentelles, tulles, guipures, bobinots, broderies.</li> <li>- 483.2 : fabrique de dentelles mécaniques, de tulles, de guipures, bobinots au mètre ou sous forme d'articles à la pièce produits directement sur métiers (rideaux, vitrages, napperons, dessus-de-lit, etc.), voilettes, réseaux unis ou façonnés au crochet mécanique, fabrique de filets et résilles pour cheveux.</li> <li>Perçage de cartons pour tulles façonnés, dentelles et guipures, bobinot.</li> <li>- 483.5 : fabrique de broderie mécanique (sur métier à fil continu) au mètre ou sous forme d'articles tombant directement du métier.</li> </ul>	44.41	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.5.G. (pour partie) : industries textiles n.c.a. :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la fabrication de tulles et autres tissus à mailles nouées, de dentelles ou de broderies en pièces, en bandes ou en motifs ;</li> <li>- pour les produits :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.54.1 : rubans, dentelles et broderies</li> <li>- 17.54.12 : tulles et dentelles ;</li> <li>- 17.54.32 : Fils et cordes élastiques ;</li> <li>- 17.54.35 : fils guipés, guipures, chenilles et chaînettes.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- 18.2.J. (pour partie) : fabrication d'autres vêtements et accessoires :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la fabrication d'accessoires divers de l'habillement en toutes matières ... filets pour cheveux, etc. ;</li> <li>- pour le lissage de dessins.</li> </ul> </li> </ul>

ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE telle qu'utilisée dans les accords	CODES APE	NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTIVITÉS et des produits (NAF)
<p>- 483.6 : fabrique de filets de cheveux, filets de front, résilles en cheveux, tissage de cheveux.</p>		<p>(1) Les parties signataires conviennent en outre des dispositions suivantes visant les activités relevant des classes 18 qui entrent dans le champ d'application respectif de la convention collective nationale des industries de l'habillement, d'une part, et des accords de Tissages de soierie, d'autre part : « Les entreprises relevant des champs d'application visés ci-dessus qui appliquent au moment de l'entrée en vigueur du présent accord la convention collective de l'industrie textile resteront régies exclusivement par cette dernière convention. »</p> <p>Par ailleurs, les ateliers de confection rattachés accessoirement à des établissements textiles bénéficient de la convention textile et des accords soierie, sauf s'il s'agit d'établissements juridiquement ou matériellement distincts.</p>



## ANNEXE II

### **Accord du 8 décembre 2000 portant avenant à l'accord du 17 mars 1999 concernant la réécriture du champ d'application des différents accords de la branche des tissages de soiries**

Entre :

- UNITEX, d'une part,
- et les organisations syndicales soussignées, d'autre part :

il a été convenu ce qui suit :

La liste des accords concernant la branche des tissages de soierie annexée à l'accord du 17 mars 1999 est complétée par l'accord du 31 décembre 1973 portant adhésion des entreprises de dentelles, tulles, broderies et guipures aux accords de la branche des tissages de soierie en ce qui concerne le personnel ouvrier.

Le présent accord sera déposé dans les conditions fixées par le code du travail et fera l'objet d'une demande d'extension. Son entrée en vigueur est subordonnée à la publication de l'arrêté ministériel d'extension.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

UNITEX.

#### **Syndicats de salariés :**

Union régionale textile, habillement, cuirs et peaux CGT ;  
Union régionale CFDT HACUITEX ;  
Union régionale textile, cuir et habillement CFTC ;  
Syndicat FO tissage, bonneterie, soierie ;  
Syndicat SPES-CGC.

## ANNEXE I

### Prévoyance décès. – IAD

Régime conventionnel : Tissages de soieries

GARANTIES EN VIGUEUR au 1 <sup>er</sup> janvier 2007	POURCENTAGE du salaire annuel brut
<b>Garanties décès</b>	
Capital-décès par suite de maladie	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé, sans enfant à charge	100
Marié sans enfant à charge	150
Célibataire, veuf, divorcé, séparé, avec 1 enfant à charge	150
Marié avec 1 enfant à charge	180
Majoration par enfant supplémentaire à charge	30
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel	
Versé en 12 mensualités pour assuré marié, célibataire, veuf, divorcé, ayant au moins 1 enfant à charge	100
Obsèques	10 % du PMSS
Longue maladie	
– après 7 mois d'arrêt de travail continu	6,5 % du PMSS
– après 12 mois d'arrêt de travail continu	6,5 % du PMSS
<b>Garantie invalidité absolue et définitive</b>	
Par suite de maladie ou d'accident avant 60 ans	
Est considéré en invalidité permanente totale et définitive à 100 %, l'assuré qui présente une invalidité supprimant toute capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, une rémunération	Capital décès par maladie, défini ci-dessus, versé en 24 mensualités par anticipation.
Pour l'appréciation du taux d'incapacité de travail à 100 %, il y aura lieu d'avoir recours à un expert.	
<b>Maintien des garanties décès/exonération du paiement des cotisations.</b> Ces garanties interviennent dès le versement des prestations indemnités journalières ou rente, ou, à défaut, à compter du 91 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail. L'exonération du paiement des cotisations est proportionnelle à la perte de salaire en cas d'incapacité complète ou partielle.	

## ANNEXE II

### Régime complémentaire frais médicaux

*Régime conventionnel : Tissages de soieries*

Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2007

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
<b>Soins médicaux courants</b> Analyses médicales Auxiliaires médicaux Appareillages (orthopédie...) Appareillages auditifs Radio, électroradiologie Pharmacie Consultations et visites Transport	100 % BR - RSS 100 % BR - RSS 90 % FR - RSS (maxi 100 % RSS) 10 % PMSS 100 % BR - RSS 100 % BR - RSS 100 % BR - RSS 100 % BR - RSS
<b>Hospitalisation</b> Frais de séjour conventionnés Frais de séjour non conventionnés Chambre particulière Honoraires conventionnés Honoraires non conventionnés Forfait journalier hospitalier Maison de repos	100 % FR - RSS 90 % FR - RSS (maxi 100 % RSS) 100 % des tarifs préfectoraux Maxi 100 % RSS 90 % FR - RSS (maxi 100 % RSS) 100 % FR 100 % FR - RSS (maxi 0,40 % PMSS/jour)
<b>Dentaire</b> (actes hors nomenclature exclus)  Soins dentaires Prothèses dentaires - prises en charge par la SS - non prises en charge par la SS sauf AHN  Orthodontie (1) - acceptée par la SS - refusée par la SS	Remboursement limité à 2 500 € par an et par bénéficiaire, au-delà sur devis  100 % BR - RSS  Maxi 120 % BR Maxi 120 % TNA (Remboursement selon accord préalable sur devis APICIL suivant nomenclature APICIL)  Maxi 50 % BR Maxi 50 % BR reconstituée
<b>Optique</b>  Monture Verres	Remboursement limité à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire 3 % PMSS 3 % PMSS

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
Lentilles acceptées par la SS	3 % PMSS par paire
<b>Autres</b> Cures thermales acceptées par la SS  Allocation maternité - 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> enfant - 3 <sup>e</sup> enfant et plus	10 % PMSS (au prorata si moins de 21 jours) Cette indemnité exclut tout autre remboursement de frais pouvant rester à charge)  6,5 % PMSS 13 % PMSS
<p>Le montant total du remboursement (régime de base + régime complémentaire) ne peut excéder 100 % des frais réels.</p> <p>(1) Orthodontie acceptée ou refusée pour des raisons administratives, en cas de refus médical il n'y a pas de remboursement.</p> <p>Abréviations : BR : base de remboursement ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR : frais réels ; RSS : remboursement sécurité sociale ; TNA : tarif nomenclature APICIL ; AHN : actes hors nomenclature.</p>	

## ANNEXE III

### Régime complémentaire frais médicaux

#### *Régime optionnel : Tissages de soieries*

Régime « Plus » Tissages de soieries. – Garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2007

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
<b>Soins médicaux courants</b> Analyses médicales Auxiliaires médicaux Appareillages (orthopédie...) Appareillages auditifs Radio, électroradiologie Pharmacie Consultations et visites Transport	100 % BR - RSS 100 % BR - RSS 90 % FR - RSS (maxi 100 % RSS) 10 % PMSS 100 % BR - RSS 100 % BR - RSS 130 % BR - RSS 100 % BR - RSS
<b>Hospitalisation</b> Frais de séjour conventionnés Frais de séjour non conventionnés Chambre particulière Honoraires conventionnés Honoraires non conventionnés Forfait journalier hospitalier Maison de repos	100 % FR - RSS 90 % FR - RSS (maxi 100 % RSS) 100 % des tarifs préfectoraux Maxi 100 % RSS 90 % FR - RSS (maxi 100 % RSS) 100 % FR 100 % FR - RSS (maxi 1 % PMSS/jour)
<b>Dentaire</b> (actes hors nomenclature exclus)  Soins dentaires Prothèses dentaires – prises en charge par la SS – non prises en charge par la SS sauf AHN  Orthodontie (1) – acceptée par la SS – refusée par la SS	Remboursement limité à 2 500 € par an et par bénéficiaire, au-delà devis  150 % BR - RSS  Maxi 220 % BR Maxi 220 % TNA (Remboursement selon accord préalable sur devis APICIL suivant nomenclature APICIL)  Maxi 150 % BR Maxi 150 % BR reconstituée
<b>Optique</b>  Monture Verres	Remboursement limité à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire 3 % PMSS 4 % PMSS

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
Lentilles acceptées par la SS	3 % PMSS par paire
<p><b>Autres</b></p> <p>Cures thermales acceptées par la SS</p> <p>Allocation maternité</p> <p>– 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> enfant</p> <p>– 3<sup>e</sup> enfant et plus</p>	<p>10 % PMSS (au prorata si moins de 21 jours) Cette indemnité exclut tout autre remboursement de frais pouvant rester à charge)</p> <p>6,5 % PMSS</p> <p>13 % PMSS</p>
<p>Le montant total du remboursement (régime de base + régime complémentaire) ne peut excéder 100 % des frais réels.</p> <p>(1) Orthodontie acceptée ou refusée pour des raisons administratives, en cas de refus médical il n'y a pas de remboursement.</p> <p>Abréviations : BR : base de remboursement ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR : frais réels ; RSS : remboursement sécurité sociale ; TNA : tarif nomenclature APICIL ; AHN : actes hors nomenclature.</p>	

## ANNEXE IV

### Régime de prévoyance incapacité invalidité

#### *Tissages de soieries*

Désignation des garanties (concerne le participant âgé de moins de 65 ans)

INCAPACITÉ/INVALIDITÉ	EN POURCENTAGE du salaires annuel brut
Incapacité temporaire totale :	En % de la 365 <sup>e</sup> partie du salaire brut
Indemnités journalières versées par suite de maladie ou accident reconnu par la sécurité sociale après un délai de franchise de 90 jours	30 %
Invalidité permanente :	
Rente annuelle, payable par trimestre échu, et versée selon la catégorie d'invalidité :	30 %
– invalidité de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale	Rente réduite de 40 %
– invalidité de 1 <sup>re</sup> catégorie de la sécurité sociale	
Ces prestations sont revalorisées sur la base de l'augmentation du point de retraite ARRCO.	

## ANNEXE V

---

### Compte de résultat CCN tissages de soieries

L'ensemble des opérations relatives aux produits conventionnels et optionnels suivants :

- régime conventionnel tissages de soierie frais médicaux (CCN FM TEX) ;
- régime conventionnel tissages de soierie décès (CCN DI TEX) ;
- régime optionnel tissages de soierie incapacité invalidité (II OPT TEX) ;
- régime optionnel tissages de soieries frais médicaux (FM OPT TEX)

font l'objet d'un compte de résultats à la fin de chaque exercice.

#### I. – DÉFINITION DU COMPTE DE RÉSULTAT

A ce compte de résultat figurent :

Au crédit :

- 100 % des cotisations facturées de l'exercice considéré, nettes de taxes ou tout autre prélèvement obligatoire (CMU,...) ;
- les provisions techniques des engagements périodiques évaluées au niveau atteint au 31 décembre de l'exercice précédent ;
- les produits financiers des provisions mathématiques fixés en fonction du taux technique retenu pour leur calcul.

Au débit :

- les prestations réglées et à régler de l'exercice considéré, les capitaux payés à l'occasion de décès ou d'invalidité absolue et définitive sont portés au compte de résultat dans la limite de 50 fois le plafond annuel de la sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice de survenance du sinistre ;
- les provisions techniques des engagements périodiques ou sinistres restant à régler évalués au niveau atteint au 31 décembre de l'exercice ;
- les frais de chargement sont fixés à :
  - 7 % des cotisations facturées pour les risques décès, incapacité, invalidité ;
  - 12 % pour le risque frais médicaux.
- le cas échéant, le report du solde débiteur de l'exercice précédent majoré des intérêts techniques.

#### II. – UTILISATION DU COMPTE DE RÉSULTAT

Lorsque le compte est créditeur :

Il est affecté à hauteur de 75 % à une provision pour égalisation plafonnée à 12 mois des cotisations afférentes aux risques DI + FM.



Cette provision est par ailleurs créditée des produits financiers calculés sur la base de 90 % du taux de rendement des placements du portefeuille prévoyance de l'institution APICIL prévoyance.

Lorsque le plafond de la provision pour égalisation est atteint, le reliquat éventuel va alimenter une provision pour participation aux excédents dont l'utilisation sera convenue par les parties (amélioration de garanties et/ou réduction de cotisations). Cette provision pour participation aux excédents est rémunérée sur la même base que la provision pour égalisation et devra être utilisée dans les 9 années suivant son alimentation.

Lorsque le compte est débiteur :

Le montant du débit est prélevé sur la provision pour égalisation, puis sur la provision pour participation aux excédents constituée. Lorsque celle-ci s'avère insuffisante, le reliquat est reporté au débit du compte de résultats de l'exercice suivant, majoré de 1 an d'intérêts calculés sur les mêmes bases que la rémunération de la provision pour égalisation.

Lorsque le compte de résultat entraîne sur 2 années consécutives un report du solde débiteur, les conditions de garanties et de cotisations sont réexaminées entre les parties.

## ANNEXE VI

---

### **Règlement Décès, incapacité de travail, invalidité et frais médicaux**

Approuvé par l'assemblée générale du 25 septembre 2001 et modifié par l'assemblée générale du 27 juin 2002.

#### PREMIÈRE PARTIE

#### **Conditions générales**

##### **Article 1<sup>er</sup>**

###### *Objet*

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles l'institution assure des garanties en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité ou de frais médicaux aux participants des entreprises adhérentes relevant des catégories de personnel ou groupes de personnes visés au contrat d'adhésion ou qui ont adhéré individuellement.

Il est possible de déroger dans les conditions particulières aux dispositions du présent règlement.

##### **Article 2**

###### *Base légale*

Toutes les dispositions retenues pour la mise en œuvre et la cessation des garanties assurées par l'institution sont régies par le livre IX du code de la sécurité sociale.

##### **Article 3**

###### *Adhésion*

Le contrat d'adhésion comprend les conditions générales communes à toutes les garanties proposées par l'institution, les conditions générales relatives aux garanties souscrites par l'adhérent et les conditions particulières au contrat de l'adhérent.

Le contrat d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la définition des catégories de personnel ou groupes de personnes visés par l'adhésion ;
- la nature des garanties souscrites, les montants ou bases de calcul des prestations correspondantes ;
- les conditions de l'entrée en vigueur des garanties souscrites ;

- les montants ou les taux et assiettes de cotisation qui s’y rapportent.

Les garanties s’appliquent à partir de la date d’effet stipulée dans le contrat d’adhésion, sous réserve du retour à l’institution dans les 30 jours suivant leur date d’émission de tous les exemplaires du contrat dûment signés par l’entreprise.

#### **Article 4**

*Fondement. – Effet. – Durée. – Renouvellement de l’adhésion*

A moins qu’elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties prévues par un contrat collectif et obligatoire sont déterminées en vertu :

- soit d’une convention ou d’un accord collectif ;
- soit de la ratification à la majorité des intéressés d’un projet d’accord proposé par le chef d’entreprise ;
- soit d’une décision unilatérale du chef d’entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Le contrat prend effet à la date prévue au contrat d’adhésion et expire le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation à l’initiative de l’une ou l’autre partie signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 2 mois avant l’échéance du contrat.

Toutefois, l’adhérent ne dispose pas de la faculté de résilier son contrat si son adhésion à l’institution résulte d’une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

#### **Article 5**

*Participants*

##### **Article 5.1**

*Participants à titre collectif*

A la date d’effet de l’adhésion, sont garantis en qualité de participants tous les salariés qui appartiennent aux catégories de personnel définies aux conditions particulières du contrat d’adhésion.

L’adhérent s’engage, en vertu du contrat collectif et obligatoire qu’il souscrit, à affilier aussi tous les salariés futurs répondant aux conditions précédentes, dans les 15 jours suivant l’embauche.

De même, il s’oblige, dans les mêmes délais, à informer l’institution du départ de tout salarié.

Les dérogations éventuelles à l’obligation d’affilier l’ensemble des salariés relevant des catégories de personnel concernées sont précisées dans les conditions particulières.

Dans tous les cas, l’adhérent est tenu de fournir à l’institution, pour chaque salarié concerné, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu’elle fixe et de remettre à ce dernier une notice qui

définit les garanties souscrites par le contrat d'adhésion, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

## **Article 5.2**

### *Participants à titre individuel*

En complément des garanties collectives souscrites par leur employeur adhérent, les participants ont la faculté d'adopter des garanties individuelles.

Dans la continuité de leurs dernières garanties collectives, les anciens participants (chômeurs, préretraités, retraités...) peuvent également souscrire des garanties décès individuelles.

Les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un salarié décédé peuvent de même demander le maintien, sans délai d'attente ni formalités médicales, d'une couverture frais médicaux, sous réserve que leur demande soit présentée dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès.

## **Article 6**

### *Ouverture et cessation des garanties*

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'accomplissement préalable, d'une part, des formalités d'acceptation médicale pour les salariés à garantir lors de la demande d'adhésion ou d'augmentation des garanties en cours ; d'autre part, de formalités administratives destinées à fournir les éléments constitutifs du dossier individuel de chaque salarié intégrant les catégories de personnel visées par l'adhésion.

Une fois ces formalités accomplies, et sauf désaccord de l'institution, les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat ou de l'avenant, à tous les salariés répondant aux conditions de l'article 5 ;
- à partir de la date d'embauche ou de promotion dans la catégorie concernée, pour les nouveaux participants.

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion ;
- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat d'adhésion ;
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire, hormis les cas particuliers d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail ou de congé paternité ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale du participant ou de sa préretraite, avec rupture du contrat de travail ;
- au plus tard, à la date du 65<sup>e</sup> anniversaire du participant, sauf dérogations prévues aux conditions générales relatives aux garanties souscrites ou aux conditions particulières du contrat.

## **Article 7**

### *Base des cotisations*

Les cotisations sont déterminées en fonction :

- soit d'une cotisation forfaitaire exprimée directement en euros ;
- soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul des cotisations.

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence :

- au plafond entier de la sécurité sociale ;
- au salaire brut annuel déclaré par l'adhérent à l'URSSAF ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées comme suit :
  - T 1 : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale ;
  - T 2 : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond de la sécurité sociale ;
  - T 3 : fraction de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le plafond de la sécurité sociale ;
  - T 4 : fraction de salaire comprise entre 8 fois et 12 fois le plafond de la sécurité sociale.

L'assiette, les taux de cotisation, les montants, ainsi que les cotisations forfaitaires sont précisés dans les conditions particulières.

## **Article 8**

### *Recouvrement des cotisations*

Les cotisations doivent être payées dans les 10 jours du mois suivant son échéance. Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des participants ;
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période ;

L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des participants.

Les cotisations réglées en totalité ou en partie hors délai supportent des majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent dont les modalités de calcul sont fixées par le conseil d'administration de l'institution.

## **Article 9**

### *Non-paiement des cotisations*

#### **Article 9.1**

##### *Non-paiement*

##### *au titre d'un contrat collectif et obligatoire*

A défaut de paiement de la totalité des cotisations échues dans les conditions prévues par l'article 8, l'institution met en demeure l'adhérent, par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler les cotisations impayées.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, l'institution informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

En cas de persistance du non-paiement, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. L'institution se réserve le droit d'informer directement chaque participant ou les instances représentatives du personnel de la suspension des garanties.

Passé le délai de 30 jours précité, l'institution pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'adhérent.

L'institution peut enfin décider de résilier le contrat d'adhésion, 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Conformément à la loi, lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'institution ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise ou à la résiliation du contrat.

## **Article 9.2**

### *Non-paiement au titre d'un contrat individuel*

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'institution met en demeure le participant, par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler la cotisation impayée. Dans la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, la persistance du non-paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son contrat.

## **Article 10**

### *Déclaration annuelle des salaires et apurement des comptes*

### **Article 10.1**

#### *Etat nominatif annuel des salaires*

Avant le 31 janvier de chaque année, l'adhérent doit retourner à l'institution l'état nominatif annuel des salaires de l'exercice précédent.

A défaut, l'adhérent est mis en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, d'avoir à le fournir sous un délai maximum de 15 jours.

Passé ce délai, l'adhérent est assigné devant le tribunal compétent aux fins d'y être obligé sous astreinte, sans préjudice de l'application des majorations de retard définies à l'article 8. Les frais engagés à cet effet sont supportés par l'adhérent.

### **Article 10.2**

#### *Apurement annuel*

A partir de l'état nominatif annuel des salaires, l'institution établit chaque année un document d'apurement des cotisations de l'exercice précédent, qu'elle adresse à l'adhérent.

Celui-ci dispose du délai de 15 jours suivant la réception du document d'apurement pour régulariser son compte.

A défaut, une lettre recommandée avec accusé de réception est envoyée à l'adhérent, qui a valeur :

- de mise en demeure de régulariser son compte ;
- de notification des majorations de retard ;
- de notification de suspension des garanties 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée si le solde restant dû représente plus de 1/12 des cotisations de l'exercice ainsi apuré.

Passé le délai de 30 jours précité, l'institution pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'adhérent.

Elle pourra enfin décider de résilier le contrat d'adhésion dans les conditions prévues par l'article 9.1.

En l'absence totale ou partielle de l'état nominatif annuel des salaires ou de précisions nécessaires au calcul des cotisations de l'adhérent, l'institution se réserve le droit de procéder à l'apurement du compte en fonction des seuls éléments mis à sa disposition. L'institution est habilitée à vérifier l'exactitude et la sincérité des déclarations de l'adhérent par tous moyens à sa convenance.

## **Article 11**

### *Assiette des prestations*

#### **Article 11.1**

##### *Capital décès, rente éducation, rente de conjoint, incapacité de travail, invalidité*

Le traitement de base servant au calcul des prestations en cas de sinistre est celui qui a servi d'assiette des cotisations chez l'adhérent au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'interruption du travail.

Si le participant ne compte pas 12 mois civils de présence à temps complet à la date du sinistre, le traitement de base est reconstitué sur une base de 12 mois à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés.

En cas de décès pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base est celui des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation prévu aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

#### **Article 11.2**

##### *Frais médicaux*

La base de calcul des prestations accordées pour tout accident, maladie ou maternité ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale pendant la période de garantie est le montant, dûment justifié, des dépenses de santé qui ont fait l'objet du remboursement.

Si le contrat d'adhésion prévoit des prestations pour certains actes non remboursés par la sécurité sociale, leur base de calcul est également le montant, dûment justifié, des dépenses de santé faisant l'objet des prestations.

## **Article 12**

### *Revalorisation des prestations*

#### **Article 12.1**

##### *Prestations concernées*

Sont concernées par la revalorisation, l'ensemble des prestations périodiques suivantes :

- les rentes éducation et rentes de conjoint ;
- les prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

#### **Article 12.2**

##### *Conditions de revalorisation*

La revalorisation s'applique au moins 1 fois par an à l'ensemble des prestations concernées et, pour la première fois, à l'échéance qui suit la première date anniversaire du fait générateur du sinistre. Son montant est obtenu en multipliant les prestations de base par l'indice de revalorisation prévu aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

## **Article 13**

### *Déclaration des sinistres*

#### **Article 13.1**

##### *Décès, incapacité de travail, invalidité*

Les sinistres décès doivent être déclarés dans les 3 mois suivant l'événement.

Les sinistres incapacité de travail, invalidité doivent être déclarés dès la fin de la période de franchise prévue au contrat d'adhésion et, au plus tard, dans les 60 jours qui suivent. La déclaration est à la charge de l'adhérent lorsque le participant est toujours sur les effectifs de ce dernier.

Passé ce délai, le service des prestations périodiques prendra effet à la date de la déclaration du sinistre.

#### **Article 13.2**

##### *Frais médicaux*

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'institution au plus tard 2 ans après la date des soins, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 19.

#### **Article 13.3**

##### *Modalités de déclaration*

Toutes les déclarations de sinistre s'effectuent selon les modalités définies par l'institution.



## **Article 14**

### *Maintien des garanties et des prestations*

#### **Article 14.1**

##### *Maintien des garanties décès*

##### *en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente*

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente, les garanties décès, lorsqu'elles sont prévues, sont maintenues sur la base des conditions du contrat en vigueur au jour de l'arrêt de travail dans la mesure où le participant n'a pas d'activité rémunérée pendant le versement des prestations.

Les cotisations ne sont appelées que sur le complément de salaire versé par l'adhérent,

Les garanties décès sont maintenues, en cas de résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues aux articles 2, 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

#### **Article 14.2**

##### *Maintien des prestations périodiques*

##### *en cas de résiliation du contrat*

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, quelle qu'en soit la cause, les prestations périodiques en cours, indemnités journalières, rente d'invalidité, rente de conjoint, rente d'éducation, sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau qu'elles avaient atteint à la date d'effet de la résiliation.

#### **Article 14.3**

##### *Maintien des garanties frais médicaux*

##### *en cas d'incapacité temporaire de travail*

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail et tant que le participant en arrêt de travail fait partie du personnel couvert par le contrat, les garanties frais médicaux lui sont maintenues en contrepartie du versement des cotisations contractuelles.

Au-delà de cette période, la garantie est maintenue dans le cadre de l'adhésion individuelle prévue à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

## **Article 15**

### *Exclusions. – Déchéances*

L'institution couvre tous les risques de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de frais médicaux, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après.

#### **Article 15.1**

##### *Capital décès toutes causes, rente éducation, rente de conjoint*

##### *a) Suicide :*

Le risque de suicide est couvert pour tout participant sauf lorsque le participant est couvert individuellement contre le risque décès et qu'il n'a pas 1 an d'ancienneté dans le régime (collectif et individuel cumulés).

b) Guerre :

En cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.

### **Article 15.2**

#### *Capital décès accidentel*

Les majorations liées au caractère accidentel du décès ne sont pas dues si elles sont la conséquence :

- des accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant, du suicide ou tentative de suicide conscient ou inconscient ;
- de faits de guerre ;
- de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et d'autres formes de vol libre ;
- de la pratique du saut à l'élastique ;
- de courses, matches, paris : lorsque le participant prend part à titre professionnel en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;
- de l'état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est égal ou supérieur au taux autorisé 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) ;
- de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active ;
- de la modification de la structure du noyau de l'atome, sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- d'accident survenu lorsque l'assuré effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire.

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties : décès toutes causes, décès accidentel, rente éducation, rente de conjoint.

### **Article 15.3**

#### *Incapacité temporaire de travail, invalidité permanente*

Ne donnent pas lieu à garanties :

- les accidents et maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel du participant, de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions alimentaires ;
- les conséquences des guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active ;

- les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et d'autres formes de vol libre ;
- les courses, matches, paris : lorsque le participant prend part à titre professionnel en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;
- les conséquences d'une maternité non pathologique ;
- les conséquences de la modification de la structure du noyau de l'atome sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

## **Article 15.4**

### *Frais médicaux*

Tous les risques sont couverts ; toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- non remboursés par la sécurité sociale, sauf indication contraire aux conditions particulières ;
- engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation, d'une part, et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (embauche, promotion) et la date de sortie (démission, licenciement) ; la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale étant seule prise en considération.

Dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, blanchisserie, frais de dossier... ;
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la sécurité sociale.

## **Article 16**

### *Modification des garanties*

En cas de modification des garanties, à l'exception de celles relatives aux frais médicaux, le participant en arrêt de travail reste couvert sur la base des conditions du contrat en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

Toute rechute survenant moins de 2 mois après la reprise du travail n'est pas considérée comme une nouvelle maladie ou un nouvel accident et les garanties qui s'appliquent au participant sont celles en vigueur à la date du premier arrêt de travail.

## **Article 17**

### *Contrôle médical*

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'institution peut procéder à un contrôle médical. En cas de refus du participant de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

La situation médicale du participant peut conduire l'institution à adopter une position différente de celle de la sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

Si le participant n'accepte pas la décision du médecin-conseil de l'institution, il est tenu de la contester dans le délai de 1 mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite. La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné, par accord entre le participant et l'institution, dont les honoraires incomberont à la partie perdante.

A défaut d'accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au tribunal de grande instance de Lyon, statuant en référé.

## **Article 18**

### *Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire*

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'adhérent, l'institution pourra résilier le contrat d'adhésion dans les 3 mois suivant la date du jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire.

## **Article 19**

### *Prescription*

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites par les adhérents ou les participants sont prescrites par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Elle est portée à 10 ans, d'une part, pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant, d'autre part, pour les garanties du risque accident lorsque le bénéficiaire est un ayant droit du participant décédé.

## **Article 20**

### *Election de domicile*

L'adhérent doit obligatoirement faire élection de domicile en France métropolitaine.

Si son siège social ou son domicile légal est situé hors de France métropolitaine, l'adhérent doit désigner sur le territoire français un garant de ses engagements contractuels vis-à-vis de l'institution.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat souscrit seront notifiés au domicile élu.

## **Article 21**

### *Recours contre tiers responsable*

L'institution est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un participant ou à un ayant droit.

## DEUXIÈME PARTIE

### Conditions spécifiques à chacune des garanties

#### TITRE I<sup>er</sup>

#### GARANTIE DÉCÈS

##### Article 1<sup>er</sup>

###### *Objet de la garantie*

La garantie a pour objet d'assurer, dans les conditions prévues aux conditions générales, aux présentes conditions spécifiques et aux conditions particulières du contrat, le versement de capitaux en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant, assorti éventuellement d'une rente éducation.

Les conditions particulières du contrat peuvent également prévoir, sans que cette liste soit limitative :

- le versement d'un capital en cas de :
  - décès accidentel ;
  - décès d'un membre de la famille ;
  - décès du retraité.
- le versement d'une allocation obsèques en cas de décès du participant ou d'un membre de la famille.

##### Article 2

###### *Définitions et montant*

##### Article 2.1

###### *Décès toutes causes*

Décès du participant :

En cas de décès du participant, et en fonction de l'option qu'il a choisie, il est versé aux bénéficiaires désignés :

Option 1 : un capital décès ;

Option 2 : un capital décès réduit et une rente d'éducation pour chacun des enfants à charge.

Le montant du capital, ou du capital réduit et de la rente éducation, est fixé aux conditions particulières du contrat.

Lorsque le participant reste en activité après 65 ans, la garantie lui reste acquise, mais le capital est réduit de 2 % de son montant par trimestre civil prorogé.

Invalidité absolue et définitive :

Le participant perçoit par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes (option 1).

Le participant est en état d'invalidité absolue et définitive lorsque, avant son 60<sup>e</sup> anniversaire, il apporte la preuve qu'il est incapable de se livrer à la moindre occupation, ou à aucun travail lui donnant gain ou profil.

Il doit également être reconnu invalide 3<sup>e</sup> catégorie par la sécurité sociale ou bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet) :

Le versement du capital met fin à la garantie capital décès du participant.

En cas de décès simultané, ou postérieur, du conjoint, un capital sera versé (et partagé en parts égales) aux enfants du participant encore à charge lors du second décès, à la double condition :

- que le conjoint ne soit pas remarié et soit âgé de moins de 60 ans au jour de son décès ;
- que les enfants bénéficiaires du capital soient à la charge du conjoint le jour de son décès et aient été à charge du participant de son vivant.

Le montant du capital est le même que celui qui a été versé à raison du premier décès au titre de la garantie « décès toutes causes », sauf s'il en est décidé autrement dans les conditions particulières.

Cette garantie cesse en cas de résiliation de la garantie capital décès.

## **Article 2.2**

### *Décès accidentel*

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, un capital supplémentaire est versé lorsque le décès est imputable à un accident, avant le 65<sup>e</sup> anniversaire du participant.

Le décès doit intervenir dans les 6 mois à compter de la date de l'accident et des suites de celui-ci.

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.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel, lorsqu'il est survenu à la suite d'une intervention chirurgicale.

La preuve de la relation directe de cause à effet, entre l'accident et le décès, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent aux bénéficiaires.

Les conditions particulières du contrat peuvent également prévoir le paiement d'un capital majoré lorsque le décès résulte d'un accident de la circulation ou d'un accident d'avion.

Par accident de la circulation, il faut entendre, et ce, exclusivement, l'accident provoqué :

- par un véhicule quelconque, un piéton ou un animal, lorsque le participant circule à pied sur une voie publique ou privée ;
- par l'usage comme conducteur ou passager, d'un moyen de transport public ou privé par voie de terre ;
- par l'usage, comme passager seulement, d'un moyen de transport (public ou privé) par voie de fer, d'air ou d'eau.

Par accident d'avion, il faut entendre le décès résultant d'un accident de navigation aérienne, lorsqu'un certificat valable de navigation a été délivré pour l'appareil et que le pilote est titulaire d'un brevet ou d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être le participant lui-même.

### **Article 2.3**

#### *Décès d'un membre de la famille*

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, il peut être versé un capital en cas de décès :

- du conjoint ;
- d'un enfant à charge ;
- d'un ascendant à charge.

Dans tous ces cas, le capital sera versé à l'assuré selon les mêmes règles que celles édictées à l'article 5.

### **Article 2.4**

#### *Décès du retraité*

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, il peut être versé pour un retraité qui décède dans les 12 mois de sa prise de retraite une allocation décès.

Il convient qu'au moment de sa retraite, le participant soit cotisant depuis 10 ans ou plus à APICIL Prévoyance (ou aux institutions de prévoyance qui l'ont précédée).

### **Article 2.5**

#### *Allocation obsèques*

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, il est versé une allocation obsèques en cas de décès du participant, d'un conjoint, d'un enfant à charge.

Lorsque cette allocation est exprimée en pourcentage du plafond de la sécurité sociale, c'est le plafond mensuel en vigueur le jour du décès qui est pris en compte.

Pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'allocation versée est limitée aux frais réels engagés.

Cette allocation n'est pas due si le participant, ou son conjoint, décède après son 60<sup>e</sup> anniversaire.

### **Article 3**

#### *Rente d'éducation*

Lorsque le participant a fait le choix de l'option capital réduit avec rente d'éducation et qu'il décède avant son 65<sup>e</sup> anniversaire, il est versé à chacun des enfants à charge une rente d'éducation dont le montant est fixé aux conditions particulières du contrat.

Cette option peut être modifiée à tout moment par le participant et, lorsqu'il ne reste plus que 1 enfant à charge, l'option rente éducation, sauf manifestation de volonté contraire, cesse d'être valable au 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil au cours duquel cet enfant a atteint 17 ans.

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, la rente d'éducation peut être majorée pour les orphelins de père et mère.

La rente d'éducation est versée, du lendemain du jour de décès, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire, et au plus tard jusqu'à la fin du trimestre du 26<sup>e</sup> anniversaire. Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès ne peut dépasser 100 % du traitement de base du participant éventuellement revalorisé.

Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

## **Article 4**

### *Majoration pour charges de famille*

#### **Article 4.1**

##### *Enfants à charge*

Lorsque le contrat prévoit une majoration de capital en fonction de la situation de famille du participant, ou le versement d'une rente d'éducation, ou d'une allocation en cas de décès, sont considérés comme à charge :

S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés :

- les enfants mineurs du participant ;
- les enfants majeurs du participant, jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire (sauf pour les enfants invalides dont l'invalidité a été constatée avant le 21<sup>e</sup> anniversaire), entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant ;
- les enfants du participant et de son conjoint à naître dans les 300 jours après le décès de l'assuré.

Il en est de même pour les enfants du conjoint, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de l'impôt sur le revenu du participant.

La situation de famille qui sert de base au calcul des droits est celle existant au jour du décès (sauf pour les enfants à naître).

#### **Article 4.2**

##### *Ascendants à charge*

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, les ascendants à charge peuvent être pris en compte pour le calcul du capital ou le paiement d'une allocation.

Les ascendants à charge sont :

Les parents ou grands-parents du participant, ou de son conjoint, qui ne bénéficient pas de ressources suffisantes pour entraîner le paiement d'impôt sur leur propre revenu, à condition :

- que le participant ait été autorisé par l'administration fiscale à déduire de son revenu le montant de la pension alimentaire versée aux ascendants ;



ou,

- que les ascendants donnent droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial.

En cas de décès au cours d'un même événement, du participant et de personnes ouvrant droit à majoration pour le calcul du capital décès, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu.

## **Article 5**

### *Définition des bénéficiaires*

Le capital garanti en cas de décès du participant est versé :

- en priorité au conjoint survivant non divorcé, non séparé judiciairement ;
- à défaut et à parts égales entre eux, aux enfants du participant, vivants ou représentés ;
- à défaut et à parts égales entre eux, aux père et mère vivants du participant ;
- à défaut et à parts égales entre eux, aux frères et soeurs, vivants ou représentés ;
- à défaut, aux héritiers du participant, en proportion de leurs parts héréditaires.

Cependant, le participant garde la possibilité de faire une désignation différente qui devra être transmise à APICIL Prévoyance.

Si le bénéficiaire désigné par un participant ayant des enfants à charge n'est ni le conjoint survivant, ni ses enfants, ledit bénéficiaire ne saurait en aucun cas recevoir un capital supérieur à celui qui serait versé à raison du décès du participant célibataire.

Dans ce cas, cette différence est obligatoirement répartie entre les enfants à charge du participant, nonobstant toute disposition contraire du participant.

De même, si le conjoint survivant n'a pas la garde de la totalité des enfants, il ne peut être versé à ce conjoint survivant que le capital résultant du décès d'un participant marié sans enfant, auquel viendront s'ajouter les majorations pour les enfants dont il a effectivement la charge.

Les majorations pour enfants à charge seront versées au prorata des personnes ayant effectivement la garde des enfants.

En cas d'invalidité absolue et définitive, le capital est payé au participant lui-même ou à son représentant légal.

## **TITRE II**

### **RENTE D'ÉDUCATION**

#### **Article 1<sup>er</sup>**

##### *Objet de la garantie*

La garantie a pour objet, en cas de décès du participant, d'assurer à chaque enfant bénéficiaire le service d'une rente.

Cette garantie spécifique est différente de celle prévue au titre I<sup>er</sup> « Garantie décès » qui est optionnelle et qui s'obtient par réduction du capital garanti, pour les participants ayant fait ce choix.

## **Article 2**

### *Enfants bénéficiaires*

Les enfants bénéficiaires sont les enfants à charge.

Sont considérés comme à charge :

S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés :

- les enfants mineurs du participant ;
- les enfants majeurs du participant, jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant ;
- les enfants du conjoint fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu du participant ;
- les enfants du participant et de son conjoint, à naître dans les 300 jours après le décès de l'assuré.

La situation de famille qui sert de base de calcul des droits est celle existant au jour du décès, sauf pour les enfants à naître.

## **Article 3**

### *Définition et montant des prestations*

Il est versé aux enfants bénéficiaires une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est fixé aux conditions particulières.

Les rentes sont doublées pour les orphelins de père et mère.

Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès ne peut dépasser 100 % du traitement de base du participant, éventuellement revalorisé. Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

## **Article 4**

### *Modalités de règlement*

La date d'effet des rentes est fixée au lendemain du jour du décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, sous condition de vie.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire.

En cas de décès du bénéficiaire, un prorata est dû pour le trimestre civil au cours duquel il décède.

Lorsque la garantie prévoit une rente progressive, la majoration intervient au 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire du bénéficiaire.

La même règle est appliquée lorsque la rente est majorée pour les orphelins de père et de mère.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique.

### **TITRE III**

#### **RENTE DE CONJOINT**

##### **Article 1<sup>er</sup>**

###### *Objet de la garantie*

La garantie a pour objet en cas de décès du participant d'assurer au conjoint survivant le service d'une rente viagère et éventuellement d'une rente temporaire.

##### **Article 2**

###### *Conjoint survivant*

Par conjoint survivant, il faut entendre le conjoint survivant du participant non séparé judiciairement.

Le remariage du conjoint survivant lui fait perdre définitivement tout droit à prestations au titre de la présente garantie.

##### **Article 3**

###### *Définitions et montant des prestations*

##### **Article 3.1**

###### *Rente viagère*

Il est versé au conjoint survivant une rente viagère immédiate dont le montant annuel est déterminé en fonction des 2 termes suivants :

- un pourcentage du traitement de base fixé aux conditions particulières ;
- le nombre d'années restant à courir, entre l'âge du participant au jour du décès (calculé par différence de millésimes) et le 65<sup>e</sup> ou 60<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant, selon les dispositions des conditions particulières.

##### **Article 3.2**

###### *Rente temporaire*

Lorsque le conjoint ne peut prétendre immédiatement, mais seulement à effet différé, aux droits de réversion de la pension de retraite des régimes complémentaires auxquels le participant était affilié, il est versé au conjoint survivant une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est déterminé en fonction des 2 termes suivants :

- un pourcentage du traitement de base fixé aux conditions particulières ;
- le nombre d'années comprises entre l'âge du participant au décès (calculé par différence de millésimes) et son 25<sup>e</sup> ou 20<sup>e</sup> anniversaire, selon les dispositions des conditions particulières.

Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir la mise en place de garanties différentes, exprimées notamment en fonction du nombre de points de retraite acquis dans le régime de retraite complémentaire ou garantissant un pourcentage de salaire de base, sous déduction, ou non, des retraites acquises auprès des régimes de retraite complémentaire.

#### **Article 4**

##### *Garantie substitutive pour les célibataires, veufs, divorcés*

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, le participant célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement bénéficie d'une garantie substitutive couvrant le risque décès et assurant un capital égal à un pourcentage du traitement de base, fixé aux conditions particulières.

Le capital est versé aux bénéficiaires selon les dispositions prévues à l'article 5 du titre I<sup>er</sup> garantie décès.

#### **Article 5**

##### *Païement et durée*

La date d'effet des rentes est fixée au lendemain du jour du décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie et sur présentation annuelle d'un extrait de naissance de moins de 3 mois.

En cas de remariage ou de décès du bénéficiaire, un prorata de rente est dû pour le trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire se remarie ou décède.

La rente temporaire cesse à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux pensions de réversion des régimes de retraite complémentaire.

Elle ne peut être versée au-delà du 60<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire.

### **TITRE IV**

## **INCAPACITÉ DE TRAVAIL. – INVALIDITÉ PERMANENTE**

#### **Article 1<sup>er</sup>**

##### *Objet de la garantie*

La présente garantie a pour objet le service :

- d'une indemnité journalière en cas d'incapacité totale temporaire de travail ouvrant droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie de la sécurité sociale ;
- d'une rente en cas d'invalidité permanente ouvrant droit à la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- d'un complément aux prestations servies par la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ces prestations sont servies par suite de maladie ou d'accident survenu pendant la période d'affiliation du participant.

Si le participant ne peut bénéficier des prestations de la sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué par l'institution comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail.

Le montant et la nature des garanties sont indiqués aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

## **Article 2**

### *Incapacité temporaire de travail*

#### **Article 2.1**

##### *Incapacité temporaire totale de travail*

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 bénéficie d'indemnités journalières complémentaires.

Les indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période d'incapacité totale de travail dénommée franchise.

Le participant recevra une indemnité journalière fonction de la 365<sup>e</sup> partie des 12 derniers mois rémunérés précédant l'arrêt de travail.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

#### **Article 2.2**

##### *Reprise du travail à temps partiel*

Si, après avoir bénéficié des indemnités journalières versées par l'institution au titre d'une période d'incapacité totale temporaire, et à condition que le service des prestations en espèces de la sécurité sociale lui soit maintenu, le participant reprend une activité rémunérée à temps partiel, le montant des dites indemnités journalières est diminué de moitié.

## **Article 3**

### *Invalidité permanente*

Le montant annuel de la rente d'invalidité est fixé aux conditions particulières du contrat d'adhésion selon la catégorie d'invalidité dans laquelle le participant a été classé par la sécurité sociale :

- 1<sup>re</sup> catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2<sup>e</sup> catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3<sup>e</sup> 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.

En cas de modification de la catégorie d'invalidité survenant pendant la période d'existence de la garantie, la rente est révisée comme la pension de sécurité sociale.

Si les conditions particulières prévoient cette garantie, le montant de la rente en cas d'invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie est égal, sauf dispositions contraires, aux 3/5 de celui versé en cas d'invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie.

#### **Article 4**

##### *Dispositions applicables en cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles*

#### **Article 4.1**

##### *Incapacité temporaire*

Le montant des prestations versées par l'institution cumulé à celui versé par la sécurité sociale ne peut excéder le cumul des sommes auquel le participant aurait pu prétendre auprès de ces 2 organismes s'il n'avait pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

#### **Article 4.2**

##### *Incapacité permanente*

La rente est versée dans les conditions prévues au contrat d'adhésion pour une invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale, lorsque le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin-conseil de la sécurité sociale est supérieur ou égal à 66 %.

Lorsque le taux est inférieur à 66 calculée en fonction du rapport :

$$\frac{N - 33}{33}$$

dans lequel N est le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin-conseil de la sécurité sociale.

#### **Article 5**

##### *Dispositions communes aux prestations prévues en cas d'arrêts travail*

#### **Article 5.1**

##### *Déclaration des arrêts de travail*

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à des prestations complémentaires doit être déclaré dès la fin de période de franchise et au plus tard dans les 60 jours qui suivent.

Passé ce délai, le service des prestations prend effet au jour de la déclaration du sinistre.

#### **Article 5.2**

##### *Reprise du travail. – 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 2 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 le versement des prestations reprend sur les mêmes bases qu'avant ladite reprise de travail.

Une rechute survenant plus de 2 mois après la reprise du travail est considérée comme un nouvel accident ou une nouvelle maladie et la franchise est à nouveau applicable.

### **Article 5.3**

#### *Règle de cumul*

Le total de la rémunération perçue de l'employeur, des prestations versées par la sécurité sociale, par les ASSEDIC et des prestations complémentaires servies par l'institution ne peut excéder le traitement de base, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités ou rentes complémentaires.

Sil n'en était pas ainsi, ces dernières seraient alors réduites à due concurrence.

### **Article 5.4**

#### *Paiement et durée de versement*

##### *a) Indemnités journalières :*

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, sur présentation des décomptes justificatifs de sécurité sociale, à l'entreprise adhérente pendant toute la durée du contrat de travail qui la lie au participant. Après rupture du contrat de travail, elles sont réglées au participant.

L'indemnité est acquise jour par jour.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées tant que dure le service des prestations en espèces de l'assurance maladie de la sécurité sociale et cessent :

- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale ;
- à la date de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale ;
- et en tout état de cause au 65<sup>e</sup> anniversaire du participant.

##### *b) Rente d'invalidité :*

La rente complémentaire d'invalidité est versée au participant, sur présentation de la notification d'invalidité de la sécurité sociale et du justificatif de paiement de cet organisme, mensuellement à terme échu, avec un prorata d'arrérages au décès.

Elle est servie tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale et cesse :

- à la date de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale ;
- et en tout état de cause au 60<sup>e</sup> anniversaire du participant.

### **Article 5.5**

#### *Majoration pour enfant à charge*

Lorsque le montant de la prestation comporte une majoration pour enfant à charge, les enfants pris en considération sont ceux à la charge de l'assuré, à la date de l'arrêt de travail, au sens du titre 1<sup>er</sup>, article 4.1.

## **Article 5.6**

### *Subrogation*

L'institution est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre les tiers responsables dans la limite des prestations qu'elle a servies.

## **TITRE V**

### **FRAIS MÉDICAUX**

#### **Article 1<sup>er</sup>**

##### *Objet de la garantie*

La garantie a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au participant et à sa famille, acte par acte, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

L'institution peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale et verser des indemnités forfaitaires.

Les prestations garanties sont précisées aux conditions particulières du contrat.

#### **Article 2**

##### *Bénéficiaires*

Sur la base des prestations prévues au contrat d'adhésion la garantie peut concerner :

- a)* Le participant ;
- b)* Le participant ainsi que les personnes à sa charge au sens de la sécurité sociale ;
- c)* Le participant, sa famille à charge au sens de la sécurité sociale et le conjoint bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale de son propre chef, sous déduction des remboursements qu'il peut éventuellement percevoir d'un autre organisme ;
- d)* A défaut de conjoint, le concubin à charge ou non, ou le partenaire ayant conclu un PACS à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage ou de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal, et qu'il réside sous le même toit que le participant, l'adresse figurant sur le décompte de sécurité sociale faisant foi ;
- e)* Les enfants célibataires à charge, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés, de moins de 21 ans ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent des études supérieures ;
- f)* Les enfants infirmes majeurs, titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale et considérés comme à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur ;
- g)* Les ascendants à charge ou sens de la législation de la sécurité sociale ;



h) Les autres personnes à charge du participant reconnues comme ses ayants droit par la sécurité sociale.

### **Article 3**

#### *Nature des remboursements*

L'institution rembourse les dépenses donnant lieu à prestations en nature de l'assurance maladie de la sécurité sociale et correspondant à des frais engagés et remboursés par la sécurité sociale pendant la période de garantie.

Les prestations sont accordées aux participants résidant habituellement en France.

Les frais engagés de manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la sécurité sociale. Les remboursements sont alors effectués en euros.

Catégories de frais remboursables :

- chirurgie en milieu hospitalier ;
- hospitalisation médicale et chirurgicale ;
- pharmacie ;
- soins dentaires ;
- prothèses dentaires ;
- prothèses non dentaires, orthopédie ;
- optique (verres, montures, lentilles) ;
- analyses et examens de laboratoires ;
- soins et actes d'auxiliaires médicaux ;
- actes de spécialités codifiés K (hors hospitalisation) ;
- consultations et visites médicales ;
- radiographie, électroradiologie ;
- transport ;
- maternité, adoption ;
- cure thermale ;
- obsèques.

### **Article 4**

#### *Montant des remboursements*

Les remboursements relatifs aux actes énumérés à l'article 3 du présent titre complètent poste par poste ceux effectués par le régime général de la sécurité sociale.

Le montant des prestations est indiqué aux conditions particulières.

Lorsque le participant relève du régime de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les remboursements de l'institution complètent ceux de ce régime tant pour l'affilié que pour ses ayants droit.

Pour les conjoints ou concubins ou partenaires d'un PACS bénéficiant du régime de sécurité sociale des travailleurs non salariés, les remboursements de l'institution sont calculés en supposant que ces assurés bénéficient du même régime (régime général) que le participant.

Les conditions particulières du contrat d'adhésion peuvent prévoir le versement d'une ou plusieurs indemnités forfaitaires qui peuvent notamment concerner :

- la maternité ;
- l'adoption ;
- la cure thermique ;
- les frais d'obsèques.

## **Article 5**

### *Limite des remboursements*

Les remboursements de l'institution, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille a bénéficié de la part de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées, déclarées à la sécurité sociale et figurant comme telles sur le décompte de prestations de cet organisme.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. En aucun cas l'institution ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la sécurité sociale.

## ANNEXE VII

---

### **Tissages de soieries Complémentaire frais de santé, régime de prévoyance**

Références et services

(Non publiée.)

## ANNEXE VIII

---

**Tissages de soieries**  
**Prévoyance. – Complémentaire santé. – Gestion et communication**  
(Non publiée.)