

Brochure n° 3104

**Convention collective nationale**

IDCC : 176. – **INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE**

**ACCORD DU 22 JUIN 2007**

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES SALARIÉS

NOR : *ASET0750839M*

IDCC : 176

Entre :

Les entreprises du médicament (LEEM),

D'une part, et

La fédération chimie énergie (FCE) CFDT ;

La fédération des cadres de la chimie CFE-CGC ;

La fédération chimie mines textiles énergie CFTC ;

La fédération nationale de la pharmacie FO ;

Le syndicat national professionnel autonome des délégués visiteurs médicaux (SNPADVM) UNSA,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**CHAPITRE I<sup>er</sup>**

**DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

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

*Mesures de transition avec certaines dispositions  
de l'accord collectif du 29 mai 2000 sur la prévoyance*

L'accord collectif du 29 mai 2000 est annulé et remplacé par le présent accord, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, dans les conditions définies à l'article 29.

Toutefois, l'accord du 29 mai 2000 continue à produire des effets pour certains sinistres, dans les conditions suivantes :

Les assurés bénéficiaires, au titre d'un arrêt de travail ayant débuté avant la date d'application du présent accord (même non encore déclaré à l'assureur, à cette date), de prestations :

- d'incapacité temporaire de travail prévues à l'article 8.1 de l'annexe I de l'accord du 29 mai 2000 ;
- d'invalidité prévues à l'article 8.2 de l'annexe I de l'accord du 29 mai 2000.

restent garantis par les couvertures incapacité et invalidité prévues par l'accord du 29 mai 2000.

Les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité dont le contrat de travail prend fin avant la date d'application du présent accord restent garantis par la couverture du risque décès prévus par l'accord du 29 mai 2000.

Les assurés dont le contrat de travail prend fin avant la date d'application du présent accord et qui bénéficient d'un maintien des garanties au titre de l'article 10 de l'accord du 29 mai 2000, bénéficient de la couverture « décès » prévue par l'accord du 29 mai 2000.

Les bénéficiaires d'une rente éducation servie en application de la couverture « décès » prévue à l'article 6 de l'annexe I de l'accord du 29 mai 2000, pour un décès survenu avant la date de prise d'effet du présent accord, continuent de percevoir cette prestation dans les conditions définies à l'accord du 29 mai 2000.

## **Article 2**

### *Objet*

Le présent accord, conclu en application de l'article 38 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, a pour objet d'actualiser le régime professionnel de prévoyance basé sur la solidarité civile entre l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ de ladite convention collective. La nature et le niveau des garanties collectives sur les risques décès, incapacité-invalidité, maladie chirurgie-maternité constituent un tout indivisible, ainsi que le montant et la répartition des contributions destinées à leur financement. Certaines prestations peuvent être mises en place au profit de personnes en situation difficile sans qu'elles donnent lieu pour autant à une contribution spécifique. Ces prestations sont identifiées conventionnellement.

En outre, l'accord prévoit la mise en place d'un régime à cotisations définies, dit « fonds collectif santé » pour permettre aux entreprises et aux salariés de préfinancer un régime collectif frais soins de santé des anciens salariés, auxquels ces derniers pourront adhérer à la retraite.

Ce régime collectif frais de soins de santé fait l'objet d'un accord collectif distinct du présent accord.

Le présent accord précise les modalités d'établissement des comptes séparés des régimes qu'il met en place. Il impose des comptes séparés et l'absence de mutualisation entre eux, à savoir :

- les comptes du régime des salariés en activité et de leurs ayants droit des chapitres II et IV, ci après ;
- le compte du fonds collectif santé défini au chapitre III.

### **Article 3**

#### *Dénonciation et révision*

##### **3.1. Dénonciation**

###### **3.1.1. Modalités**

La cessation des effets de l'article 38 de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, pour quelque cause que ce soit, entraîne celle du présent accord.

Chaque partie signataire ou adhérente peut dénoncer le présent accord.

La dénonciation devra être notifiée par son auteur aux autres parties signataires et adhérentes, soit l'organisation syndicale patronale ou l'ensemble des organisations syndicales de salariés, ainsi qu'à la direction des relations du travail, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette dénonciation prendra effet après un préavis de 3 mois suivant la réception de cette demande.

Pour le reste, il sera fait application des dispositions légales prévues à l'article L. 132-8 du code du travail.

Les parties signataires se réunissent au plus tard dans les 3 mois qui suivent la date d'effet de la dénonciation afin de négocier un nouvel accord collectif. Toutefois, ces négociations peuvent s'ouvrir avant l'expiration de la durée déterminée en cours.

###### **3.1.2. Effets**

En tout état de cause et même en cas de non-remplacement de l'accord dénoncé, les salariés ou anciens salariés bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ont droit au maintien des prestations dont ils bénéficiaient, au niveau atteint en euros à la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé. Les parties signataires du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les salariés, ou anciens salariés, en arrêt de travail par suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé, mais se trouvant à cette date dans la période de carence, bénéficieront, à l'expiration de celle-ci, des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité de l'accord collectif dénoncé. Les parties signataires du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

En outre, les garanties décès des assurés visés au paragraphe précédent sont maintenues sur la base de garantie prévue à l'article 13.2.2 du présent accord, au niveau atteint en euros à la date de cessation

d'effet de l'accord dénoncé. Les parties signataires du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les ayants droit des assurés décédés et ceux des assurés classés parmi les invalides 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale qui, à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 mai 1991 modifié ou de l'accord du 29 mai 2000, bénéficiaient d'une rente éducation dans les conditions de l'accord collectif en vigueur à la date de survenance du sinistre, continuent à bénéficier de cette rente dans les conditions prévues par le contrat d'assurance.

Les salariés bénéficiant du présent accord peuvent, au cas où il serait dénoncé sans être remplacé, demander à bénéficier d'un régime couvrant l'ensemble des risques pour lesquels ils étaient assurés du fait du présent accord. Une annexe aux contrats d'assurance passés avec les organismes assureurs définit, en application de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1989, le taux des prestations ainsi que les cotisations correspondantes. Les salariés qui désireront bénéficier de ce maintien de droits devront se manifester dans un délai de 3 mois à compter de la cessation définitive d'effet du présent accord.

### 3.2. Révision

Le présent accord peut, de même, être révisé, même partiellement. L'organisation syndicale d'employeurs ou de salariés qui demande la révision doit se manifester 2 mois au moins avant une échéance annuelle en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à chaque organisation syndicale concernée. La demande doit être accompagnée d'une note indiquant les raisons d'ordre économique, technique et/ou social qui justifient la révision ainsi que d'un projet d'accord modificatif. Les négociations doivent être engagées dans le délai de 1 mois.

Dans l'hypothèse où aucun accord ne peut être conclu, le texte en cours d'application demeure en vigueur.

Dans l'hypothèse où les parties signataires désigneraient un (ou plusieurs) nouvel (nouveau) assureur(s), les indemnités journalières et rentes en cours de service pour les sinistres survenus avant l'entrée en vigueur du contrat d'assurance conclu avec le (ou les) nouveau(x) organisme(s) assureur(s), même non déclarés à l'(ou les) ancien(s) assureur(s), avant le changement, continueront à être servies et revalorisées sur la base des dispositions de l'accord avant sa révision ; les garanties décès résultant dudit accord resteront acquises aux bénéficiaires de ces indemnités et rentes suivant l'accord avant révision. La poursuite du versement de ces prestations et de leur revalorisation s'effectuera comme précisé précédemment dans le cas de dénonciation de l'accord. Le comité de gestion du régime ci-après décrit décidera des modalités de ces poursuites.

## Article 4

### *Comité paritaire de gestion*

#### 4.1. Composition

Un comité paritaire de gestion est constitué en application de l'article 38 des clauses générales de la convention collective.

Ce comité de gestion comprend :

- un collège des salariés composé de :
  - 3 membres pour chacune des confédérations CGT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC, CFDT, quel que soit le nombre de syndicats appartenant à ces confédérations ;
  - 2 membres pour le syndicat national professionnel autonome des délégués médicaux (SNPADVM) ;
- un collège des employeurs composé d'un nombre de représentants égal au nombre total de représentants de l'ensemble des organisations syndicales de salariés.

Le comité de gestion peut se faire assister d'un (ou plusieurs) actuaire(s) conseil(s) dont le mandat est renouvelé annuellement par décision du comité suivant des modalités fixées par le comité.

Les représentants des assureurs assistent aux réunions du comité de gestion en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour, ainsi que l'aide matérielle nécessaire à son fonctionnement.

#### 4.2. Missions

Le comité de gestion a pour mission le suivi et la mise en œuvre du présent régime, au regard notamment de l'article 38 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique et des dispositions légales et réglementaires.

Pour assurer cette mission, lors de chaque réunion du comité, les représentants des organismes assureurs rendent compte de manière complète et détaillée et suivant un cahier des charges fixant la nature et le calendrier, des informations à fournir de la situation du régime et de son évolution de façon à permettre au comité de gestion de donner toutes directives quant à l'application du contrat.

Le comité de gestion établit avec les organismes assureurs le cahier des charges visé à l'alinéa ci-dessus.

Chaque année, au mois d'avril, les représentants des organismes assureurs soumettent à l'approbation du comité de gestion les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente, et lui fournissent toutes les explications et documents nécessaires à une bonne compréhension de ces comptes. Le comité de gestion doit être en mesure d'approuver les comptes dudit exercice au plus tard le 30 juin afin que les représentants des organismes assureurs établissent les documents d'information prévus à l'article 8 du présent accord qu'ils adresseront à toutes les entreprises adhérentes avant le 31 août de chaque année. Le comité paritaire de gestion peut solliciter un complément d'informations susceptibles de l'éclairer.

Après l'approbation des comptes, le comité propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents de l'exercice considéré, après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles et fixe le taux de revalorisation des prestations de prévoyance (incapacité, invalidité et rentes éducation). Cette proposition figure dans le procès-verbal de la réunion au cours de laquelle elle a été réalisée.

De plus, le comité de gestion :

- examine les demandes d'adhésion d'entreprises au régime de prévoyance conventionnel des salariés et des VRP et décide, après examen, de leur admission ou du rejet de leur demande. S'il s'agit d'une

demande d'adhésion d'une entreprise visée à l'article 6.4 du présent accord, le comité devra exercer son contrôle sur l'établissement du taux majoré prévu dans ce cas ;

- examine les avis de démission et contrôle l'établissement de l'indemnité éventuellement appliquée aux entreprises quittant le régime conformément aux dispositions du présent accord ;
- fait procéder aux études demandées par les partenaires sociaux de la branche en vue de la négociation de tous contrats d'assurance nécessaires pour la réalisation du présent accord ;
- fait procéder aux études nécessaires à la négociation par les partenaires sociaux de la branche, des modifications à apporter aux contrats existants en tenant compte, notamment, des prestations en nature et en espèces du régime général de la sécurité sociale ainsi que des résultats des contrats ;
- assure la gestion du fonds de solidarité du régime, conformément aux règles définies dans le règlement intérieur du comité paritaire de gestion.

Enfin, le comité peut procéder à certains aménagements techniques concernant les prestations frais de santé ou prévoyance, lorsque ces aménagements :

1. Sont rendus nécessaires par des évolutions législatives ou réglementaires.
2. Résultent d'une mise en conformité avec la réglementation ou les pratiques de la sécurité sociale.

Cependant, ces aménagements doivent rester techniques et mineurs et ne pas remettre en cause les principes fondateurs du présent accord.

Le comité paritaire de gestion élabore son règlement intérieur lors de la première réunion qui suit la date d'application du présent accord.

Les membres du comité paritaire de gestion sont tenus à une obligation de discrétion quant aux informations auxquelles ils ont accès.

## **Article 5**

### *Organismes assureurs*

Eu égard aux objectifs de solidarité civile et de mutualisation des risques que le présent accord organise, la couverture des garanties définie dans le présent accord est confiée à un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, désignés par les parties signataires du présent accord, pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective de l'industrie pharmaceutique.

Le régime professionnel de prévoyance est assuré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, et pour une période de 5 ans au plus, par :

- l'APGIS, institution de prévoyance, régie par l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale, pour les risques maladie-chirurgie-maternité ;
- AXA France vie, entreprise régie par le code des assurances, pour les risques décès-incapacité-invalidité.

La gestion des prestations de l'ensemble des risques tant maladie-chirurgie-maternité que décès-incapacité-invalidité est confiée pour la même période de 5 ans, au plus, à l'APGIS.

Le comité paritaire de gestion peut accepter que tout ou partie de la gestion assurée par l'organisme désigné soit déléguée à un tiers sous réserve que cette délégation n'altère pas la qualité du suivi technique du régime et les informations destinées au comité en application des articles 4 et 7 du présent accord.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires du présent accord décident de procéder à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques décès-incapacité-invalidité et maladie-chirurgie-maternité, tous les 5 ans au plus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

En s'appuyant sur le rapport technique présenté par le ou les actuaire(s) conseil(s) auquel le comité paritaire de gestion fait appel pour l'assister, les parties signataires déterminent les conditions dans lesquelles un appel d'offres est organisé.

Au regard des éléments fournis par les réponses à l'appel d'offres et des critères de sélection préalablement définis, les parties signataires du présent accord désignent le (ou les) assureur(s) et le (ou les) gestionnaire(s).

En cas de changement d'assureur(s) et conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, est organisée la poursuite de la revalorisation future des prestations en espèces résultant du décès, de l'incapacité de travail temporaire ou permanente ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité permanente ou temporaire.

La poursuite des revalorisations et le maintien des garanties visés à l'alinéa précédent sont décidés par le comité paritaire de gestion.

## **Article 6**

### *Affiliation des entreprises*

6.1. Toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique sont tenues, sous réserve des situations visées aux articles 6.2, 6.3 et 6.6 ci-après :

- non seulement d'apporter à leur personnel les garanties collectives prévues par le présent accord en application de l'article 38 de la convention collective ;
- mais encore d'adhérer, pour l'assurance et la gestion de ces garanties, aux organismes prévus à l'article 5 ci-dessus afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité civile, objectif du présent accord.

Cette obligation s'applique également aux entreprises nouvellement créées, qu'il s'agisse d'exploitations individuelles ou de sociétés organisant une activité nouvelle ou de celles poursuivant l'activité d'une entreprise ayant subi l'une des opérations visées à l'article L. 122-12, alinéa 2, du code du travail, telle que notamment la création d'une société qui résulte de l'éclatement des activités d'une autre entreprise et dont l'activité entre dans le champ d'application de la convention collective de l'industrie pharmaceutique.

Les employeurs de salariés relevant du régime général de sécurité sociale française sans établissement en France sont également tenus d'apporter à leurs salariés relevant du régime général de sécurité sociale française les

garanties collectives prévues par le présent accord en application de l'article 38 de la convention collective. Ils doivent, sous réserve des situations visées aux articles 6.2, 6.3 et 6.6 ci-après, adhérer, pour l'assurance et la gestion de ces garanties, aux organismes prévus à l'article 5 ci-dessus afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité civile, objectif du présent accord.

Les entreprises concernées devront néanmoins :

- relever du champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique ;
- être immatriculées auprès de l'INSEE et fournir un numéro d'identification national (numéro SIRET) ;
- fournir les documents justifiant que les salariés concernés en question sont affiliés à l'URSSAF du Bas-Rhin (Strasbourg), en application de l'article R. 243-8-1 du code de la sécurité sociale ;
- fournir la convention de représentation en France de l'entreprise étrangère ou indiquer la personne morale responsable du paiement des cotisations.

6.2. A titre exceptionnel, 2 catégories d'entreprises dont l'activité principale ressort de l'industrie pharmaceutique peuvent ne pas adhérer aux organismes désignés à l'article 5 ci-dessus, tout en ayant l'obligation d'assurer à leur personnel les garanties collectives de prévoyance résultant du présent accord, soit :

Les entreprises qui avaient confié l'assurance de leur régime de prévoyance à un autre organisme avant le 1<sup>er</sup> janvier 1992, date d'effet de l'accord du 21 mai 1991 modifié et remplacé successivement par les accords collectifs des 17 septembre 1996 et du 29 mai 2000, ou qui avaient confié avant le 1<sup>er</sup> janvier 1992, l'assurance de leur régime de prévoyance aux organismes désignés à l'article 5 du présent accord, mais en dehors du régime professionnel de prévoyance :

- un accord collectif conclu en application des articles L. 132-19 et suivants du code du travail ou un référendum à la majorité simple des inscrits au sens des élections de délégués du personnel doit alors adapter les garanties collectives afin qu'elles soient globalement au moins aussi favorables au sens de l'article L. 132-23 du code du travail ;
- dans le cadre du réexamen prévu à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le choix d'organismes assureurs ne peut se faire qu'entre les assureurs désignés par le présent accord et l'assureur actuel de l'entreprise pour le risque concerné.

Les entreprises dont – notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption et/ou de restructuration mais aussi de regroupements d'activités – l'activité principale n'est plus celle de l'industrie pharmaceutique et qui, de ce fait, ne relèvent plus du champ d'application de la convention collective de l'industrie pharmaceutique.

6.3. La mise en œuvre des dispositions de l'article 6.2 ci-dessus peut conduire exceptionnellement une entreprise à rompre ses relations avec les organismes désignés à l'article 5 ci-dessus.

Toutes informations doivent alors être fournies aux organisations syndicales représentatives dans l'entreprise, au comité d'entreprise, à défaut à l'ensemble du personnel leur permettant de prendre position en toute



connaissance de cause, d'une part, de l'intérêt ou non de changer d'organisme et, d'autre part, d'arrêter les modalités d'adaptation de la couverture des garanties collectives « décès, incapacité, invalidité » et « maladie chirurgie maternité » pour les rendre au moins aussi favorables que celles résultant du présent accord.

Ensuite seulement, doit intervenir la négociation d'un accord collectif ou la ratification à la majorité simple du personnel d'un texte fourni par la direction, matérialisant les garanties collectives, le choix de l'organisme et le montant de la quote-part salariale destinée au financement des prestations qui se substitueront à celles du régime professionnel.

En pareil cas, l'entreprise organise :

- d'une part, en vertu de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, la poursuite de la revalorisation future des rentes et des prestations en espèces dues en cas de décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, au-delà des revalorisations provisionnées, sur des bases au moins équivalentes à celles résultant du présent accord, ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de rentes et de prestations en espèces pour les incapacités de travail ou l'invalidité lorsque ces garanties ne sont pas maintenues au titre des contrats souscrits auprès des organismes visés à l'article 5 ci-dessus ;
- d'autre part, le maintien des garanties servies par les organismes visés à l'article 5 ci-dessus en application du présent accord, spécialement de son article 9.

Une société quittant le régime professionnel conventionnel pourra, en concertation avec les organismes assureurs visés à l'article 5 ci-dessus et le comité paritaire de gestion, organiser la poursuite des prestations visées aux 2 alinéas précédents, notamment par le versement d'une contribution spécifique.

Les dispositions qui précèdent concernent les prestations périodiques correspondantes dues au titre de sinistres survenus avant la rupture des relations de l'entreprise concernée avec les organismes désignés à l'article 5 ci-dessus, même non encore connus de ces organismes.

Les anciens salariés de l'entreprise concernée qui ont adhéré au régime des anciens salariés avant la date à laquelle l'entreprise a quitté le régime peuvent continuer de bénéficier du régime des anciens salariés.

En revanche, les anciens salariés et salariés de l'entreprise concernée qui n'ont pas adhéré au régime des anciens salariés, avant la prise d'effet de la résiliation de l'entreprise au régime des salariés ne peuvent pas bénéficier du régime des anciens salariés.

6.4. L'adhésion aux organismes prévus à l'article 5 ci-dessus d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique mais qui avait contracté précédemment avec un autre assureur, est subordonnée, éventuellement, au paiement temporaire d'une cotisation supplémentaire ou d'une indemnité correspondant au différentiel entre le risque de cette entreprise et les risques de l'ensemble des entreprises adhérentes au régime de prévoyance professionnel, selon les modalités définies par le présent accord.

6.5. Les entreprises n'entrant pas dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique peuvent néanmoins faire bénéficier leurs salariés du présent régime de prévoyance à la double condition de justifier de liens réels avec l'industrie pharmaceutique

(appartenance à un groupe totalement ou partiellement pharmaceutique, activité majoritairement exercée pour des laboratoires pharmaceutiques...) et d'adhérer au présent accord, conformément à l'article L. 132-25 du code du travail.

Dans tous les cas, les demandes de ces entreprises seront soumises à l'accord du comité paritaire de gestion.

6.6. Dans l'hypothèse où le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique venait à être modifié, les entreprises qui entreraient dans le nouveau champ d'application peuvent ne pas adhérer aux organismes désignés à l'article 5 ci-dessus. Cette faculté n'est ouverte que dès lors qu'elles ont confié l'assurance et la gestion de leur régime de prévoyance à un autre organisme avant de rentrer dans le champ d'application du présent accord. Dans le cadre du réexamen prévu à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le choix d'organismes assureurs ne peut se faire qu'entre les assureurs désignés par le présent accord et l'assureur actuel de l'entreprise pour le risque concerné.

## **Article 7**

### *Rapport annuel sur les résultats*

Pour chaque exercice civil, les organismes assureurs visés à l'article 5 établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant donc aux activités consolidées de toutes les sociétés adhérentes dans le cadre du présent accord. Ils établissent également un rapport sur les résultats du régime des anciens salariés et du fonds collectif santé.

#### **7.1. Comptes du régime des actifs**

Les organismes assureurs du régime (RPC et RS) des salariés établissent chaque année un rapport sur les comptes de résultats du régime (RPC et RS) des salariés conformément aux dispositions légales et à celles prévues par le présent accord en distinguant :

- le montant des cotisations brutes de réassurances, le montant des prestations payées brutes de réassurances, le montant des provisions techniques brutes de réassurances le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ;
- la quote-part des produits financiers nets, des autres charges, (charge-ments techniques et frais de gestion) des participations aux résultats, du résultat de la réassurance ;
- l'évolution des provisions, fonds et réserves constitués pour faire face aux fluctuations de la sinistralité du régime des actifs et financer la revalorisation des prestations périodiques ;
- le nombre des assurés, en distinguant les bénéficiaires cotisants des bénéficiaires non cotisants, ayants droit des premiers ainsi que les adhérents facultatifs (conjoint et enfants non à charge des assurés).

Ce rapport sera adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche, dans le mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré. Il sera adressé à la direction de chaque entreprise adhérente au plus tard le 31 août de chaque année.

L'entreprise affiliée communiquera un exemplaire de ce rapport au comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise, accompagné éventuellement des observations de la direction.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective, mais qui auraient confié l'assurance de leur régime de prévoyance à un autre organisme dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessus, devront communiquer le rapport correspondant à leurs résultats propres à leur comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise.

## 7.2. Comptes du régime à cotisations définies dits fonds collectif santé prévu au chapitre III du présent accord

L'organisme gestionnaire dudit régime établit chaque année un rapport sur les comptes du fonds collectif santé conformément aux dispositions légales et à celles prévues par le présent accord en distinguant :

- le montant des cotisations brutes et le montant des prélèvements de l'année ;
- le détail par nature de tous les frais tels que ceux de gestion, charges, taxes précomptées sur les cotisations brutes ;
- la quote-part des produits financiers nets.

Ce rapport sera remis pour information à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche, dans le mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré.

Une présentation des comptes de ce régime sera annexée chaque année au rapport de présentation des comptes du régime des salariés visé au 7.1 ci-dessus qui est adressé aux entreprises adhérentes.

Pour l'année 2007, compte tenu de la mise en place de ce régime au 1<sup>er</sup> juillet 2007, les rapports mentionnés au présent article couvriront exceptionnellement la période du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 31 décembre 2007.

## Article 8

### *Informations des salariés*

8.1. Une notice est remise à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en place du régime, ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du régime, une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise aux assurés. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale. Cette information devra être transmise à tous les assurés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l' (ou les) organisme(s) assureur(s) sous sa (leur) responsabilité, qu'il(s) adresse(nt) à chacun des signataires du présent accord, ainsi qu'au comité paritaire de gestion. L' (ou les) organisme(s) assureur(s) adresse(nt) également un exem-

plaire à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser au comité d'entreprise et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions légales y afférant.

A cette occasion, l'entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu'ils ont de modifier le bénéficiaire de l'assurance décès et/ou l'option, conformément à l'article 15 du présent accord.

8.2. Tout salarié quittant une entreprise affiliée au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1<sup>o</sup> de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 est informé par son entreprise, au terme de son contrat, de la possibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir bénéficier par adhésion formelle individuelle et facultative du régime maladie prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le terme de son contrat de travail. Les ayants droit d'un assuré décédé seront également informés par l'organisme assureur du présent régime du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime et des mêmes conditions tarifaires, pendant une durée minimale de 12 mois, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois du décès.

8.3. Le rapport trimestriel, prévu au dernier alinéa de l'article L. 432.4 du code du travail, communiqué par le chef d'entreprise au comité d'entreprise, donne, si tel est le cas, des informations sur les raisons du non-paiement, dans les délais fixés, des cotisations dues en application du présent accord ainsi que sur le montant de ces cotisations.

## **Article 9**

*Maintien des garanties en cas de maladie, chômage, adhésion à une convention de reclassement personnalisé (CRP) ou un congé de reclassement*

Bénéficient gratuitement du maintien de la couverture de l'assurance décès et de l'assurance maladie-chirurgie-maternité, pendant 6 mois à compter du terme de leur contrat de travail (préavis effectué ou non), à condition qu'ils aient cotisé pendant au moins 6 mois au titre du régime mis en œuvre par le présent accord, d'une façon continue ou discontinuée dans une ou plusieurs entreprises :

- le salarié licencié, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à une association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC) ;
- le salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme « légitime » au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à une association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC) et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage ;
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de reclassement personnalisé (CRP) en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;
- le salarié licencié, ayant adhéré à un congé de reclassement en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;
- le salarié qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période de 6 mois susvisée d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi à une ASSEDIC.

Toutefois, dans les cas précités, les montants du capital décès et, le cas échéant, de la rente éducation garantis sont toujours ceux prévus en cas de décès par maladie, quelle que soit la cause du décès. Viennent en déduction de la couverture, les prestations versées en cas de décès par les régimes complémentaires de retraite au titre d'un régime de prévoyance dont bénéficie l'assuré au chômage.

L'entreprise affiliée au régime qui, en application de l'article 6 ci-dessus, est amenée à rompre ses relations avec les organismes désignés à l'article 5 ci-dessus doit assurer le maintien des garanties visées au présent article.

## **Article 10**

### *Régime professionnel conventionnel (RPC) et régime supplémentaire (RS)*

Les entreprises adhérant aux contrats gérés par les organismes désignés à l'article 5 du présent accord sont obligatoirement affiliées au régime professionnel conventionnel (RPC). Elles peuvent adhérer, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, au régime supplémentaire (RS) défini dans le chapitre III du présent accord, procurant des prestations supplémentaires au titre :

- de la couverture décès ;
- des prestations maladie-chirurgie-maternité.

L'entreprise peut choisir de s'affilier au régime supplémentaire (RS) décès uniquement ou au régime supplémentaire (RS) maladie-chirurgie-maternité uniquement ou de s'affilier aux 2 régimes.

Lorsque l'entreprise est affiliée au régime supplémentaire par adhésion volontaire, tous les salariés inscrits à son effectif bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise et sans formalités.

## **Article 11**

### *Dispositions transitoires : cadres retraités*

Le salarié cadre retraité qui, parti à la retraite avant le 31 décembre 1993, bénéficie de la garantie des prestations maladie-chirurgie-maternité dans les conditions fixées à l'annexe 2 du contrat d'assurance de groupe n° 92000/000 du 11 juin 1991, modifiée par décision du comité paritaire de gestion, continue à bénéficier de cette garantie tant que l'(les) entreprise(s) de laquelle (ou desquelles) il tire ce droit adhère(nt) au régime de prévoyance professionnel (RPC).

Il continue également à bénéficier de cette garantie pour la ou les entreprises qui, postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, alors même qu'elles étaient adhérentes du régime, ont cessé d'exister par suite de :

- cessation d'activité, faillite ou redressement judiciaire ;
- fusion, absorption ou concentration, à condition que la nouvelle entreprise résultant de cette opération soit membre adhérent du régime.

Si, ultérieurement, cette entreprise cesse d'adhérer au régime de prévoyance professionnel, le retraité pourra néanmoins continuer à bénéficier d'une garantie proportionnelle au nombre des années durant lesquelles il aura été salarié dans une ou plusieurs autres entreprises adhérentes du régime et tant qu'elles le resteront.

Ces dispositions s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2008. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, les cadres retraités concernés par ce présent article pourront bénéficier du régime des anciens salariés tel que défini par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés.

## CHAPITRE II

### RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC) DES SALARIÉS

#### Article 12

##### *Bénéficiaires du régime*

Est réputé bénéficiaire du présent régime de prévoyance tout salarié inscrit aux effectifs des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique (CCNIP).

Les garanties définies par le présent accord sont suspendues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour autres causes que celles de maternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) et pour la durée de cette suspension. A l'issue de cette suspension, ils bénéficient de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

#### Article 13.1

##### *Assiette et base des cotisations*

##### 13.1.1. Assiette annuelle des cotisations

L'assiette des cotisations est celle définie aux articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale telle que définie à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Si cette assiette venait ultérieurement à être modifiée, les parties signataires du présent accord se réuniraient afin de décider d'une éventuelle révision de l'assiette des cotisations.

Toutefois, sont exclus du salaire soumis à cotisation :

- les gratifications exceptionnelles ;
- la prime de transport de la région parisienne ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement, de dégagement ou de départ ;
- les indemnités de non-concurrence et indemnités de clientèle ;
- les indemnités de précarité d'emploi ;
- la prime d'accouchement prévue par l'article 28.2° des clauses générales de la convention collective nationale ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre des dispositions de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, portant réforme des retraites, et de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à la réforme de l'assurance maladie et des dispositions réglementaires d'application ;
- les indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- les indemnités journalières du régime de prévoyance.

##### 13.1.2. Base annuelle des cotisations.

La base de la cotisation afférente au risque décès-incapacité-invalidité est l'assiette définie ci-dessus, limitée à 8 fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

La base de la cotisation afférente au risque maladie-chirurgie-maternité est :

- pour une part l'assiette définie ci-dessus, limité à quatre fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période et ;
- pour une part le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

## **Article 13.2**

### *Assiette et base des garanties*

#### 13.2.1. Assiette annuelle des garanties

Les éléments rentrant dans l'assiette des garanties sont ceux rentrant dans l'assiette des cotisations définies à l'article 13.1.1 qui précède.

#### 13.2.2. Base annuelle des garanties

La base des garanties servant au calcul des prestations à verser à la suite du décès ou de l'arrêt de travail d'un bénéficiaire du régime est fixée à la somme des éléments rentrant dans l'assiette des garanties tels que définit ci-dessus perçus par l'intéressé au cours des 12 derniers mois de pleine activité précédant celui au cours duquel s'est produit le décès ou l'arrêt de travail, limitée à 8 fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

La base des garanties de la rente éducation visée à l'article 15 b) du présent accord est fixée à la somme des éléments rentrant dans l'assiette des garanties tels que défini ci-dessus perçus par l'intéressé au cours des 12 derniers mois de pleine activité précédant celui au cours duquel s'est produit le décès, limitée à 4 fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Concernant les salariés ayant travaillé à temps complet, puis à temps partiel ou inversement dans la même entreprise, la base de calcul des garanties décès visée à l'article 15 du présent accord est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis leur entrée dans l'entreprise.

Lorsqu'un sinistre survient moins de 1 an après l'affiliation de l'assuré au bénéfice du régime ou si pendant la période servant au calcul de la base des garanties, sa rémunération a été réduite ou suspendue pour cause de maladie ou d'accident, cette base est reconstituée, *pro rata temporis*, à partir des éléments la constituant correspondant aux mois civils de présence à temps complet versés antérieurement à la date du sinistre ouvrant droit aux prestations.

S'il s'est écoulé plus de 6 mois entre la fin du dernier mois de pleine activité et la date d'exigibilité de la première prestation, la base des garanties est revalorisée suivant les modalités techniques définies par le comité paritaire de gestion.

## Article 14

### *Compte de résultats et alimentation des fonds et réserves*

Sont fixées dans les contrats passés avec les organismes assureurs les règles concernant l'établissement des comptes et l'alimentation des provisions, fonds et réserves suivants :

- compte de résultats ;
- provision pour égalisation et réserve générale ;
- fonds de revalorisation ;
- fonds de solidarité.

Les mécanismes prévus dans ces contrats ont pour objet :

- de permettre le contrôle de l'évolution de la charge du régime (compte de résultats) ;
- d'assurer la pérennité du régime des actifs par la constitution d'une provision pour égalisation et d'une réserve générale ;
- de garantir les sinistres survenus avant la clôture d'un exercice mais non encore connus de l'assureur à cette date par la constitution de provisions adaptées ;
- de contrôler et de financer les revalorisations futures, avec la constitution de provisions et/ou fonds de revalorisation ;
- d'alimenter, à partir des excédents dégagés, un fonds de solidarité permettant le versement d'allocations ayant le caractère de secours.

## Article 15

### *Couverture en cas de décès du salarié*

L'assurance décès garantit, en cas de décès de l'assuré (salarié ou ancien salarié en état d'incapacité ou invalidité), dans les conditions prévues au contrat d'assurance, soit le versement d'un capital (option 1 ci-après), soit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants de l'assuré (option 2 ci-après), selon l'option choisie par l'assuré. A défaut de choix d'une option par l'assuré, ou si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive l'assuré qui a choisi l'option 2 n'a pas d'enfant à charge, l'option 1 s'appliquera.

Le choix de l'option peut être modifié à tout moment par l'assuré. La demande doit en être faite par lettre transmise aux organismes assureurs ou au gestionnaire mandaté pour application au premier jour du mois suivant la réception de la lettre. Les organismes assureurs retiennent la dernière option de l'assuré en leur possession à la date du sinistre. Conformément à l'article 8 du présent accord, l'entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu'ils ont de modifier le bénéficiaire de l'assurance décès et/ou l'option.

Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné par l'assuré ou, à défaut de désignation d'un bénéficiaire, à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire de PACS, à défaut à ses enfants, à défaut à son père et à sa mère, à défaut à ses héritiers.

Toutefois, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des ascendants à charge, la majoration du capital correspondante ne profite qu'aux enfants et aux ascendants pris en considération pour le calcul de cette majoration selon les modalités prévues au contrat d'assurance.



Si le bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge de la totalité desdites personnes, la part de capital générée par les majorations pour personnes à charge et par la différence éventuelle entre une situation de famille « assuré avec personne à charge (base) » et une situation de famille « assuré sans enfant à charge » est répartie entre les personnes ouvrant droit à majoration de capital et versée à leur représentant en cas d'incapacité juridique.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, attestée par son classement avant l'âge de 60 ans parmi les invalides du 3<sup>e</sup> groupe de la sécurité sociale avec assistance d'une tierce personne, le capital décès prévu par l'option choisie est versé à l'intéressé par anticipation et, s'il a choisi l'option n° 2, la rente éducation est versée aux enfants dans les conditions prévues au contrat d'assurance. Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits au titre de la couverture décès.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'incapacité permanente à 100 avec majoration pour assistance d'une tierce personne reconnue par la sécurité sociale est assimilée à la 3<sup>e</sup> catégorie de l'invalidité du régime général de la sécurité sociale.

Toutes les causes de décès et d'invalidité absolue et définitive sont garanties, à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant le terme du contrat de travail. Cette garantie prend fin à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

#### a) Option n° 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, est déterminé comme suit :

SITUATION DE FAMILLE DE L'ASSURÉ	DÉCÈS TOUTES CAUSES TA – TB – TC
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	170 %
Mariés, partenaires de PACS sans personne à charge*	220 %
Célibataires, veufs, divorcés, mariés, partenaires de PACS ayant une personne à charge*	310 %
Majoration par personne à charge supplémentaire*	90 %
(*) La notion de personne à charge est définie ci-après au paragraphe C du présent article.	

### b) Option n° 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, limitée à la tranche B pour la rente éducation, sont déterminés comme suit.

	DÉCÈS TOUTES CAUSES TA – TB – TC
Capital décès : Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	170 %

### Rente éducation

Chaque enfant à charge tel que défini ci-après perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après :

- jusqu'au 11<sup>e</sup> anniversaire : 12 % TA – TB ;
- du 11<sup>e</sup> au 18<sup>e</sup> anniversaire 16 % TA – TB ;
- du 18<sup>e</sup> au 27<sup>e</sup> anniversaire 19 % TA – TB.

La rente éducation est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

En tout état de cause, le total des rentes éducation versées annuellement aux enfants de l'assuré ne peut dépasser la base des garanties, définie à l'article 13.2.2 du présent accord, du salarié décédé.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année dans la limite des montants provisionnés et des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 14 du présent accord sur décision du comité paritaire de gestion, la 1<sup>re</sup> revalorisation intervenant au plus tôt 6 mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

### c) Notion d'enfants et de personnes à charge

Les enfants à charge susceptibles de percevoir la rente éducation précitée, sont les enfants (et enfants adoptés) du salarié :

- de moins de 18 ans ;
- de 18 à 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont l'âge requis, régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins.

Les personnes à charge ouvrant droit à une majoration du capital décès sont :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;
- les ascendants directs de l'assuré et de son conjoint ou partenaire de PACS, titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 %, à condition que l'invalidité vive sous le toit de l'assuré.

## Article 16

*Indemnité en cas de prédécès du conjoint de l'assuré ou du partenaire de PACS, prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge*

En cas de décès du conjoint ou du partenaire de PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré, un capital brut est fixé comme suit.

Décès du conjoint ou du partenaire de PACS	20 % du plafond annuel de la sécurité sociale
Décès d'un enfant à charge	20 % du plafond annuel de la sécurité sociale (limités au frais d'obsèques si l'enfant a moins 12 ans)
Décès d'un ascendant à charge	20 % du plafond annuel de la sécurité sociale

Le montant du plafond annuel de sécurité sociale est celui fixé au 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours duquel survient le décès.

## Article 17

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

Pour les prestations définies au présent article, le total des sommes perçues annuellement par le salarié, notamment au titre de la rémunération versée par l'entreprise, de la prestation en espèces de la sécurité sociale, de celle du régime de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ou de l'invalidité, ne peut, en aucun cas, excéder 100 % de la base des prestations telle que définie à l'article 13.2.2 ci-dessus, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

Toutefois, lorsqu'un salarié reprend son activité à temps partiel ou réduit alors qu'il continue de bénéficier des prestations de la sécurité sociale telles que :

- des indemnités journalières maintenues en application des dispositions de l'article L. 323-2 du code de la sécurité sociale (« mi-temps thérapeutique ») ;
- une rente d'invalidité (1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> « catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ») ;
- une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime de prévoyance,

le montant de la prestation servie par le présent régime est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord, éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord ;
- et, d'autre part, le cumul de la prestation en espèces maintenue par la sécurité sociale et la rémunération effectivement perçue, limitée à la base des garanties ayant servi au calcul de la prestation allouée par le régime. La base retenue est celle en vigueur au 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée comme les prestations du régime de prévoyance.

Lorsque l'assuré continue d'exercer son activité au sein de l'entreprise adhérente, le montant de la rente est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base des garanties définie au 13.2.2 ;
- d'autre part, le cumul des 2 éléments suivants : la base des garanties définie au 13.2.2 multipliée par le taux de travail à temps partiel et la rente maintenue par la sécurité sociale.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

Tous les cas d'incapacité et d'invalidité sont garantis à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

Les dispositions qui précèdent s'appliqueront aux reprises de travail survenant à partir de la date d'application du présent accord même si les prestations de prévoyance concernées le sont au titre des accords collectifs que le présent accord remplace. Les reprises de travail antérieures, mais se poursuivant à compter de la date d'application du présent accord, feront l'objet d'une analyse détaillée de l'assureur à présenter au comité paritaire de gestion, qui pourra émettre toutes propositions destinées à étendre la disposition qui précède à tous les salariés bénéficiaires de prestations de prévoyance, quelle que soit la date de survenance du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.

#### 17.1. Incapacité temporaire complète de travail Maladie de longue durée

17.1.1. Lorsque le salarié ou ancien salarié se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, ne relevant pas de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche accidents du travail et maladies professionnelles), constaté par le médecin traitant et donnant lieu au versement d'indemnités journalières maladie de la sécurité sociale, l'indemnisation du régime de prévoyance intervient en relais de celle prévue à l'article 27.3 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, soit :

- pour les assurés ayant moins de 1 an de présence dans l'entreprise à la date du 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail :
  - à partir du 4<sup>e</sup> jour inclus d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la sécurité sociale et 80 % du salaire supérieur à ce plafond dans la limite de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord.
- pour les assurés ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :
  - à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la sécurité sociale et 80 % du salaire supérieur à ce plafond dans la limite de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord.

En tout état de cause, l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait travaillé pendant son arrêt de travail. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au redressement de la dette sociale).

17.1.2. Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche accidents du travail et maladies professionnelles), l'indemnité journalière est versée en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 ci-dessus, sous déduction des prestations en espèces versées par la sécurité sociale. Toutefois, le versement intervient :

- pour les assurés ayant moins de 1 an de présence : à partir du 1<sup>er</sup> jour inclus dès lors que cet arrêt est égal ou supérieur à 3 jours ;
- pour les assurés ayant plus de 1 an de présence : à partir du 91<sup>e</sup> jour.

En tout état de cause, l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait travaillé pendant son arrêt de travail. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au redressement de la dette sociale).

17.1.3. Si plusieurs arrêts de travail interviennent au cours d'une même année civile, la franchise est décomptée sur le cumul des arrêts successifs indemnisés par la sécurité sociale et intervenus depuis le début de cette année.

Est définie « franchise » la période débutant le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail et finissant la veille du début de l'indemnisation du régime de prévoyance.

Lorsque la disposition ci-dessus a joué, toute nouvelle incapacité de travail intervenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières du régime de prévoyance à compter du 4<sup>e</sup> jour suivant le nouvel arrêt de travail. Le paiement est effectué à compter du 1<sup>er</sup> jour si la reprise a été inférieure à 2 mois.

Dans le cas d'une absence continue chevauchant sur 2 années civiles, la franchise applicable à la 2<sup>nd</sup>e année est décomptée à partir du 1<sup>er</sup> jour de cette absence si le délai de franchise afférent à la 1<sup>re</sup> année n'a pas été atteint avant le 1<sup>er</sup> janvier de la 2<sup>nd</sup>e année.

17.1.4. Lorsque la sécurité sociale décide de suspendre le versement des indemnités journalières de sécurité sociale ou de réduire le montant de ses indemnités, le régime de prévoyance :

- suspendra le versement de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si l'indemnité journalière de la sécurité sociale est suspendue puisque le versement prévu par le régime est subordonné au versement effectif de la prestation de la sécurité sociale ;
- réduira le montant de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si la sécurité sociale réduit en application de la loi son indemnité, et ce dans la même proportion que la sécurité sociale.

17.1.5. Lorsque l'assuré reprend le travail à temps partiel, le régime peut poursuivre son indemnisation à condition que la sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité et selon les dispositions prévues dans les contrats des organismes d'assurance. Pour l'application de la règle dite de non-cumul, il est alors fait application des dispositions particulières prévues aux 2 premiers alinéas qui précèdent de l'article 17.

17.1.6. Les arrêts de travail en application du congé de maternité, prévu à l'article L. 122-25-1 et L. 122-25-1-2 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance maternité du régime général

de la sécurité sociale, sont exclus de l'indemnisation prévue par le présent accord au titre de l'incapacité temporaire de travail. Il en est de même pour le congé paternité prévu à l'article L. 122-25-4 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance congé paternité du régime général de la sécurité sociale.

## 17.2. Invalidité permanente

Le salarié ou ancien salarié, âgé de moins de 60 ans, assuré au titre du présent régime dit participant en état d'invalidité permanente totale ou partielle, peut recevoir du régime de prévoyance une rente d'invalidité qui ne se cumule pas avec l'indemnité journalière d'incapacité temporaire complète de travail ou de longue maladie définie à l'article 17.1 ci-dessus, et ce dans les cas et conditions suivantes.

Toutefois, dans l'hypothèse où l'âge limite de versement d'une pension d'invalidité dans le régime général de la sécurité sociale (branche invalidité et accident et maladies professionnelles) serait modifié, les signataires du présent accord devront se réunir, dans le délai de 1 mois à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, pour étudier une adaptation de l'alinéa ci-dessus.

17.2.1. Le salarié ou ancien salarié en état d'incapacité totale de travail et percevant de la sécurité sociale une pension d'invalidité de la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie, au titre de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche invalidité), reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage de la base annuelle des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord à raison de : 30 % de cette base limitée au plafond de la sécurité sociale et 80 % de cette même base pour la partie supérieure à ce plafond.

17.2.2. Lorsque le salarié ou l'ancien salarié est en état d'invalidité totale et perçoit de la sécurité sociale une rente annuelle supérieure ou égale à 50 % de la rémunération prise en compte par la sécurité sociale au titre de la législation du régime général de la sécurité sociale, branche accidents du travail et maladies professionnelles, il reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle de base calculée à raison de 90 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord, sous déduction de la rente annuelle versée par la sécurité sociale.

17.2.3. Le salarié ou l'ancien salarié en état d'invalidité partielle et percevant de la sécurité sociale une pension d'invalidité de la 1<sup>re</sup> catégorie d'invalidité définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale reçoit du régime la rente annuelle égale à celle prévue en cas d'invalidité totale réduite de 25 %.

17.2.4. Une rente est servie par le régime au participant dont le taux d'incapacité permanente, au titre de la législation de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale), est au moins égal à 20 % et inférieur à 50 %.

Le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations définie à l'article 13.2.2 ci-dessus et sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale, soit :

$$90 \% \times 2 \text{ N}$$

« N » représentant le taux d'incapacité permanente déterminée par la sécurité sociale.

### 17.3. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations servies en couverture des risques décès, incapacité temporaire et permanente, et invalidité sont en principe revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année dans la limite des provisions constituées et du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord, sur décision du comité paritaire de gestion. La première revalorisation intervient au plus tôt 6 mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

## Article 18

### *Prestations maladie-chirurgie-maternité*

#### 18.1. L'assuré à titre obligatoire et ses bénéficiaires

Le régime garantit le salarié ou l'ancien salarié et les membres de la famille à charge :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayant droit de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré à sa charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayants droit de l'assuré ;
- ainsi que les enfants de l'assuré de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont 18 ans, régulièrement immatriculés sous leur propre numéro au régime de la sécurité sociale des étudiants. Lorsque, à l'issue d'une année universitaire, l'enfant ayant droit de l'assuré part accomplir son service national, la garantie maladie est prolongée pour lui jusqu'à la date de son départ au service national, sans pouvoir se poursuivre au-delà du 31 décembre de l'année civile considérée ou de la date de son 27<sup>e</sup> anniversaire. Lorsque l'enfant de l'assuré est reconnu invalide ou handicapé à la date à laquelle il était ayant droit du régime, il est couvert de manière viagère par le régime.

Bénéficient également de la garantie maladie-chirurgie-maternité, selon les mêmes dispositions que ci-dessus, les enfants à charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayants droit du conjoint, du concubin de l'assuré ou de la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) dans le cas où ce conjoint, concubin ou partenaire de PACS ne justifie pas d'un régime de remboursement des frais de soins de santé. S'il bénéficie d'un tel régime, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel.

Enfin, bénéficient de la garantie maladie-chirurgie-maternité les enfants de l'assuré ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation, conformes à la réglementation en vigueur à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2007, sous réserve que les intéressés justifient remplir les conditions cumulatives suivantes :

- ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature, à adhésion obligatoire ;
- être âgés de moins de 27 ans ;

- dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, attestée par une copie de la fiche de paye du mois au cours duquel les soins ont été prescrits.

Bénéficient également de la garantie maladie-chirurgie-maternité, les salariés qui relèvent de l'article 115 du code des pensions militaires et des victimes de la guerre.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire (assuré ou ayant droit) après les indemnisations de toute nature.

En outre, la limitation des remboursements du régime au montant des frais réellement engagés restant à la charge du bénéficiaire après déduction des diverses indemnisations auxquelles il a droit s'apprécie acte par acte.

### 18.2. Adhérent à titre facultatif

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- les conjoints dits non à charge, c'est-à-dire couverts en qualité d'assuré social à titre personnel et non d'ayants droit de l'assuré, par un régime de sécurité sociale offrant des prestations en nature ;
- les stagiaires, dès lors qu'ils bénéficient d'un régime de base de sécurité sociale leur offrant des prestations en nature ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (PACS), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisé. Cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois même non consécutifs ;
- les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayants droit d'un assuré.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation du comité paritaire de gestion du régime de prévoyance.

### 18.3. Montant des prestations

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime maladie-chirurgie-maternité selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (RSS) ou du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ;
- soit, sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) ;
- soit, sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros et dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.



Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec les caisses nationales de sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture maladie-chirurgie-maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre 7 du livre VIII du code de la sécurité sociale.

Le comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4.2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION	
Honoraires chirurgicaux	280 % de la base de remboursement (BR)
Frais de séjour et honoraires médicaux (conventionné)	200 % de la base de remboursement (BR) moins le remboursement de la sécurité sociale
Frais de séjour et honoraires médicaux (non conventionné)	150 % de la base de remboursement (BR) moins le remboursement de la sécurité sociale
Forfait journalier hospitalier	80 % des frais réels (FR)
Chambre particulière	Frais réel dans la limite de 40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité
Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	Frais réels dans la limite de 23 € par jour sur présentation d'un certificat médical
Transport du malade (conventionné et non conventionné)	35 % de la base de remboursement (BR)
Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire)	280 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
CONSULTATIONS/VISITES	
Consultation omnipraticien	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation spécialiste	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation professeur	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation neuropsychiatre	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation cardiologue	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite omnipraticien	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite spécialiste	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite professeur	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite neuropsychiatre	80 % de la base de remboursement (BR)
Niveau de remboursement des majorations, majorations de coordination, majoration pour nourrisson, visite de nuit, déplacement	30 % de la base de remboursement (BR)
FRAIS PHARMACEUTIQUES	
Quel que soit le niveau de remboursement de la sécurité sociale	100 % du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) moins le remboursement de la sécurité sociale
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
Radiographie (conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Radiographie (non conventionné)	170 % de la base de remboursement (BR)
Analyse (conventionné et non conventionné)	40 % de la base de remboursement (BR)
Soins infirmiers (conventionné)	40 % de la base de remboursement (BR)
Soins infirmiers (non conventionné)	180 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Autres auxiliaires médicaux (conventionné)	40 % de la base de remboursement (BR)
Autres auxiliaires médicaux (non conventionné)	180 % de la base de remboursement (BR)
Toute majoration des auxiliaires médicaux (visites de nuit, dimanche, déplacement auxiliaires médicaux) (conventionné)	40 % de la base de remboursement (BR)
Toute majoration des auxiliaires médicaux (visites de nuit, dimanche, déplacement auxiliaires médicaux) (non conventionné)	180 % de la base de remboursement (BR)
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse autre que dentaire et auditive (conventionné, non conventionné)	185 % de la base de remboursement (BR)
Prothèse auditive (conventionné, non conventionné)	Frais réels dans la limite de 1 000 € par appareil remboursé par la sécurité sociale
DENTAIRE	
Soins dentaires (conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Soins dentaires (non conventionné)	170 % de la base de remboursement (BR)
Prothèses dentaires Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	230 % de la base de remboursement (BR) ou 280 % de la base de remboursement (BR), si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande
OPTIQUE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Par monture (1) adulte	80 € par an/bénéficiaire
Par monture (1) enfant	50 € par an/bénéficiaire
Par verre (1) adulte	43 € + 650 % de la base de remboursement (BR) Le remboursement est porté jusqu'à 1 600 % de la base de remboursement (BR) si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Par verre (1) enfant	30 € + 135 % de la base de remboursement (BR) Le remboursement est porté jusqu'à 385 % de la BR si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire.
(1) Limité à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire.	

Le système de majoration de remboursement en cas de devis préalable est mis en œuvre à titre expérimental pour une durée de 2 ans, à compter de la date de mise en œuvre du présent accord. A l'issue de cette période expérimentale un bilan sera effectué. Au vu de ce bilan, le dispositif sera reconduit, révisé ou supprimé.

## Article 19

### *Cotisations*

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

La cotisation contractuelle afférente au risque décès-incapacité-invalidité (articles 15 à 17) est fixée à 1,50 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité (article 18) sont fixées pour la partie variable en fonction de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord, soit à 0,90 % TA-TB, et pour la partie forfaitaire en fonction du plafond de la sécurité sociale, soit à 1,17 %.

Ces cotisations s'entendent hors taxe et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale telle que la CMU, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation.

Les cotisations afférentes aux risques maladie-chirurgie-maternité sont appelées à hauteur de 55 % pour les salariés bénéficiant du régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime de prévoyance professionnel, les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur ;
- 40 % pour la part salarié.

## **Article 20**

### *Taux majoré pour les entreprises adhérant après le 1<sup>er</sup> juillet 2007*

L'affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 1<sup>er</sup> juillet 2007 pourra être subordonnée à l'application d'un taux majoré applicable pendant 3 ans.

Le taux d'appel majoré est fixé à la suite d'une « pesée » technique :

- soit par les organismes assureurs désignés ;
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l'actuaire conseil désigné à l'article 5 du présent accord.

Il doit être entériné par le comité paritaire de gestion qui devra avoir eu communication des comptes de résultats du contrat souscrit précédemment par l'entreprise sollicitant son affiliation au présent régime et notamment du rapport prévu à l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application.

Le taux d'appel majoré tient compte des éléments suivants7 :

- l'âge moyen du groupe comparé à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime ;
- le salaire moyen par assuré comparé au salaire moyen de l'ensemble des assurés du régime.

Par conséquent, les taux d'appel majorés « t1 » et « t2 » sont déterminés selon les formules suivantes :

a) Au titre de la couverture décès-incapacité-invalidité

$$t1 = (100 + 5 \ x)\%$$

où x représente la différence, arrondie à l'année inférieure, entre l'âge moyen du groupe et l'âge moyen des assurés du régime. x n'est pris en compte que lorsque l'âge moyen du groupe est supérieur à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime ; il est considéré égal à 0 s'il est inférieur à 2, et il est limité à 10.

b) Au titre de la couverture frais maladie-chirurgie-maternité

$$t2 = [0,5 (100 + x) + 0,5 \frac{(100 + x)S}{S}] \%$$

où :

- x représente la différence, arrondie à l'année inférieure, entre l'âge moyen du groupe et l'âge moyen des assurés du régime. x n'est pris en compte que lorsque l'âge moyen du groupe est supérieur à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime : il est considéré égal à 0 s'il est inférieur à 2, et il est limité à 10 ;

- s représente le salaire moyen du groupe concerné ;
- S représente le salaire moyen des salariés ou anciens salariés.

Le taux t2 obtenu est arrondi au nombre entier inférieur le plus proche. Il ne peut être inférieur à 100 % ni supérieur à 120 %.

Par ailleurs, des conditions spéciales pourront être déterminées pour les entreprises dont l'entrée dans le régime est subordonnée à la reprise d'engagements passés pour des sinistres survenus avant son entrée dans le régime, connus ou non connus de l'assureur précédent.

En outre, est à calculer le complément éventuel de cotisation à prévoir pour le fonds collectif santé visé au chapitre III ci-après et le régime des anciens salariés prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés.

### CHAPITRE III

#### RÉGIME À COTISATION DÉFINIE DIT FONDS COLLECTIF SANTÉ

Pour faire face à l'augmentation importante du coût des prestations santé des personnes âgées, les partenaires sociaux souhaitent permettre aux entreprises et aux salariés en phase d'activité de préfinancer une partie de la cotisation des frais de soins de santé des anciens salariés, lors de leur retraite. Ce dispositif, appelé fonds collectif santé est décrit ci-dessous.

#### Article 21

##### *Caractère obligatoire du régime*

Il est institué au niveau du régime de prévoyance des salariés, un fonds collectif santé à adhésion obligatoire, alimenté par une cotisation obligatoire.

Toutefois, l'adhésion est facultative pour les entreprises qui ont mis en place un régime supplémentaire de retraite collectif à cotisations définies et droits individualisés, visant au financement d'une partie de la cotisation santé, avant la conclusion du présent accord, à condition que :

- ce régime soit mis en place par accord collectif selon les modalités visées aux articles L. 132-19 et suivants du code du travail ;
- le régime prévoit une cotisation au moins aussi favorable.

Dans ce cas :

- l'entreprise n'aura pas d'obligation à cotiser à ce régime, sauf si l'entreprise le prévoit expressément ;
- les anciens salariés de l'entreprise considérée même adhérent à l'annexe III de l'accord collectif du 29 mai 2000 sur la prévoyance, avant la date d'application du présent accord, ainsi que tous les salariés de l'entreprise, à cette date, conserveront le droit d'adhérer au régime des anciens salariés selon les dispositions prévues par l'accord collectif frais soins de santé des anciens salariés en date du 22 juin 2007 mais ne bénéficieront pas d'un quelconque financement du fonds collectif santé prévu au présent chapitre.

## Article 22

### *Fonds collectifs santé*

#### 22.1. Alimentation du fonds collectif santé

Dès sa mise en place, au 1<sup>er</sup> juillet 2007, le fonds collectif santé est alimenté d'un montant de 4 269 425 € par affectation d'une partie de la réserve générale du régime maladie-chirurgie-maternité des actifs afin de permettre l'utilisation du fonds collectif santé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour les adhérents au régime des actifs nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1953.

Le fonds collectif santé est ensuite alimenté par :

1. Une cotisation définie annuelle fixée à 0,15 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour chaque salarié des entreprises adhérentes participant au fonds collectif santé.

La répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur ;
- 40 % pour la part salarié.

2. Les produits financiers générés par le fonds calculés selon les dispositions contractuelles fixées avec l'organisme assureur.

3. Les cotisations exceptionnelles versées par les entreprises qui rejoignent le régime.

Le montant de la cotisation exceptionnelle est fixé à la suite d'une étude actuarielle :

- soit par les organismes assureurs désignés ;
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l'(es) actuaire(s) conseil(s) désigné(s) à l'article 5 du présent accord.

Les cotisations exceptionnelles doivent être entérinées par le comité paritaire de gestion, qui devra avoir eu communication des éléments techniques sur lesquels repose le calcul de la cotisation.

#### 22.2. Utilisation du fonds collectif santé

1. Le fonds collectif santé est utilisé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés visée à l'article 6.2 de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés, lorsqu'un salarié d'une entreprise adhérente qui participe à l'alimentation du fonds collectif santé adhère au régime des anciens salariés, lors de la liquidation de sa retraite.

2. Le montant du fonds collectif santé prélevé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés est arrêté sur décision du comité paritaire de gestion, en fonction notamment des éléments suivants :

Le montant prélevé sur le fonds collectif est défini en fonction :

- du montant disponible dans le fonds santé ;
- du rapport actuariel entre, d'une part, la somme des coefficients de rente viagère immédiate des nouveaux adhérents au régime des anciens salariés bénéficiant du fonds collectif santé et, d'autre part, la somme

des coefficients de rentes viagères immédiates ou différées de l'ensemble des actifs ayant cotisé au fonds collectif santé l'année considérée affectés d'une probabilité de présence selon les statistiques de la branche et pondéré par le rapport entre la durée de cotisation au fonds collectif santé à la date d'évaluation et la durée de cotisation totale au fonds collectif santé à la date de départ en retraite.

Le fonds collectif santé est un mode de financement anticipé d'un régime mais ne donne droit à aucune prestation définie, même différée, au moment du départ à la retraite :

- l'utilisation du fonds collectif santé est réservée aux anciens salariés qui adhèrent au régime frais de soins de santé des anciens salariés ; les anciens salariés qui n'exercent pas leur droit d'adhérer au régime selon les dispositions prévues par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés ne bénéficient d'aucun avantage compensatoire ;
- le montant prélevé sur le fonds collectif santé est effectué conformément aux dispositions de l'article 6.2.2 de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés ;
- le montant prélevé sur le fonds santé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés peut évoluer à la hausse ou à la baisse en fonction des évolutions démographiques de la population concernée et de la situation financière du fonds collectifs santé, selon la décision du comité paritaire de gestion.

3. Il est expressément convenu que l'obligation des entreprises, pour l'alimentation du fonds collectif santé, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations visées à l'article 22.1 ci-dessus.

4. Les frais de gestion du fonds collectif santé sont prélevés conformément à la convention signée avec les organismes gestionnaires du fonds collectif santé.

## CHAPITRE IV

### RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE (RS) DES SALARIÉS

#### Article 23

##### *Objet. – Bénéficiaires*

##### 23.1. Objet

Le régime supplémentaire (RS) défini ci-après est un régime supplémentaire du régime professionnel conventionnel (RPC). Seules les entreprises affiliées au régime professionnel conventionnel peuvent, si elles le souhaitent, adhérer à ce dernier dans les conditions ci-après.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie décès et de la garantie maladie-chirurgie en sus des couvertures contre ces risques prévues par le régime professionnel conventionnel (RPC).

Les entreprises peuvent opter soit pour la garantie décès, soit pour la garantie maladie-chirurgie, soit pour la garantie décès et garantie maladie-chirurgie du régime supplémentaire.

##### 23.2. Participants

Lorsque l'entreprise adhère au régime supplémentaire, tous les salariés inscrits à son effectif bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise et sans formalités.



## Article 24

### *Assiette et base des garanties et des cotisations*

#### 24.1. Assiette et base annuelles des cotisations

L'assiette et la base des cotisations au régime supplémentaire sont celles des cotisations au régime professionnel conventionnel définies à l'article 13.1 du présent accord.

#### 24.2. Assiette et base annuelles des garanties

L'assiette et la base des garanties supplémentaires de l'assurance décès sont celles des garanties du régime professionnel conventionnel définies à l'article 13.2 du présent accord.

## Article 25

### *Couverture supplémentaire en cas de décès du salarié*

*(en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2.2 du présent accord)*

Le régime supplémentaire prévoit des garanties décès selon des modalités et définitions identiques à celles prévues à l'article 15 du présent accord relatif au régime professionnel conventionnel (RPC).

Le régime supplémentaire verse, en supplément du capital ou du capital et de la rente ainsi prévus, les majorations suivantes exprimées en pourcentage du salaire de base :

#### *a) Option n° 1 : Capital décès*

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de base annuelle des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, est déterminé comme suit :

SITUATION DE FAMILLE	DÉCÈS PAR MALADIE	MAJORATION DU CAPITAL versé pour accident*
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge**	130 %	150 %
Mariés sans personne à charge**	155 %	175 %
Célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge**	180 %	150 %
Majoration par personne à charge supplémentaire**	25 %	30 %
(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de 12 mois suivant l'accident. (**) La notion de personne à charge est définie au paragraphe de l'article 15 du présent accord.		

### b) Option n° 2 : Capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2.2 du présent accord, sont déterminés comme suit :

	DÉCÈS PAR MALADIE	MAJORATION DU CAPITAL versé pour accident*
Capital décès Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130 %	150 %
Rente éducation Chaque enfant à charge au sens de l'article 15 du présent accord	4 %	
(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de 12 mois suivant l'accident. Cette rente supplémentaire est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.		

## Article 26

### *Prestation maladie-chirurgie*

Le régime supplémentaire s'applique selon des modalités identiques à celles prévues à l'article 18 du présent accord, relatif au régime professionnel conventionnel (RPC).

Les remboursements prévus par le régime supplémentaire (RS) sont effectués en complément des prestations en nature des régimes maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale ou d'un régime assimilé et de celles du régime professionnel conventionnel (RPC).

En tout état de cause le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale.

Le comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4.2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le régime supplémentaire verse en supplément des prestations prévues au régime professionnel conventionnel les prestations suivante :

ACTES	REMBOURSEMENT RS
HOSPITALISATION	
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 6 € par jour

ACTES	REMBOURSEMENT RS
CONSULTATIONS / VISITES	
Consultation omnipraticien	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation spécialiste	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation professeur	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation neuropsychiatre	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation cardiologue	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite omnipraticien	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite spécialiste	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite professeur	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite neuropsychiatre	50 % de la base de remboursement (BR)
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
Radiographie (conventionné et non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Analyse (conventionné et non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Soins infirmiers (conventionné et non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Autres auxiliaires médicaux (conventionné et non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
APPAREILLAGE	
Prothèse auditive (conventionné et non conventionné)	200 €
DENTAIRE	
Soins dentaires (conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RS
Prothèses dentaires	100 % de la base de remboursement (BR)
Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	100 % de la base de remboursement (BR)
OPTIQUE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Par monture (1) adulte	20 € par an et par bénéficiaire
Par monture (1) enfant	15 € par an et par bénéficiaire
Par verre (1) adulte	800 % de la base de remboursement (BR)
Par verre (1) enfant	200 % de la base de remboursement (BR)
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Lentilles	100 € par an et par bénéficiaire
(1) Limité à une paire de lunette par an et par bénéficiaire.	

## Article 27

### *Cotisation. – Dotations*

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque décès-incapacité-invalidité (art. 25 du présent accord) sont fixées à 0,30 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité (art. 26 du présent accord) sont fixées à 0,255 % du plafond de la sécurité sociale et 0,205 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime supplémentaires qui doit trouver son équilibre financier indépendamment des résultats techniques et financiers du régime professionnel de branche (RPC), les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

Pour l'année 2007, les taux d'appel des cotisations afférentes aux risques décès-incapacité-invalidité et maladie-chirurgie-maternité sont ceux définis par l'accord du 27 novembre 2006.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 50 % pour la part employeur ;
- 50 % pour la part salarié.

### **Article 28**

*Taux majoré pour les entreprises adhérant  
après le 1<sup>er</sup> juillet 2007*

L'affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 1<sup>er</sup> juillet 2007 sera subordonnée à l'application des mêmes taux majorés que ceux définis à l'article 20 du présent accord pour le régime professionnel conventionnel.

### **Article 29**

*Entrée en vigueur*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007. Toutefois, les garanties et les cotisations du présent régime ne prendront effet qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Dans l'intervalle, les garanties et les cotisations prévues à l'annexe I de l'accord collectif du 29 mai 2000 sur la prévoyance continueront à produire effet.

### **Article 30**

*Dépôt. – Publicité*

Conformément aux articles L. 132-10 et R. 132-1 du code du travail, le présent accord collectif sera déposé en 2 exemplaires à la direction des relations du travail de Paris et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

### **Article 31**

*Extension*

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 22 juin 2007.

(Suivent les signatures.)