

# BULLETIN OFFICIEL

## CONVENTIONS COLLECTIVES



BULLETIN OFFICIEL  
CONVENTIONS COLLECTIVES

# BULLETIN OFFICIEL CONVENTIONS COLLECTIVES

FASCICULE N° 2011/1 DU 29 JANVIER 2011

	Pages
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé .....	1
Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire.....	93

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

---

# CONVENTIONS COLLECTIVES

## SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2011/1

### AVENANTS ET ACCORDS

	Pages
<b>Analyses médicales (laboratoires extra-hospitaliers) : avenant du 2 décembre 2010 portant révision de la convention.....</b>	3
<b>Analyses médicales (laboratoires extra-hospitaliers) : avenant du 2 décembre 2010 relatif à la prévoyance des non-cadres .....</b>	6
<b>Analyses médicales (laboratoires extra-hospitaliers) : avenant du 2 décembre 2010 relatif à la prévoyance des non-cadres .....</b>	10
<b>Analyses médicales (laboratoires extra-hospitaliers) : avenant du 2 décembre 2010 relatif à la prévoyance des cadres.....</b>	12
<b>Analyses médicales (laboratoires extra-hospitaliers) : avenant du 2 décembre 2010 relatif à la prévoyance des cadres et assimilés.....</b>	15
<b>Assurances (agences générales) : avenant n° 10 du 8 décembre 2010 relatif aux salaires minima annuels au 1<sup>er</sup> janvier 2011 .....</b>	19
<b>Bricolage (vente au détail en libre-service) : accord du 17 décembre 2010 relatif à la prévoyance.....</b>	21
<b>Commissaires-priseurs judiciaires : accord du 30 avril 2010 relatif au régime de prévoyance.....</b>	44
<b>Communication écrite directe (entreprise de logistique) : rectificatif au <i>Bulletin officiel</i> n° 2010-43 du 20 novembre 2010 .....</b>	57
<b>Immobilier : avenant n° 48 du 23 novembre 2010 relatif aux régimes de prévoyance et de remboursement de frais de santé .....</b>	58
<b>Journalistes : accord du 3 décembre 2010 relatif aux salaires minima garantis mensuels au 1<sup>er</sup> décembre 2010 .</b>	75
<b>Métallurgie (Allier) : accord du 8 décembre 2010 relatif aux taux effectifs garantis annuels, aux rémunérations minimales hiérarchiques et à la prime de panier .....</b>	77
<b>Navigation de plaisance (entreprises) : avenant n° 41 du 17 novembre 2010 relatif à la répartition de la contribution légale au fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels.....</b>	79
<b>Papeterie, bureau, librairie (commerce de détail) : accord du 20 octobre 2010 relatif à la mise en place d'une commission nationale paritaire de validation des accords collectifs .....</b>	80
<b>Presse (information spécialisée [cadres, techniciens et agents de maîtrise]) : accord du 22 novembre 2010 relatif aux salaires minima garantis mensuels au 1<sup>er</sup> décembre 2010.....</b>	82
<b>Presse (information spécialisée [employés]) : accord du 22 novembre 2010 relatif aux salaires minima garantis mensuels au 1<sup>er</sup> décembre 2010 .....</b>	84
<b>Retraite et prévoyance des cadres et des non-cadres : accord du 25 novembre 2010 portant prorogation de l'accord du 23 mars 2009 sur les régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO.....</b>	86
<b>Sociaux et socioculturels (centres) : avenant n° 05-10 du 24 novembre 2010 relatif à la formation professionnelle.....</b>	88

Brochure n° 3114

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 959. – LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES**  
**EXTRA-HOSPITALIERS**

---

**AVENANT DU 2 DÉCEMBRE 2010**  
**PORTANT RÉVISION DE LA CONVENTION**

NOR : ASET1150004M  
IDCC : 959

---

Entre :

Le SDB ;

Le SNMB ;

Le SLBC,

D'une part, et

La FNIC CGT ;

La FNSS CFDT ;

La FFASS CGC ;

La FSS CFTC ;

La CGT-FO pharmacie,

D'autre part,

il est convenu ce qui suit :

Vu l'arrêté d'extension du 21 juillet 2008 de l'avenant du 30 janvier 2008 à la convention collective des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers, sur la désignation de l'IPGM en tant qu'organisme de prévoyance ;

Vu l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, notamment son article 14 dans sa rédaction issue de l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 ;

Vu la convention collective nationale étendue du 20 novembre 1978 des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers, notamment dans son annexe I relative aux régimes de prévoyance des personnels non cadres et dans son annexe IV pour les personnels cadres et assimilés cadres ;

Désireuses de faire une application volontaire des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel susvisé relatives uniquement à la portabilité des couvertures complémentaires prévoyance et santé, par l'adoption d'un principe de prise en charge par les régimes de prévoyance des salariés de la branche professionnelle des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers des prestations versées au titre de ce dispositif et ce sans supplément de cotisations,

les parties signataires ont convenu ce qui suit :

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

A l'annexe I relative au régime de prévoyance des personnels non cadres est ajouté l'article F suivant :

**« Article F**

En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ex-salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties des couvertures complémentaires appliquées dans son ancienne entreprise, pendant sa période de chômage et pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, apprécié par mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'ex-salarié doit fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue au premier paragraphe ci-dessus.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- la date d'effet de la retraite sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit et ce dans la limite de 9 mois ;
- la date de résiliation du contrat cadre de l'assurance ou de l'adhésion de l'entreprise.

La suspension des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

La personne reste couverte au titre de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise pour tout sinistre survenu pendant la période de portabilité des garanties, et ce même si le sinistre se poursuit au-delà de ladite période.

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties. Dans ce cas, il doit le notifier par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Le traitement de base servant au calcul des prestations des sinistres survenus pendant la période de portabilité des garanties prévoyance est égal au total des rémunérations brutes (y compris primes et gratifications) perçues au cours des 12 mois civils d'activité ou reconstitués précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnité de licenciement, de rupture conventionnelle, de fin de contrat...).

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées à l'ancien salarié précisées au point A de l'annexe IV seront déterminés en considérant les droits de l'assuré comme s'il avait été en activité à la date de l'arrêt.

Par ailleurs, il est précisé que les prestations servies par la garantie incapacité de travail temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le financement de ce dispositif de portabilité fait l'objet, pour ce qui concerne les garanties de prévoyance définies au point A de l'annexe IV lorsqu'elles sont assurées par l'organisme désigné, d'une mutualisation intégrée à la cotisation dans les comptes de l'assureur percevant les cotisations.

En cas de changement d'organisme assureur, en ce qui concerne les garanties de prévoyance définies à la présente annexe, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur, étant précisé que les prestations en cours sont maintenues par le précédent organisme assureur par application des articles 7 et 7-1 de la loi Evin.

Il sera remis aux salariés une notice d'information exposant les conditions d'application de la portabilité. »

## Article 2

A l'annexe I de l'annexe IV relative au régime de prévoyance des personnels cadres et assimilés cadres est ajouté l'article E suivant :

### « Article E

En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ex-salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties des couvertures complémentaires appliquées dans son ancienne entreprise, pendant sa période de chômage et pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, apprécié par mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'ex-salarié doit fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue au premier paragraphe ci-dessus.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- la date d'effet de la retraite sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit et ce dans la limite de 9 mois ;
- la date de résiliation du contrat cadre d'assurance ou de l'adhésion de l'entreprise.

La suspension des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

La personne reste couverte au titre de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise pour tout sinistre survenu pendant la période de portabilité des garanties, et ce même si le sinistre se poursuit au-delà de ladite période.

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties. Dans ce cas, il doit le notifier par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Le traitement de base servant au calcul des prestations des sinistres survenus pendant la période de portabilité des garanties prévoyance est égal au total des rémunérations brutes (y compris primes et gratifications) perçues au cours des 12 mois civils d'activité ou reconstitués précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnité de licenciement, de rupture conventionnelle, de fin de contrat...).

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées à l'ancien salarié précisés au point A.2 de l'annexe I seront déterminés en considérant les droits de l'assuré comme s'il avait été en activité à la date de l'arrêt.

Par ailleurs, il est précisé que les prestations servies par la garantie incapacité de travail temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le financement de ce dispositif de portabilité fait l'objet, pour ce qui concerne les garanties de prévoyance définies au point A de l'annexe IV lorsqu'elles sont assurées par l'organisme désigné, d'une mutualisation intégrée à la cotisation dans les comptes de l'assureur percevant les cotisations.

En cas de changement d'organisme assureur, en ce qui concerne les garanties de prévoyance définies à la présente annexe, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur, étant précisé que les prestations en cours sont maintenues par le précédent organisme assureur par application des articles 7 et 7-1 de la loi Evin.

Il sera remis aux salariés une notice d'information exposant les conditions d'application de la portabilité. »

### **Article 3**

Les parties signataires dresseront, à l'issue du premier exercice d'application, un bilan des dispositions du présent accord au regard des résultats du régime de prévoyance au sein de la branche.

Attentives à ce que les prestations versées au titre de ces dispositions n'obèrent pas l'équilibre financier des régimes de prévoyance qui en assumeront la charge, les parties signataires se réservent, à l'issue de ce bilan et en cas de dégradation des résultats de ces régimes, la possibilité d'aménager les modalités de financement de ce dispositif.

### **Article 4**

Le présent avenant entrera en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Il fera l'objet d'une procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2265-15 du code du travail et de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 2 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)



Brochure n° 3114

**Convention collective nationale**

**IDCC : 959. – LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES  
EXTRA-HOSPITALIERS**

**AVENANT DU 2 DÉCEMBRE 2010  
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES NON-CADRES**

NOR : ASET1150002M  
IDCC : 959

Entre :

Le SDB ;

Le SNMB ;

Le SLBC,

D'une part, et

La FNIC CGT ;

La FNSS CFDT ;

La FFASS CGC ;

La FSS CFTC ;

La GT-FO pharmacie,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

L'annexe I « Régime de prévoyance des non-cadres » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers est abrogée dans ses points A, C, D et E et est remplacée par la nouvelle annexe I, points A, C, D et E « Régime de prévoyance des non-cadres », le point B n'étant pas modifié, dans les termes ci-après.

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

*Entrée en vigueur*

Le présent avenant entrera en vigueur à partir du premier jour suivant la date de la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension. Il est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Bien que constituant une annexe à l'accord de branche du 3 février 1978, ses dispositions peuvent être partiellement dénoncées, sans remise en cause de l'accord du 3 février 1978, ou modifiées, dans le respect des règles définies à la convention collective nationale.

**Article 2**

*Cadre juridique*

Le présent avenant est conclu dans le cadre des articles L. 2221-1 et suivants du code du travail et des articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

**Article 3**

*Modification des dispositions de l'annexe I « Régime de prévoyance des non-cadres »*

Le point A est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes.

« A. – Le régime obligatoire de prévoyance est conclu dans le cadre de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 83-1° *quater* du code général des impôts ; il est généralisé à tout le personnel non cadre des entreprises visées au champ d'application de la convention collective (quelle que soit la nature du contrat, et même si le contrat de travail est suspendu : tout salarié non cadre inscrit à l'effectif de l'entreprise étant concerné).

L'adhésion des entreprises au régime professionnel et l'affiliation des salariés ont un caractère obligatoire et résultent du présent avenant.

#### 1. Désignation de l'organisme assureur

Afin d'assurer la mutualisation des risques, les parties au présent accord ont choisi, en qualité d'organisme assureur désigné, l'IPGM groupe Mornay.

#### 2. Garanties du régime de prévoyance complémentaire

Au titre du présent accord, les salariés bénéficiaires, tels que définis à l'article 9 du contrat d'assurance, bénéficient dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance des garanties de prévoyance complémentaire figurant au tableau synthétique ci-après sous réserve des clauses et conditions de garantie figurant dans le contrat cadre d'assurance souscrit avec l'organisme désigné. Celui-ci est joint en annexe I aux fins d'information des salariés et des entreprises sur ses conditions.

#### Garanties de prévoyance complémentaire

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement annuel de base)
<b>Décès</b> Décès de base. – Invalidité absolue et définitive En cas de décès du participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas d'invalidité totale et permanente du participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré. Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge Marié Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge Majoration supplémentaire par personne à charge (1) Décès accidentel Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.	   130 % TA et TB 150 % TA et TB 150 % TA et TB 50 % TA et TB  Capital supplémentaire égal au capital décès de base
<b>Incapacité de travail</b> Les prestations sont versées après un délai de franchise d'arrêt continu et total de travail de 7 jours. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.	 40 % TA et 90 % TB
<b>Invalidité</b> Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.	 40 % TA et 90 % TB (2)
<b>Maternité</b> En cas de maternité d'un participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.	 90 % TB (traitement de base excédant le plafond de la sécurité sociale)
(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille « marié » ou bien « célibataire », « veuf ou divorcé avec personne à charge ». (2) Pour l'invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie, la rente versée est réduite d'un quart.	

Les dispositions des points C, D et E sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« C. – L'IPGM constitue un comité de gestion comprenant, d'une part, les représentants des participants et des adhérents en nombre égal et, d'autre part, ceux de l'IPGM. Son fonctionnement est déterminé par un règlement intérieur particulier. Il reçoit de l'IPGM tous renseignements statistiques compatibles avec une saine gestion. Il est habilité à prendre les dispositions nécessaires à la constitution d'un fonds social.

Les entreprises employant des salariés non cadres relevant de la convention collective sont tenues d'adhérer à l'IPGM groupe Mornay et d'y affilier la totalité de leurs salariés non cadres régulièrement affiliés au régime général de sécurité sociale. Ces adhésions ont un caractère obligatoire à compter de la date d'entrée en application du présent accord de branche, sous réserve des dispositions prévues au point B de la présente annexe.

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur fera l'objet d'un réexamen au plus tard tous les 5 ans.

Les partenaires sociaux devront réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné et se réuniront à cette fin au plus tard 6 mois avant l'échéance qui précédera le délai susvisé de 5 ans en vue de procéder à une analyse comparative.

Il est convenu qu'un ou plusieurs organismes gestionnaires pourront être sollicités pour la gestion de tout ou partie des régimes conventionnels.

La commission paritaire de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers entendra annuellement le rapport du comité de gestion des régimes de prévoyance des salariés non cadres et cadres auprès de l'institution de prévoyance groupe Mornay (IPGM), gestionnaire en place des régimes de prévoyance des salariés non cadres et cadres. Ce rapport détaille et regroupe les comptes de résultats de l'organisme désigné ainsi que les mécanismes de la mutualisation sur la période écoulée et les perspectives d'évolution du régime. A l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans l'organisation de la mutualisation qu'il instaure.

En référence à l'avenant du 30 janvier 2008 concernant le régime de prévoyance, la commission paritaire décide de prolonger la désignation de l'IPGM, gestionnaire en place du régime de prévoyance des salariés non cadres jusqu'au 31 décembre 2012.

#### D. – Cotisations du régime et répartition

La cotisation du régime de prévoyance est fixée en pourcentage du salaire brut limité à la tranche A et à la tranche B et actuellement fixé à 2 %.

Le financement du régime est à la charge exclusive de l'entreprise adhérente.

GARANTIE	TOTAL	
	TA	TB
<b>Décès</b> Décès de base Invalidité absolue et définitive Décès accidentel	0,30 %	0,30 %
<b>Incapacité de travail</b> (y compris maintien de salaire en application des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail à hauteur de 0,55 % pour la TA et 0,55 % pour la TB à la charte de l'entreprise)	1,36 %	1,35 %
<b>Invalidité</b>	0,34 %	0,34 %
<b>Maternité</b>	-	0,01 %
Total	2 %	2 %

#### E. – Suspension des garanties. – Cessation des garanties. – Contrôle médical

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance soit pour les salariés qui ne perçoivent aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'entreprise, soit par exemple pour les salariés qui sont dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-92 et suivants du code du travail ;
- congé parental d'éducation total visé aux articles L. 1225-47 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-78 et suivants du code du travail ;
- ou pour tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré ou indemnisé.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'entreprise. Elle s'achève dès sa reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'institution soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise.

Les garanties cessent dans les conditions fixées à l'article 15.B du contrat cadre d'assurance.

A titre d'exemples, les garanties cessent :

- en cas de cessation d'appartenance du salarié à la catégorie de personnel assuré ;
- en cas de radiation du salarié des effectifs de l'entreprise ou de rupture du contrat de travail quelle qu'en soit la cause  
sauf si celle-ci intervient dans le cadre faisant jouer une clause de maintien des garanties, tel que défini au titre IV  
du contrat d'assurance ;
- en cas de décès du salarié.

L'entreprise ou l'organisme assureur disposent de la possibilité de faire procéder aux visites médicales et contrôles qu'ils jugeraient utiles pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations. Le salarié est tenu de se soumettre à la contre-visite, sauf si le médecin du travail lui délivre un avis d'aptitude. En cas d'impossibilité d'effectuer le contrôle du fait du salarié, le salarié perdra le bénéfice des prestations correspondantes pour la période postérieure à la visite. »

Fait à Paris, le 2 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3114

**Convention collective nationale**

**IDCC : 959. – LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES  
EXTRA-HOSPITALIERS**

**AVENANT DU 2 DÉCEMBRE 2010  
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES NON-CADRES**

NOR : ASET1150005M  
IDCC : 959

Entre :

Le SDB ;

Le SNMB ;

Le SLBC,

D'une part, et

La FNSS CFDT ;

La CGT-FO pharmacie ;

La FNIC CGT ;

La FSS CFTC ;

La FFASS CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Le point 2 « Garanties du régime de prévoyance complémentaire » de la partie A de l'annexe I « Régime de prévoyance des non-cadres » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers est abrogé et remplacé par le nouveau point 2 suivant :

**« 2. Garanties du régime de prévoyance complémentaire**

Au titre du présent accord, les salariés bénéficiaires, tels que définis à l'article 9 du contrat d'assurance, bénéficient dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance des garanties de prévoyance complémentaire figurant au tableau synthétique ci-après sous réserve des clauses et conditions de garantie figurant dans le contrat cadre d'assurance souscrit avec l'organisme désigné. Celui-ci est joint en annexe I aux fins d'information des salariés et des entreprises sur ses conditions.

**Garanties de prévoyance complémentaire**

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement de base)
<b>Décès</b> Décès de base. – Invalidité absolue et définitive En cas de décès du participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas d'invalidité totale et permanente du participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré.  Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge  Marié ou pacsé	       130 % TA et TB  150 % TA et TB

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement de base)
Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge	150 % TA et TB
Majoration supplémentaire par personne à charge (1)	50 % TA et TB
<b>Décès accidentel</b> Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.	Capital supplémentaire égal au capital décès de base
<b>Incapacité de travail</b> Si le participant à une ancienneté (2) supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail. Si le participant à une ancienneté (2) inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 7 jours d'arrêt continu et total de travail. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.	40 % TA et 90 % TB
<b>Invalidité</b> Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.	40 % TA et 90 % TB (3)
<b>Maternité</b> En cas de maternité d'un participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.	90 % TB (traitement de base excédant le plafond de la sécurité sociale)
(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille « marié » ou « pacsé » ou bien « célibataire », « veuf ou divorcé avec personne à charge ». (2) Ancienneté dans l'entreprise adhérente. (3) Pour l'invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie, la rente versée est réduite d'un quart.	

Le présent avenant entrera en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Il est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Bien que constituant une annexe à l'accord de branche du 3 février 1978, ses dispositions peuvent être dénoncées partiellement, sans remise en cause de l'accord du 3 février 1978, ou modifiées dans le respect des règles définies à la convention collective nationale.

Fait à Paris, le 2 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3114

Convention collective nationale  
IDCC : 959. – **LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES  
EXTRA-HOSPITALIERS**

AVENANT DU 2 DÉCEMBRE 2010  
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES CADRES

NOR : ASET1150006M  
IDCC : 959

Entre :

Le SDB ;

Le SNMB ;

Le SLBC,

D'une part, et

La FNSS CFDT ;

La CGT-FO pharmacie ;

La FNIC CGT ;

La FSS CFTC ;

La FFASS CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

L'article 6.A de l'annexe IV « Régime de prévoyance des cadres et assimilés cadres » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers est partiellement abrogé (8<sup>e</sup> paragraphe et tableau de garanties) et est remplacé par les nouvelles dispositions de l'article 6.A de l'annexe IV « Régime de prévoyance des cadres et assimilés cadres ».

Dispositions annulées :

« Au titre du présent accord, les salariés bénéficiaires, tels que définis à l'article 9 du contrat d'assurance, bénéficient dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance des garanties de prévoyance complémentaire figurant au tableau synthétique ci-après, sous réserve des clauses et conditions de garanties figurant dans le contrat cadre d'assurance souscrit avec l'IPGM groupe Mornay. Celui-ci est joint en annexe I aux fins d'information des salariés et des entreprises sur ses conditions générales.

**Garanties de prévoyance complémentaire**

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement annuel de base limité à TA et TB)
<b>Décès</b> Décès de base. – Invalidité absolue et définitive En cas de décès du participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas d'invalidité totale et permanente du participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré. Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge Marié	    270 % TA et TB 300 % TA et TB

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement annuel de base limité àTA et TB)
<p>Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge</p> <p>Majoration supplémentaire par personne à charge (1)</p> <p>Décès accidentel</p> <p>Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.</p>	<p>300 % TA et TB</p> <p>90 % TA et TB</p> <p>Capital supplémentaire égal au capital décès de base</p>
<p><b>Incapacité de travail</b></p> <p>Si le participant à une ancienneté (2) supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail.</p> <p>Si le participant à une ancienneté (2) inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 10 jours d'arrêt continu et total de travail.</p> <p>En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.</p>	<p>40 % TA et 90 % TB</p>
<p><b>Invalidité</b></p> <p>Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.</p>	<p>40 % TA et 90 % TB (3)</p>
<p><b>Maternité</b></p> <p>En cas de maternité d'un participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.</p>	<p>100 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale</p>
<p>(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille « marié » ou bien « célibataire », « veuf ou divorcé avec personne à charge ».</p> <p>(2) Ancienneté dans l'entreprise adhérente.</p> <p>(3) Pour l'invalidité 1<sup>re</sup> catégorie, la rente versée est réduite d'un quart.</p>	

#### Nouvelles dispositions :

« Au titre du présent accord, les salariés bénéficiaires, tels que définis à l'article 9 du contrat d'assurance, bénéficient dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance des garanties de prévoyance complémentaire figurant au tableau synthétique ci-après, sous réserve des clauses et conditions de garanties figurant dans le contrat cadre d'assurance souscrit avec l'organisme désigné. Celui-ci est joint en annexe I aux fins d'information des salariés et des entreprises sur ses conditions générales. »

#### Garanties de prévoyance complémentaire

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement annuel de base limité àTA et TB)
<p><b>Décès</b></p> <p>Décès de base. – Invalidité absolue et définitive</p> <p>En cas de décès du participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille.</p> <p>En cas d'invalidité totale et permanente du participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré.</p> <p>Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge</p> <p>Marié ou pacsé</p> <p>Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge</p> <p>Majoration supplémentaire par personne à charge (1)</p> <p>Décès accidentel</p> <p>Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.</p>	<p>270 % TA et TB</p> <p>300 % TA et TB</p> <p>300 % TA et TB</p> <p>90 % TA et TB</p> <p>Capital supplémentaire égal au capital décès de base</p>



GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement annuel de base limité àTA et TB)
<b>Incapacité de travail</b> Si le participant à une ancienneté (2) supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail. Si le participant à une ancienneté (2) inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 7 jours d'arrêt continu et total de travail. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.	40 % TA et 90 % TB
<b>Invalidité</b> Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.	40 % TA et 90 % TB (3)
<b>Maternité</b> En cas de maternité d'un participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.	100 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille « marié » ou « pacsé » ou bien « célibataire », « veuf ou divorcé avec personne à charge ». (2) Ancienneté dans l'entreprise adhérente. (3) Pour l'invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie, la rente versée est réduite d'un quart.	

Le présent avenant entrera en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Il est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Bien que constituant une annexe à l'accord de branche du 3 février 1978, ses dispositions peuvent être dénoncées partiellement, sans remise en cause de l'accord du 3 février 1978, ou modifiées dans le respect des règles définies à la convention collective nationale.

Fait à Paris, le 2 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3114

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 959. – LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES**  
**EXTRA-HOSPITALIERS**

AVENANT DU 2 DÉCEMBRE 2010  
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES CADRES ET ASSIMILÉS

NOR : ASET1150003M  
IDCC : 959

PRÉAMBULE

Les organisations professionnelles d'employeurs et les syndicats de salariés relevant de la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers du 3 février 1978 se sont réunis afin de modifier l'article 6 dans ses points A, B, et D de l'annexe IV « Régime de prévoyance des cadres et assimilés cadres » au 1<sup>er</sup> janvier 1997 de la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers.

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

*Entrée en vigueur. – Dépôt. – Extension*

Le présent avenant entrera en vigueur à partir du premier jour suivant la date de la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension. Il est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Bien que constituant une annexe à l'accord de branche du 3 février 1978, ses dispositions peuvent être dénoncées partiellement, sans remise en cause de l'accord du 3 février 1978, ou modifiées dans le respect des règles définies à la convention collective nationale.

**Article 2**

*Cadre juridique*

Le présent avenant est conclu dans le cadre des articles L. 2221-1 et suivants du code du travail et des articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

**Article 3**

*Modifications de l'article 6 dans ses points A, B et D de l'annexe IV*

L'article 6, points A, B et D, de l'annexe IV est modifié comme suit. L'article 6, point C, n'est pas modifié.

Nouveau texte :

« Article 6.A

Le régime obligatoire de prévoyance est conclu dans le cadre de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 83-1<sup>o</sup> *quater* du code général des impôts ; il est généralisé à tout le personnel cadre et assimilé au sens de la présente convention collective des entreprises visées au champ d'application de la convention collective (quelle que soit la nature du contrat, et même si le contrat de travail est suspendu, tout salarié cadre et assimilé inscrit à l'effectif de l'entreprise étant concerné).

L'adhésion des entreprises au régime professionnel et l'affiliation des salariés ont un caractère obligatoire et résulte du présent avenant.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective adhérant à un organisme de leur choix doivent s'assurer que les garanties soient au moins égales à celles définies à la convention du régime de prévoyance de branche (annexée au présent accord).

Afin d'assurer la mutualisation des risques, les parties au présent accord ont choisi en qualité d'organisme assureur désigné l'IPGM groupe Mornay.

L'IPGM constitue un comité de gestion comprenant, d'une part, les représentants des participants et des adhérents en nombre égal et, d'autre part, ceux de l'IPGM. Son fonctionnement est déterminé par un règlement intérieur particulier. Il reçoit de l'IPGM tous renseignements statistiques compatibles avec une saine gestion. Il est habilité à prendre les dispositions nécessaires à la constitution d'un fonds social.

Les entreprises employant des salariés cadres et assimilés relevant de la convention collective sont tenues d'adhérer à l'IPGM groupe Mornay, et d'y affilier la totalité de leurs salariés cadres et assimilés cadres régulièrement affiliés au régime général de sécurité sociale. Ces adhésions ont un caractère obligatoire à compter de la date d'entrée en application du présent accord de branche sous réserve des dispositions de l'article 6 point C.

Les partenaires sociaux rappellent les niveaux de responsabilité et de technicité des emplois des catégories cadres et assimilés et qui justifient les niveaux des contributions patronales instaurées.

Au titre du présent accord, les salariés bénéficiaires, tels que définis à l'article 9 du contrat d'assurance, bénéficient dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance des garanties de prévoyance complémentaire figurant au tableau synthétique ci-après, sous réserve des clauses et conditions de garanties figurant dans le contrat cadre d'assurance souscrit avec l'IPGM groupe Mornay. Celui-ci est joint en annexe I aux fins d'information des salariés et des entreprises sur ses conditions générales.

### Garanties de prévoyance complémentaire

GARANTIE	NIVEAU DES PRESTATIONS (en % du traitement annuel de base limité à TA et TB)
<b>Décès</b> Décès de base. – Invalidité absolue et définitive En cas de décès du participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas d'invalidité totale et permanente du participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré. Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge Marié Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge Majoration supplémentaire par personne à charge (1) Décès accidentel Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.	270 % TA et TB 300 % TA et TB 300 % TA et TB 90 % TA et TB Capital supplémentaire égal au capital décès de base
<b>Incapacité de travail</b> Si le participant à une ancienneté (2) supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail. Si le participant à une ancienneté (2) inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 10 jours d'arrêt continu et total de travail. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.	40 % TA et 90 % TB
<b>Invalidité</b> Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.	40 % TA et 90 % TB (3)
<b>Maternité</b> En cas de maternité d'un participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.	100 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille « marié » ou bien « célibataire », « veuf ou divorcé avec personne à charge ». (2) Ancienneté dans l'entreprise adhérente. (3) Pour l'invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie, la rente versée est réduite d'un quart.	

## Article 6.B

Les cotisations du risque décès ou IAD (invalidité absolue et définitive) sur la tranche A sont à la charge exclusive de l'entreprise. Les autres cotisations sont réparties à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Les taux de cotisations calculées sur le salaire brut au sens du droit de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

- tranche A : 2,14 % pour la part employeur et 0,36 % pour la part salarié ;
- tranche B : 2,26 % pour la part employeur et 1,34 % pour la part salarié.

### Garantie et niveau des prestations

GARANTIE	TOTAL		PART EMPLOYEUR		PART SALARIALE	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<b>Décès</b> Décès de base Invalidité absolue et définitive Décès accidentel	1,50 %	1,30 %	1,50 %	0,78 %	-	0,52 %
<b>Incapacité de travail</b> (y compris maintien de salaire en application des dispositions de l'article L.1226-1 du code du travail à hauteur de 0,09 % pour la TA et 0,26 % pour la TB à la charge de l'entreprise).	0,66 %	1,25 %	0,43 %	0,85 %	0,23 %	0,40 %
<b>Invalidité</b>	0,28 %	0,62 %	0,17 %	0,37 %	0,11 %	0,25 %
<b>Maternité</b>	0,06 %	0,43 %	0,04 %	0,26 %	0,02 %	0,17 %
Total	2,50 %	3,60 %	2,14 %	2,26 %	0,36 %	1,34 %

### Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les conditions définies au contrat cadre d'assurance soit pour les salariés qui ne perçoivent aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'entreprise, soit par exemple pour les salariés qui sont dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-92 et suivants du code du travail ;
- congé parental d'éducation total visé aux articles L. 1225-47 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-78 et suivants du code du travail ;
- ou pour tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré ou indemnisé.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'entreprise. Elle s'achève dès sa reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'institution soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise.

### Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les conditions fixées à l'article 15.B du contrat cadre d'assurance.

A titre d'exemples, les garanties cessent :

- en cas de cessation d'appartenance du salarié à la catégorie de personnel assuré ;
- en cas de radiation du salarié des effectifs de l'entreprise ou de rupture du contrat de travail quelle qu'en soit la cause sauf si celle-ci intervient dans le cadre faisant jouer une clause de maintien des garanties, tel que défini au titre IV du contrat d'assurance ;
- en cas de décès du salarié.

### Contrôle médical

L'entreprise ou l'organisme assureur disposent de la possibilité de faire procéder aux visites médicales et contrôles qu'ils jugeraient utiles pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations. Le salarié est tenu de se soumettre à la contre-visite, sauf si le médecin du travail lui délivre un avis d'aptitude. En cas d'impossibilité d'effectuer le contrôle du fait du salarié, le salarié perdra le bénéfice des prestations correspondantes pour la période postérieure à la visite.

## Article 6.D

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur fera l'objet d'un réexamen au plus tard tous les 5 ans.

Les partenaires sociaux devront réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné et se réuniront à cette fin au plus tard 6 mois avant l'échéance qui précédera le délai susvisé de 5 ans en vue de procéder à une analyse comparative.

Il est convenu qu'un ou plusieurs organismes gestionnaires pourront être sollicités pour la gestion de tout ou partie des régimes conventionnels.

La commission paritaire de la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers entendra annuellement le rapport du comité de gestion des régimes de prévoyance des salariés non cadres et cadres auprès de l'institution de prévoyance groupe Mornay (IPGM), gestionnaire en place des régimes de prévoyance des salariés non cadres et cadres. Ce rapport détaille et regroupe les comptes de résultats de l'organisme désigné ainsi que les mécanismes de la mutualisation sur la période écoulée et les perspectives d'évolution du régime. A l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans l'organisation de la mutualisation qu'il instaure.

En référence à l'avenant du 30 janvier 2008 concernant le régime de prévoyance, la commission paritaire décide de prolonger la désignation de l'IPGM, gestionnaire en place du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés cadres jusqu'au 31 décembre 2012. »

Fait à Paris, le 2 décembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

SDB ;  
SNMB ;  
SLBC.

**Syndicats de salariés :**

FNSS CFDT ;  
FO pharmacie ;  
FNIC CGT ;  
FSS CFTC ;  
FFASS CGC.

Brochure n° 3115

**Convention collective nationale**

**IDCC : 2335. – PERSONNELS DES AGENCES  
GÉNÉRALES D'ASSURANCES**

**AVENANT N° 10 DU 8 DÉCEMBRE 2010**  
**RELATIF AUX SALAIRES MINIMA ANNUELS AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011**

NOR : ASET1150015M  
IDCC : 2335

Entre :

L'AGEA,

D'une part, et

La FS CFDT ;

Le SNCAMCCAA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

*Barème des salaires minima annuels bruts relevant de l'annexe I*

Les partenaires sociaux, réunis en commission paritaire nationale sociale, ont décidé, après avoir négocié, de réévaluer le barème des salaires minima annuels bruts figurant à l'annexe I.

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le nouveau barème des salaires minima annuels bruts est le suivant :

Base : 151,67 heures.

*(En euros.)*

CLASSE	MONTANT
1	16 516
2	17 783
3	19 350
4	21 809
5	25 724
6	33 551

**Article 2**

*Suppression des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes*

1. Il est rappelé que les employeurs sont tenus d'assurer, pour un même travail ou pour un travail de valeur égale, l'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes.

Le barème des salaires minima annuels bruts fixé à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est conforme à ce principe et ne peut conduire à des différences de traitement entre les femmes et les hommes.

2. Au sein de chaque agence, les employeurs s'attacheront à vérifier qu'il n'existe pas d'écarts de rémunération non justifiés entre les femmes et les hommes.

Si tel n'est pas le cas, ils mettront en œuvre toutes les mesures utiles pour remédier à ces disparités salariales, et notamment celles prescrites par l'accord de branche relatif à l'égalité salariale hommes-femmes du 18 novembre 2008.

Fait à Paris, le 8 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3232

**Convention collective nationale**

IDCC : 1606. – **BRICOLAGE**  
**(Vente au détail en libre-service)**

ACCORD DU 17 DÉCEMBRE 2010

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1150009M  
IDCC : 1606

Entre :

La FMB,

D'une part, et

La CSFV CFTC ;

La FS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires, constatant la diversité des entreprises relevant de la convention collective nationale du bricolage, ont été désireuses d'améliorer la protection sociale complémentaire des salariés instituée par un accord national conclu le 4 décembre 1989 et complétée par l'avenant du 25 octobre 1994.

Le présent accord se substitue à l'accord du 4 décembre 1989 et à son avenant du 25 octobre 1994 modifiant et complétant la convention collective du bricolage portant sur la prévoyance.

TITRE I<sup>ER</sup>

**PERSONNEL CADRE**

Bénéficiaires

Tous les salariés cadres, au sens des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale du 14 mars 1947, sans condition d'ancienneté.

Garanties

L'entreprise demeure libre de souscrire auprès de l'organisme assureur de son choix un régime de prévoyance qu'elle aura négocié au niveau de son entreprise, toutefois celui-ci devra être de même construction que le régime conventionnel des salariés non cadres à savoir un régime à option prévoyant des garanties :

- décès toutes causes ;
- rente éducation ;
- frais d'obsèques ;
- incapacité de travail ;
- invalidité.

Taux de cotisation

Chaque entreprise adhèrera pour son personnel cadre à un régime de prévoyance pour une cotisation minimale de 1,70 % de la tranche A des rémunérations et 0,32 % sur la tranche B.

Répartition des taux de cotisation

Sauf dispositions globalement plus favorables pour les salariés prévues au niveau de l'entreprise, la répartition de la cotisation est la suivante :

- sur tranche A : 1,60 % à la charge de l'employeur et 0,10 % à la charge du salarié ;
- sur tranche B : 0,16 % à la charge de l'employeur et 0,16 % à la charge du salarié.



Les cotisations correspondant à la part des salariés feront l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur les salaires. Le taux de cotisation est identique pour tous les salariés relevant des catégories définies à l'alinéa ci-dessus relatif aux bénéficiaires.

## TITRE II

### PERSONNEL NON CADRE

La finalité poursuivie consiste à faire bénéficier l'ensemble du personnel non cadre des entreprises adhérentes à la fédération des magasins de bricolage et de l'aménagement de la maison, d'un régime incapacité, invalidité et décès de bon niveau, à un coût optimisé, tout en veillant aux intérêts des anciens salariés de ces entreprises en cas de rupture de leur contrat de travail.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un dispositif pérenne et responsable, qui a vocation à présenter des résultats équilibrés, avec des modalités permettant aux partenaires sociaux d'en assurer le pilotage rigoureux.

Dans ce cadre, l'accord a pour objectifs :

- de garantir l'ensemble des salariés non cadres avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier du régime ;
- de renforcer la solidarité entre les salariés dans le cadre d'un régime mutualisé auprès de deux organismes d'assurance, tout en tenant compte des situations particulières de certaines entreprises adhérentes ;
- d'assurer le suivi de l'équilibre du régime par la consolidation technique des résultats des deux organismes assureurs ;
- de permettre la prise en compte des nouvelles dispositions apportées par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008.

En outre, la mise en place d'un tel régime professionnel participe d'une politique de recrutement et de fidélisation des salariés, et contribue à favoriser la mobilité dans le secteur professionnel par l'harmonisation des garanties offertes.

Pour ce faire, les négociations engagées entre le syndicat patronal et les organisations syndicales représentatives du personnel en vue d'assurer une couverture complémentaire collective obligatoire en matière de prévoyance ont abouti aux dispositions du présent accord qui viennent se substituer à toutes les dispositions de l'accord 4 décembre 1989 et de son avenant du 25 octobre 1994.

En signant cet accord, les partenaires sociaux ont voulu créer une dynamique de progrès dans la profession en adoptant un dispositif organisant la solidarité entre tous les salariés non cadres des entreprises concernées afin de permettre à chacun d'avoir accès à des garanties qui répondent tant aux risques du secteur qu'à ses particularités démographiques, de bénéficier des actions sociales de l'organisme gestionnaire et de favoriser le bien-être physique et moral des salariés de la profession et de leur famille.

Afin d'organiser les modalités ayant trait aux mécanismes de solidarité du régime de prévoyance définis par le présent accord, les organisations signataires de la convention collective nationale décident et conviennent des dispositions qui suivent et qui ont vocation à modifier en conséquence la convention collective nationale du bricolage.

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

##### *Objet*

Le présent accord a pour objet d'instituer, dans le cadre de l'article 83-1<sup>o</sup> *quater* du code général des impôts, la mise en place d'un nouveau régime minimum obligatoire de prévoyance complémentaire au plan national à tout le personnel non cadre exerçant une activité et inscrit à l'effectif des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective nationale du bricolage.

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime complémentaire de prévoyance dans les entreprises en relevant et de leurs établissements, y compris ceux qui ont mis en œuvre, antérieurement au présent accord, un régime à caractère obligatoire. Le régime sera ainsi mis en place dans l'entreprise par l'un des trois modes prévus par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et confié à (ou aux) l'organisme(s) d'assurance dès la signature par l'entreprise du bulletin d'adhésion, et ce en application de la convention d'assurance.

#### Article 2

##### *Champ d'application*

Adhèrent obligatoirement au régime collectif de prévoyance complémentaire les salariés relevant de la catégorie de personnel suivante : l'ensemble des salariés non cadres relevant de la convention collective nationale du bricolage et inscrits à l'effectif de l'entreprise au jour de la mise en œuvre du régime de prévoyance. La notion de salarié inscrit à l'effectif comprend tous les salariés présents au travail ou en arrêt pour cause de maladie, maternité ou accident et dont le contrat de travail n'est pas rompu au jour de l'entrée en vigueur du régime de prévoyance.

Les garanties prévues par le présent accord s'appliquent à l'ensemble des salariés non cadres, liés par un contrat de travail quelle que soit sa forme et sans condition d'ancienneté aux entreprises relevant de la convention collective nationale du bricolage.

Cet accord permet à l'ensemble des salariés visés ci-dessus d'avoir accès aux œuvres sociales et services de l'organisme assureur.

### Article 3

#### *Date d'effet et durée*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet pour les entreprises adhérentes de la fédération des magasins de bricolage et de l'aménagement de la maison dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Pour les entreprises non adhérentes à l'organisation patronale signataire, il entre en application au premier jour du mois qui suit l'arrêté d'extension.

### Article 4

#### *Cadre juridique*

Le présent accord est conclu dans le cadre des articles L. 2231-1 et suivants du livre I<sup>er</sup> du code du travail et est conforme notamment aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail. Il pourra par la suite être révisé selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code. Le régime de prévoyance est un régime à adhésion obligatoire pour le salarié. L'adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

### Article 5

#### *Application et sollicitation d'extension*

Les dispositions du présent accord s'intègrent autant que de besoin à la convention collective nationale. Pour une parfaite lecture, est annexée au présent accord la convention d'assurance qui s'y intègre. Les signataires soumettent le présent accord et la convention d'assurance à la procédure d'extension.

### Article 6

#### *Garanties du régime de prévoyance complémentaire*

##### 6.1. Tableau des garanties du régime de prévoyance complémentaire

Au titre du présent accord, les salariés de la catégorie de personnel définie à l'article 2 bénéficient des garanties de prévoyance complémentaire suivantes :

GARANTIES	OPTION 1	OPTION 2
L'option est au choix du bénéficiaire		
<b>Capital décès toutes causes</b>		
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge	75 % TA et TB	75 % TA et TB
Marié, pacsé, vie maritale sans enfant à charge	100 % TA et TB	100 % TA et TB
Célibataire, veuf, divorcé avec 1 enfant à charge	150 % TA et TB	75 % TA et TB
Marié, pacsé, vie maritale avec 1 enfant à charge	150 % TA et TB	75 % TA et TB
Majoration par enfant à charge supplémentaire	50 % TA et TB	-
<b>Rente éducation OCIRP</b>		
Enfant à charge de moins de 12 ans	-	5 % TA et TB
Enfant à charge de 12 à 17 ans	-	10 % TA et TB
Enfant à charge de 18 à 25 ans si étudiant(e)	-	15 % TA et TB
Enfant orphelin de père et de mère		Le montant des rentes doublé
<b>Double effet</b>	100 % capital	100 % capital
<b>Allocation frais d'obsèques</b> (décès salarié, conjoint, enfant à charge)	100 % PMSS	100 % PMSS
<b>Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes</b>	Capital par anticipation	Capital par anticipation
<b>Incapacité temporaire</b>		
Franchise fixe	90 jours	90 jours
Indemnités journalières en complément de la sécurité sociale	25 % TA et TB	25 % TA et TB

GARANTIES	OPTION 1	OPTION 2
<b>Invalidité et incapacité permanente</b>		
1 <sup>re</sup> catégorie	25 % TA et TB	25 % TA et TB
2 <sup>e</sup> catégorie	25 % TA et TB	25 % TA et TB
3 <sup>e</sup> catégorie (sans déduction majoration de la sécurité sociale)	25 % TA et TB	25 % TA et TB

Les conditions de mise en œuvre de ces garanties sont explicitées dans la convention d'assurance annexée dès sa signature au présent accord. Dans ce même document contractuel est organisé le bénéfice des garanties incapacité, invalidité et décès pour les personnes en arrêt de travail au moment de la prise d'effet du contrat de prévoyance.

## 6.2. Définition des garanties

### 6.2.1. Capital décès

#### a) Définition

En cas de décès du participant, et sauf exclusions prévues par la convention d'assurance annexée au présent accord, l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est fixé dans le tableau prévu à l'article 6.1 du présent accord.

#### b) Définition des bénéficiaires

Le capital décès toutes causes est versé :

- par parts égales, au(x) conjoint(s) comme défini à l'article 6.3.1 du présent accord, tels que définis à la convention d'assurance annexée au présent accord, non séparé(s) judiciairement ;
- à défaut, par parts égales, aux enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès du participant ;
- à défaut, par parts égales, aux parents du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales aux grands-parents ;
- et enfin, à défaut aux héritiers du participant à proportion de leurs parts héréditaires.

A toute époque, le salarié a la faculté de faire une désignation différente par lettre adressée à l'assureur. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le salarié, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par le salarié, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent.

### 6.2.2. Rente éducation

En cas de décès du salarié, il peut être versé pour chaque enfant restant à charge à la date du décès une rente dont le montant est visé à l'article 6.1. La rente est versée trimestriellement à terme échu à compter du premier jour du mois civil suivant le décès du salarié.

Elle est versée au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande. La majoration pour rente progressive intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Le service de la rente cesse le dernier jour du trimestre civil :

- au cours duquel l'enfant n'est plus à charge au sens de l'article 6.3.2 ;
- du décès du bénéficiaire, sans prorata d'arrérages au décès.

### 6.2.3. Capital double effet

Lorsque le conjoint comme défini à l'article 6.3.1 du présent accord tel que défini ci-dessous survit au salarié et décède au plus tard à l'issue de 2 années suivant le décès du salarié, l'assureur verse, par parts égales aux enfants encore à charge dudit conjoint au jour de ce second décès, un capital identique au capital prévu à l'article 6.1 du présent accord.

### 6.2.4. Allocations frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de décès de son époux(se) non séparé(e) de corps judiciairement, de son partenaire de Pacs, de son concubin notoire ou de l'un de ses enfants à charge, l'assureur verse une allocation forfaitaire dont le montant est égal à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Cette allocation est versée, à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur justificatifs.

### 6.2.5. Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie d'un salarié, l'assureur garantit le versement du capital décès au salarié dans les conditions décrites par la convention d'assurance annexée au présent accord. Le salarié est considéré comme tel s'il se trouve dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'il doit avoir recours à l'assistance d'une personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie capital décès du salarié. La garantie décrite dans cet article cesse à la date de résiliation de l'adhésion et au plus tard à la date d'attribution de la pension vieillesse du régime obligatoire au salarié.

#### 6.2.6. Incapacité temporaire

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale le salarié qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie ouvrant droit au versement des indemnités journalières de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles. Dans ce cas, dès l'expiration du délai de franchise fixé à l'article 6.1 l'assureur verse une indemnité journalière dont le montant est prévu dans le tableau ci-dessus.

Seuls sont garantis par l'assureur les arrêts de travail dont la date est constatée au cours de la période de garantie. Après la résiliation du contrat, tout nouvel arrêt de travail n'est pas garanti par l'assureur sauf dans les cas de portabilité définis à l'article 13 du présent accord.

Cette prestation est versée à l'entreprise si le salarié fait encore partie de l'effectif ou directement à ce dernier en cas de rupture du contrat de travail.

Le service des prestations, au titre de la garantie incapacité temporaire totale, cesse :

- dès que le salarié cesse de percevoir des indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- à la reprise d'activité du salarié ;
- à la date d'attribution d'une rente d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de la sécurité sociale ;
- au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

#### 6.2.7. Invalidité et incapacité permanente

Sous réserve du contrôle médical prévu par la convention d'assurance et lorsque le salarié bénéficie de la part de la sécurité sociale d'une pension au titre de l'assurance invalidité (salarié classé dans les 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> groupes d'invalides), l'assureur verse une prestation telle que prévue dans le tableau visé à l'article 6.1 du présent accord.

La prestation de l'assureur cesse :

- à la date du décès du salarié, sans prorata d'arrérages au décès ;
- à la date où le salarié cesse de percevoir une rente d'invalidité de la sécurité sociale ;
- en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse.

En cas de modification de la catégorie ou du taux d'invalidité reconnu par la sécurité sociale, l'allocation versée par l'assureur est modifiée à partir de la même date. En application de l'article 2 de la loi Evin, l'assureur prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la date d'affiliation du salarié, étant entendu que l'invalidité permanente du salarié doit résulter de son arrêt de travail au titre de l'incapacité.

#### 6.2.8. Maintien de la garantie décès

En application de l'article 7-1 de la loi Evin, la garantie décès est maintenue lors de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat au bénéfice du salarié en invalidité ou en incapacité bénéficiant de prestations au titre d'un régime de sécurité sociale de base. En cas d'incapacité de travail, le maintien lui est dû jusqu'au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt et en tout état de cause au plus tard à la date de liquidation de sa pension vieillesse due par les régimes obligatoires. En cas d'invalidité, l'assureur lui assure le maintien de la garantie décès jusqu'à la date de liquidation de sa pension vieillesse.

#### 6.2.9. Exclusions communes et spécifiques à toutes les garanties

Pour l'ensemble des garanties, les organismes assureurs ne couvrent pas les sinistres résultant :

- d'un fait volontaire du salarié ou du bénéficiaire de la garantie, hormis le suicide ;
- de la navigation aérienne lorsque le salarié se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité valide ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valide ou ayant une licence périmée pour l'appareil utilisé ;
- de la participation active du salarié à une guerre civile ou étrangère, à une insurrection, à une émeute, à un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, à une rixe sauf cas de légitime défense ;
- des risques résultant d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux ci proviennent de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle des particules ;
- de cataclysme ou de tremblement de terre.

Pour la garantie arrêt de travail, Réunica Prévoyance ne couvre pas les sinistres résultant :

- de la pratique par le salarié de tout sport à titre professionnel ;
- de sa participation à des tentatives de records ;
- de la pratique des sports et activités suivantes : deltaplane, parapente, parachutisme de loisir, ULM, saut à l'élastique, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques.

#### 6.2.10. Information des salariés

L'entreprise reçoit des organismes assureurs une notice d'information sur la convention d'assurance en annexe, laquelle définit les garanties souscrites ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'entreprise est tenue de remettre cette notice à chaque salarié. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des salariés, l'entreprise est également tenue d'informer chaque

salarié en lui remettant une nouvelle notice ou un avenant à la précédente, établi à cet effet par les organismes assureurs. La preuve de la remise de la notice au salarié et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'entreprise.

### 6.3. Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du régime de prévoyance, à compter de sa date d'effet, sous réserve des dispositions de l'article 2, tous les salariés non cadres (employés, agents de maîtrise) sans condition d'ancienneté.

#### 6.3.1. Définition du conjoint

Le conjoint est défini comme étant soit la personne mariée au salarié non séparée de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation, soit le partenaire du salarié lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement donnant lieu à prestations.

Pour la dévolution du capital décès selon la désignation par défaut prévue dans la convention d'assurance, le concubin notoire, même nommément déclaré à l'assureur, ne peut pas être assimilé au conjoint.

Par conséquent, si le salarié souhaite affecter le bénéfice du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation particulière à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et fourni par l'assureur.

#### 6.3.2. Définition de l'enfant à charge

Lorsque les garanties prennent en compte les enfants à charge au moment du décès du salarié, sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, dans les cas suivants :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du salarié les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, et sous condition soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou de plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26<sup>e</sup> anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent participant. En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être également à la charge du bénéficiaire.

### 6.4. Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des cotisations et des prestations est égal à la rémunération brute (tranches A et B) perçue au cours des 12 mois précédant, à l'exclusion des indemnités versées au départ du salarié de l'entreprise et ayant servi d'assiette au calcul des cotisations au cours des 12 mois civils ayant précédé la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Les tranches de salaires se définissent comme suit :

- tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche B : fraction comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Si moins de 12 mois se sont écoulés entre la date d'entrée du salarié dans l'entreprise et la date de l'événement ouvrant droit à prestations, la base des garanties est calculée d'après le salaire mensuel de référence multiplié par 12 majoré des éléments de rémunération variables perçus et ayant donné lieu à cotisations.

Si le salarié ne comptabilise pas 12 mois de présence à la date du sinistre, son salaire de référence est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés aux organismes sociaux. Lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie fait suite à une période d'arrêt de travail, le salaire de référence à retenir est celui précédant la date de l'arrêt de travail initial. Pour les salariés dont les conditions d'emploi impliquent la perception d'une rémunération d'un montant irrégulier, l'assureur, organisme gestionnaire, est fondé après examen de la situation à se référer au montant

global des rémunérations fixes et variables perçues au cours des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'incapacité de travail et ayant donné lieu à cotisations au cours de cette même période.

#### 6.5. Revalorisation des prestations

Sont revalorisables les rentes éducation, les prestations d'incapacité temporaire totale, les rentes d'invalidité permanente et d'incapacité permanente. Les taux de revalorisation sont déterminés chaque année par les conseils d'administration de chaque organisme assureur.

Ces revalorisations prennent effet le premier jour du mois suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations servies par l'assureur, à savoir :

- l'arrêt de travail dans le cas de prestations servies au titre de la garantie incapacité temporaire totale ou invalidité permanente et incapacité permanente ;
- la mise en invalidité permanente ou en incapacité permanente si celle-ci n'a pas été précédée d'une période d'incapacité temporaire totale ;
- le décès du participant dans le cas des prestations rente éducation et rentes de conjoint.

En cas de résiliation du présent contrat, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date et ne seront plus revalorisées dans l'avenir par l'assureur.

#### 6.6. Répartition du taux de cotisation et assiette

Sauf dispositions globalement plus favorables pour les salariés prévues au niveau de l'entreprise, le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

La contribution de l'employeur au régime n'obère en aucun cas la négociation salariale conduite par ailleurs dans l'entreprise. L'assiette des cotisations est constituée par le salaire brut d'activité, y compris l'allocation vacances, la gratification annuelle et tout autre élément de rémunération ayant le caractère de salaire soumis à cotisations sociales.

Le taux de cotisation est identique pour tous les salariés relevant de la catégorie de personnel définie par le présent accord, afin de réaliser une parfaite mutualisation du risque et d'instituer une réelle solidarité entre les bénéficiaires du régime. L'évolution ultérieure de la cotisation, tant dans son montant que dans son assiette, relève de la négociation et de décision paritaire avec les représentants de l'organisme assureur.

La participation obligatoire des employeurs relevant de la convention collective se substitue, à compter de la date de mise en place du régime faisant l'objet du présent accord, à toutes les formes de participation de même nature, directe ou indirecte, aux organismes d'assurance proposant des garanties ayant le même objet que celles rendues obligatoires par l'application du présent accord.

#### 6.7. Taux de cotisation

Lorsque l'entreprise adhère auprès de l'assureur, la cotisation globale destinée au financement de ce régime, à sa gestion et à son pilotage est fixée à 0,67 % du salaire de référence (art. 6.4). Dans le cas contraire, et dans l'hypothèse où l'entreprise adhère pour des garanties strictement identiques à celles prévues dans le présent accord à un autre organisme assureur que celui choisi ci-dessus, la cotisation due par le salarié ne peut être supérieure à 50 % du taux de cotisation défini au paragraphe précédent.

### Article 7

#### *Mutualisation du régime*

##### 7.1. Périmètre de la mutualisation du régime

Les signataires ont recherché pour les salariés non cadres les meilleures conditions dans l'établissement d'un régime fondé sur la solidarité professionnelle, tout en considérant que seules les entreprises adhérentes auprès de l'organisme désigné par l'accord du 4 décembre 1989 et l'avenant du 25 octobre 1994 ont pour obligation d'y adhérer au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Afin d'assurer cette mutualisation des risques, les parties au présent accord ont désigné, en qualité d'organismes assureurs des garanties, Réunica Prévoyance pour les garanties d'incapacité, invalidité, décès et l'OCIRP pour la rente éducation, institutions de prévoyance relevant de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises employant des salariés non cadres et adhérentes auprès de l'organisme désigné par l'accord du 4 décembre 1989 et l'avenant du 25 octobre 1994 relevant de la convention collective nationale du bricolage et du régime qu'elle instaure sont tenues d'affilier aux organismes désignés ci-dessus la totalité de leurs salariés régulièrement affiliés au régime général de sécurité sociale ou au régime Alsace-Moselle de sécurité sociale. Ces affiliations ont un caractère obligatoire à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord de branche.

Cette solidarité professionnelle s'exprime plus particulièrement au travers :

- d'une définition unique des garanties et du coût des cotisations permettant à tous les salariés non cadres de bénéficier d'une couverture équivalente au même coût ;
- d'une mutualisation des risques au niveau national. Cette mutualisation est réalisée par l'adhésion des salariés non cadres auprès des organismes désignés ;
- d'une mutualisation financière établie par la constitution d'un compte de résultats pour la profession ;

- de la création d’une commission paritaire de suivi du régime ;
- de la mise à disposition par les assureurs de fonds sociaux favorisant des actions d’aides sociales.

## 7.2. Mise en œuvre du régime conventionnel

7.2.1. Les entreprises ne disposant d’aucun régime de prévoyance seront tenus d’affilier leurs salariés, auprès de l’organisme assureur de branche choisi, dès l’entrée en vigueur de l’accord.

7.2.2. Les entreprises ou le groupe auquel elles appartiennent disposant déjà, antérieurement à la date de mise en place du présent accord instituant le nouveau régime conventionnel, d’un régime de prévoyance dont au moins une garantie est inférieure aux dispositions prévues devront :

- soit résilier leur contrat dans un délai maximum de 1 an afin d’affilier leurs salariés auprès de l’organisme assureur choisi ;
- soit mettre en conformité leurs contrats avec les clauses du régime conventionnel. Elles disposeront d’un délai maximum de 6 mois à compter de la date d’effet de l’accord.

7.2.3. De la même façon, en cas de création de filiale, de sociétés sœurs appartenant à un groupe, d’acquisition ou de fusion de société, les entreprises ayant un lien économique ou social avec une entreprise ou un groupe notamment, entrant nouvellement dans le champ d’application de l’accord pourront affilier leurs salariés, après avoir consulté leurs institutions représentatives du personnel si elles existent :

- soit auprès de l’organisme assureur choisi ;
- soit auprès de l’organisme assureur retenu par l’entreprise ou groupe avec lequel elles ont un lien.

7.2.4. Les entreprises ou le groupe auquel elles appartiennent disposant déjà, antérieurement à la prise d’effet du présent accord, d’un régime de prévoyance dont les garanties sont risque par risque égales ou supérieures aux dispositions prévues pourront maintenir leurs contrats.

Les entreprises n’ayant pas affilié leurs personnels auprès de l’organisme assureur choisi, amenées à renégocier leurs contrats prévoyance, devront obligatoirement saisir dans leur appel d’offres l’organisme assureur choisi pour gérer le régime conventionnel.

## Article 8

### *Gestion de la mutualisation par l’assureur*

Le double objectif de mutualisation et de qualité de service impose que tous les salariés bénéficient des mêmes conditions de garantie et de financement, ce qui suppose que les assureurs qui participent à la mutualisation s’engagent à la constitution d’un compte consolidé « actifs » et d’un compte consolidé « anciens salariés » entre les deux assureurs de telle sorte qu’il y ait une compensation « professionnelle » des résultats pour chacun de ces comptes, telle que définie dans le protocole de comptes rédigé par l’assureur.

## Article 9

### *Reprise des passifs*

Compte tenu de la mutualisation opérée pour les entreprises dans le cadre du régime de prévoyance de la convention collective nationale des magasins de bricolage et l’aménagement de la maison, il est prévu la possibilité de faire prendre en charge, par les organismes désignés, les risques en cours sous réserve des limites définies ci-après.

## Article 9.1

### *Modalités et prise en charge*

L’entreprise adhérente doit déclarer aux organismes assureurs :

- les salariés inscrits aux registres de l’entreprise qui, à la date de la signature du bulletin d’adhésion proposé par les organismes assureurs, bénéficient d’indemnités journalières, de rentes d’incapacité ou d’invalidité versées par la sécurité sociale ;
- les salariés et anciens salariés qui, à la date de la signature du bulletin d’adhésion proposé par les organismes assureurs, bénéficient de prestations incapacité ou invalidité complémentaires à la sécurité sociale au titre d’un précédent contrat de prévoyance souscrit antérieurement par l’entreprise adhérente.

Cette déclaration a pour objet de permettre aux organismes assureurs d’organiser, conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 afférente à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, la prise en charge des risques en cours tels que définis ci-dessus et identifiés par l’entreprise adhérente.

Les modalités de cette prise en charge sont décrites ci-après.

## Article 9.2

### *Entreprises non dotées d’un contrat de prévoyance antérieurement à leur adhésion au présent accord*

Si l’entreprise adhérente ne dispose pas d’un précédent contrat de prévoyance complémentaire, les organismes assureurs désignés procèdent, d’une part, à la prise en charge intégrale des prestations complémentaires incapacité, invalidité

ainsi que leur revalorisation et, d'autre part, à la prise en charge intégrale des garanties décès, ainsi que la revalorisation de leurs assiettes.

Pour toutes les adhésions postérieures de 1 an à compter de la date d'effet de l'accord de prévoyance, les entreprises devront s'acquitter d'une prime unique forfaitaire pour garantir l'équilibre du régime.

### **Article 9.3**

#### *Entreprises dotées d'un contrat de prévoyance antérieurement à leur adhésion au présent accord*

Si l'entreprise adhérente dispose, jusqu'à la date de prise d'effet du bulletin d'adhésion proposé par les organismes assureurs, d'un précédent contrat de prévoyance complémentaire garantissant l'incapacité, l'invalidité et/ou le décès, les organismes assureurs désignés procèdent, d'une part, à la prise en charge des revalorisations futures des prestations complémentaires d'incapacité et d'invalidité en cours de versement à la date de résiliation du précédent contrat et, d'autre part à la prise en charge des revalorisations de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès.

Enfin, dans le cadre exclusif de cette prise en charge des risques en cours, les organismes assureurs s'engagent à proposer les conditions financières de la prise en charge intégrale d'un éventuel différentiel existant entre des garanties prévues au titre d'un contrat de prévoyance précédemment souscrit par l'entreprise adhérente et les garanties visées par la présente convention d'assurance.

Ainsi, pour les salariés en arrêt de travail :

- si ces salariés étaient précédemment couverts par une garantie collective décès, les prestations décès accordées en application du présent accord le seraient sous déduction de celles qui sont dues par le précédent organisme assureur en application du contrat collectif d'entreprise précédent ;
- si ces mêmes salariés, percevant des prestations de la sécurité sociale, reprennent une activité, les garanties décès ne leur sont accordées en application du présent accord que sur les bases du salaire qui donne lieu à cotisation.

Dans ce cadre, l'entreprise adhérente doit s'assurer que la liste des risques en cours est complète. A défaut, elle doit le signaler aux organismes assureurs aux fins que celle-ci actualise ladite liste.

### **Article 9.4**

#### *Financement des risques en cours*

Le financement de la reprise des risques en cours est assuré par une cotisation additionnelle qui s'élève à 0,02 % de la masse salariale TA-TB, cotisation comprise dans les 0,67 % TA-TB, et à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

### **Article 10**

#### *Rapport annuel*

L'organisme assureur transmet chaque année à la commission paritaire de suivi le rapport détaillé des comptes annuels relatifs au présent régime, prévu par l'article 3 du décret du 30 août 1990.

Ce rapport fournit les éléments permettant d'analyser les résultats du régime, notamment présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent en vue du pilotage du régime des salariés non cadres.

### **Article 11**

#### *Réexamen des conditions de la mutualisation des risques*

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le présent accord précise que Réunica Prévoyance et l'OCIRP, régis par le code de la sécurité sociale, ont été retenus en qualité d'organismes assureurs du régime de prévoyance. Le choix des organismes assureurs fera l'objet d'un réexamen périodique par les parties, à leur propre initiative ou sur proposition de la commission paritaire de suivi du régime de prévoyance.

En tout état de cause, ce réexamen sera effectué au plus tard 5 ans après la date d'effet du présent accord, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

A cet effet, les partenaires sociaux se réuniront dans le cadre de la commission paritaire de suivi, au moins 6 mois avant cette échéance. Au terme de cet examen, qui donne lieu à rédaction d'un procès-verbal, la commission paritaire de suivi se prononce sur le maintien ou non de la désignation de l'organisme assureur en place. Dans le cas où il est mis un terme à ce choix, elle en informe sans délai l'organisme assureur et les signataires arrêtent les modalités d'organisation du nouvel appel d'offres.

### **Article 12**

#### *Commission paritaire de suivi de la prévoyance*

##### **12.1. Composition et vie de la commission**

Une commission paritaire de suivi de la prévoyance, composée de 2 représentants de chacune des organisations syndicales du présent accord et d'un nombre égal de représentants de la fédération des magasins de bricolage et de



l'aménagement de la maison, est chargée d'étudier l'ensemble des questions posées par l'application de cet accord et de veiller à son bon fonctionnement.

Les membres de la commission paritaire de suivi sont désignés pour 3 ans. La commission paritaire de suivi désigne en son sein, pour 2 ans, un président et un vice-président choisis alternativement dans chacun des collèges.

Cette commission se réunira autant que de besoin et au moins 1 fois par an pour examiner et approuver les comptes de résultats présentés dans le rapport annuel relatif à la situation du régime conventionnel et au plus tard avant le 30 juin de l'exercice. L'ordre du jour et la convocation des réunions sont établis conjointement par le président et le vice-président.

Cette commission paritaire de suivi, qui ne se substitue en aucun cas à la commission paritaire nationale, a notamment pour mission :

- d'étudier les comptes détaillés du régime fournis par les organismes assureurs et de transmettre les informations annuelles sur la situation du régime aux entreprises adhérentes ;
- de contrôler l'application du régime de prévoyance et de délibérer sur les interprétations et litiges survenant dans l'application du régime de prévoyance ;
- de choisir et consulter pour étude des experts ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime et d'organiser les évolutions du régime.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. Toute modification du régime doit être mise en œuvre dans le cadre de la même négociation collective qui a présidé à la mise en place du présent accord.

Selon les modalités définies et acceptées par la commission, l'organisme assureur s'engage à prendre en charge la formation des membres titulaires et suppléants de cette commission afin de leur permettre d'exercer pleinement leur mission.

## 12.2. Mandat de la commission paritaire de suivi et pilotage du régime

L'organisme assureur établira annuellement un rapport sur les résultats d'ensemble du régime consolidant tous les résultats des entreprises adhérentes dans le cadre du présent accord. Ce rapport sera transmis à la commission de suivi pour examen et analyse des comptes. Il sera adressé à la direction de chaque entreprise adhérente par les organismes assureur, à charge pour elle de les diffuser aux institutions représentatives du personnel.

### Article 13

#### *Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à une indemnisation au titre du chômage*

L'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, dernièrement modifié par avenant n° 3 du 18 mai 2009, a institué un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'être maintenus dans les mêmes conditions dans le régime de prévoyance incapacité-invalidité-décès.

Les partenaires signataires du présent accord, soucieux de ne pas imposer le principe de la mutualisation ou du cofinancement de la portabilité qui est une obligation qui pèse sur l'employeur, laisse aux entreprises adhérentes le soin de s'organiser pour répondre à leur obligation.

Ce financement est assuré par l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions et conditions telles qu'elles sont définies à l'article 6.6.

L'organisation de cette obligation de l'employeur sera ainsi mise en place dans l'entreprise par l'un des trois modes prévus par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, et confié à l'organisme d'assurance dès la signature par l'entreprise du bulletin d'adhésion, et ce en application de la convention d'assurance. Toutefois, les prestations garanties par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire les anciens salariés à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'ils auraient perçues au cours de la même période.

Le droit à portabilité étant conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de l'ANI, aucune prestation ne pourra être versée à ce titre pour des périodes au titre desquelles le Pôle emploi n'aurait versé aucune allocation chômage si l'intéressé avait été en situation de rechercher un emploi. En particulier, la période de carence au cours de laquelle l'assurance chômage diffère le versement des allocations chômage n'ouvre droit à aucune prestation. De même, la suspension ou la cessation des allocations du régime d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, ni sur celle du versement des prestations qui ne sont pas prolongées d'autant.

Toute révision des garanties et/ou des cotisations, entraînant une modification à la hausse, comme à la baisse, sera répercutée sur la couverture des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité, selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage chaque mois ou de paiement des cotisations selon les modalités et dans le délai déterminé ci-après, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime de prévoyance incapacité-invalidité-décès et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

## **Article 14**

### *Salariés dont le contrat de travail est suspendu*

Les garanties sont suspendues de plein droit si le participant se trouve dans l'une des situations suivantes :

- congé parental d'éducation visé aux articles L. 1225-47 et suivants du code du travail dans la limite de 1 an ;
- congé de formation non rémunéré dans la limite de 1 an.
- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-91 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-78 et suivants du code du travail ;
- congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé de soutien familial visé aux articles L. 3142-22 et suivants du code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

Dans ces cas de suspension du contrat de travail, l'affiliation au régime est facultative et ne bénéficie pas du financement de l'employeur.

## **Article 15**

### *Révision et dénonciation*

Chaque partie peut modifier ou dénoncer le présent accord à partir d'une période minimale de 3 ans en respectant la procédure prévue par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier. La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai maximum de 3 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera. Tant qu'un nouvel accord n'est pas intervenu, le texte en cours d'application demeure en vigueur. Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois. L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois. En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective.

## **Article 16**

### *Dépôt et extension*

Le présent accord sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les parties signataires conviennent de soumettre le présent accord à la procédure d'extension.

Fait à Paris, le 17 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE  
CONVENTION D'ASSURANCE

---

**Régime de prévoyance du personnel non cadre**

Entre :

La FMB,

D'une part, et

La Réunica Prévoyance ;

L'OGIRP,

D'autre part,

ci-après dénommés « les institutions », il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La FMB du secteur du bricolage a conclu 17 décembre 2010 un accord qui définit les modalités de mise en œuvre d'un régime de prévoyance pour l'ensemble du personnel non cadre.

Conformément aux négociations intervenues entre la FMB, la présente convention d'assurance organise la mise en œuvre de ce régime.

La présente convention d'assurance est composée de 3 titres, ainsi que des annexes, indissociables les uns des autres.

Ces titres sont les suivants :

Titre I<sup>er</sup>. – Dispositions générales ;

Titre II. – Garanties décès ;

Titre III. – Garantie arrêt de travail.

Annexes : documents contractuels (bulletin d'adhésion, notice d'information).

TITRE I<sup>ER</sup>

**DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

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

*Objet de la présente convention d'assurance*

La présente convention d'assurance vient préciser les modalités d'application de l'accord du 17 décembre 2010 sur le régime de prévoyance négocié par la FMB du secteur du bricolage qui désigne Réunica Prévoyance pour l'ensemble des garanties du régime de prévoyance à l'exception de la garantie rente d'éducation et pour la garantie rente d'éducation l'OGIRP en tant qu'institutions. Les institutions acceptent cette désignation.

Cette convention d'assurance a pour objet de garantir l'ensemble du personnel non cadre appartenant à la catégorie définie à l'article 7 et selon les garanties souscrites et définies aux titres II et III de la présente convention d'assurance. Il est précisé que Réunica Prévoyance assure la gestion des garanties de prévoyance.

**Article 2**

*Sauvegarde de la convention d'assurance*

Les garanties et les cotisations de la présente convention d'assurance ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa signature. Dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable à la présente convention d'assurance, notamment sur le plan social, fiscal, droit de la sécurité sociale ou du travail, les engagements des institutions ne pourront s'en trouver aggravés.

En conséquence les partenaires sociaux se réuniront à la demande des institutions au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en application de la réforme en vue de procéder aux aménagements nécessaires. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base de la présente convention d'assurance.

**Article 3**

*Champ d'application. – Entreprises adhérentes*

Les entreprises adhérentes sont les entreprises qui emploient des salariés non cadres relevant de la convention collective nationale du secteur du bricolage, entreprises assujetties à l'accord collectif professionnel de prévoyance du

17 décembre 2010 et à ses avenants en vigueur ou futurs. Les assurés sont les salariés non cadres de ces mêmes entreprises. Ils acquièrent la qualité de participants dès lors qu'ils remplissent les conditions prévues par l'accord du 17 décembre 2010.

#### **Article 4**

##### *Durée de la présente convention d'assurance*

La présente convention d'assurance est conclue pour une durée indéterminée et ne peut en tout état de cause excéder la durée de l'accord qui désigne Réunica Prévoyance et l'OCIRP en tant qu'institutions. Toutefois, la présente convention d'assurance peut être résiliée par chacune des parties (les institutions ou la FMB signataires de la présente convention d'assurance) à effet du 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception adressée sous préavis de 3 mois et donc avant le 1<sup>er</sup> octobre de l'exercice en cours. La résiliation à la seule initiative des institutions sera signifiée à chacune des organisations syndicales signataires de l'accord du 17 décembre 2010. De même, en cas de modifications de la réglementation, les institutions pourront faire évoluer, après accord entre les parties, les conditions de cotisations et de garanties.

#### **Article 5**

##### *Entrée en vigueur de la convention d'assurance*

La convention d'assurance, conformément à l'article 3 de l'accord de branche, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### **Article 6**

##### *Engagement et contrôle des institutions désignées*

Les garanties de prévoyance telles que prévues par l'accord collectif du 17 décembre 2010 sont assurées par Réunica Prévoyance, institution de prévoyance, dont le siège social est situé, 154, rue Anatole-France, 92599 Levallois-Perret Cedex, et l'OCIRP (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance) 10, rue Cambacérès, 75008 Paris.

Les institutions sont soumises au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel (61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09).

#### **Article 7**

##### *Les participants*

Sont admissibles, au titre de la présente convention d'assurance de prévoyance complémentaire assurée par les institutions désignées, les salariés non cadres d'une entreprise adhérente dès lors qu'ils remplissent les conditions prévues par l'accord du 17 décembre 2010, ainsi que ceux embauchés ultérieurement à la signature du bulletin d'adhésion par l'entreprise adhérente. Pour la présente convention d'assurance, chaque salarié ainsi affilié est appelé participant.

#### **Article 8**

##### *Ouverture des garanties*

Les garanties résultant de la présente convention d'assurance sont ouvertes pour les sinistres survenus à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord 17 décembre 2010, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### **Article 9**

##### *Conditions de prise d'effet, suspension et cessation des garanties*

###### **9.1. Conditions de prise d'effet des garanties**

Les garanties entrent en vigueur pour un participant :

- soit à la date de prise d'effet de la présente convention ou des avenants s'y rapportant s'il fait partie de la catégorie de personnel non cadre de l'entreprise adhérente ;
- soit à compter de sa date d'entrée chez l'entreprise adhérente lorsqu'il est embauché, au sein de la catégorie de personnel non cadre, postérieurement à la date d'effet de la présente convention ;
- soit à la date d'entrée dans la catégorie de personnel non cadre.

###### **9.2. Suspension des garanties pour les participants dont le contrat de travail est suspendu**

Les garanties sont suspendues de plein droit si le participant se trouve dans l'une des situations :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-91 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-78 et suivants du code du travail ;
- congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé de soutien familial visé aux articles L. 3142-22 et suivants du code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité ;
- en congé parental d'éducation visé aux articles L. 1225-47 et suivants du code du travail dans la limite de 1 an ;
- en congé de formation non rémunéré dans la limite de 1 an.

Dans ces cas de suspension du contrat de travail, l'affiliation au régime est facultative et ne bénéficie pas du financement de l'employeur.

### 9.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date de rupture du contrat de travail lorsque le participant ne perçoit pas ou ne satisfait pas aux conditions pour percevoir des prestations des institutions sous réserve des dispositions prévues par l'article 10 pour le maintien des garanties aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits prévue à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 dit « ANI » ;
- à la date où le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel non cadre ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite de la sécurité sociale du participant ou à la date à laquelle il perçoit une pension de substitution ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation de la présente convention. A cet égard, les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu postérieurement à la date d'effet des garanties pour le participant et antérieurement à la date de résiliation continuent d'être servies au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

Dès lors que la convention se trouve résiliée, elle ne peut en aucun cas être maintenue dans ses effets pour les participants sous réserve du maintien de la garantie décès. Tout participant dispose alors de la faculté, à titre individuel, de contracter aux conditions de souscription et tarifs en vigueur l'un des régimes proposés par les institutions. Il doit en faire la demande dans un délai de 3 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

### Article 10

#### *Maintien des garanties aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits prévues à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 dit « ANI »*

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail, en date du 11 janvier 2008, les dispositions de la présente convention sont maintenues au profit des anciens salariés de l'entreprise adhérente, à compter de la date de la rupture de leur contrat de travail sous réserve qu'ils bénéficient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage et que leurs droits au titre de la convention de prévoyance aient été ouverts lorsqu'ils avaient la qualité de salarié.

Ce maintien est accordé aux anciens salariés pendant leur période de chômage, pour une durée équivalente à celle de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois. L'ancien salarié qui ne souhaite pas bénéficier de ce dispositif dit « de portabilité », a la possibilité de renoncer de manière définitive aux garanties mises en place par l'entreprise adhérente, en lui notifiant sa décision par écrit dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail. L'entreprise adhérente est tenue d'informer Réunica Prévoyance de cette renonciation.

#### 10.1. Prise d'effet des garanties

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la rupture du contrat de travail du participant, sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation afférente par l'entreprise adhérent, à condition que l'intéressé remplisse l'ensemble des conditions cumulatives suivantes :

- rupture ou cessation du contrat de travail de quelque nature que ce soit ;
- l'intéressé bénéficie d'un droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage du fait de cette rupture ;
- ce contrat de travail a duré 1 mois minimum ;
- l'ensemble des conditions d'affiliation au contrat est respecté.

La portabilité est subordonnée à la prise en charge du participant par le régime d'assurance chômage. Le participant devra donc faire parvenir à Réunica Prévoyance tout justificatif de son inscription à Pôle emploi et de cette prise en charge, dans les meilleurs délais suivant la cessation de son contrat de travail. Réunica Prévoyance se réserve le droit de demander au participant tout justificatif de sa situation au regard de l'assurance chômage. Faute de recevoir ce document la portabilité cessera immédiatement.

Toute prestation indûment versée par Réunica Prévoyance fera l'objet d'une procédure de répétition de l'indu.

#### 10.2. Cessation de ce maintien des garanties

Le maintien de garanties cesse :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations ;
- au décès du participant ;
- à compter de la date d'effet de la résiliation de la convention. En effet, il est expressément convenu qu'en cas de résiliation de la convention entraînant un changement d'organisme assureur, les anciens salariés relevant du système de « portabilité » seront transférés au nouvel organisme assureur ;
- lorsque l'intéressé ne retourne pas à Réunica Prévoyance les justificatifs demandés ;
- à la date de cessation ou de suspension (sauf pour cause de maladie dûment justifiée) du versement à l'ancien salarié des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties ;
- et, en tout état de cause, au terme de la période de maintien des garanties prévue par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008.

Les éventuels arrêts maladie, pendant la période de maintien, ne donnant pas lieu à une indemnisation de Pôle emploi, ne suspendent en aucune manière le bénéfice des garanties au profit de l'ancien salarié. Par conséquent, aucune prorogation de la durée de maintien définie lors de la rupture du contrat de travail n'est possible.

La résiliation de la convention sera sans effet sur les prestations acquises ou nées, immédiates ou différées à sa date d'effet, sauf transfert de ces engagements au nouvel organisme assureur.

### 10.3. Garanties maintenues

Les garanties, accordées sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sont celles détaillées au « Tableau des garanties » de la présente convention.

Toutefois, les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire le salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.

Par conséquent, aucune prestation ne pourra être versée à ce titre pour des périodes au titre desquelles le Pôle emploi n'aurait versé aucune allocation chômage si l'intéressé avait été en situation de rechercher un emploi.

En particulier, la période de carence au cours de laquelle l'assurance chômage diffère le versement des allocations chômage n'ouvre droit à aucune prestation. De même, la suspension ou la cessation des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties ni sur celle du versement des prestations qui ne sont pas prolongées d'autant.

Les garanties s'appliquent dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité. Ainsi, toute révision des garanties et/ou des cotisations, entraînant une modification à la hausse, comme à la baisse, sera répercutée sur la couverture des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité, selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

Le salaire de référence servant au calcul des prestations relatives à la convention d'assurance pour les participants est égal au salaire brut limité au(x) tranche(s) fixée(s) et ayant servi d'assiette au calcul des cotisations au cours des 12 derniers mois de salaire précédant la date de rupture du contrat de travail. Si le participant ne compte pas 12 mois de présence dans l'entreprise à la date de la rupture de son contrat de travail, le salaire de base est reconstitué sur une base annuelle, à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés aux organismes sociaux à l'exclusion des sommes exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.

### 10.4. Cotisations

Les partenaires signataires de la présente convention, soucieux de ne pas imposer le principe de la mutualisation ou du cofinancement de la portabilité qui est une obligation qui pèse sur l'employeur, laissent aux entreprises adhérentes, le soin de s'organiser pour répondre à son obligation si un salarié le lui demande. Toutefois, si l'entreprise adhérente souhaite opter pour le système de la mutualisation, les institutions s'engagent à prendre en charge la gestion de cette portabilité en contrepartie d'une cotisation additionnelle qui s'élève à 0,02 % de la masse salariale TA-TB. L'entreprise optant alors pour la mutualisation acquittera une cotisation globale de 0,69 % du salaire de référence. Ce financement est assuré par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les mêmes proportions et conditions qu'antérieurement, c'est-à-dire même répartition employeur-salarié. Cette obligation de l'employeur sera ainsi mise en place dans l'entreprise par l'un des trois modes prévus par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et confiée à l'institution dès la signature par l'entreprise du bulletin d'adhésion, et ce en application de la convention d'assurance.

Toutefois, les prestations garanties par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire les anciens salariés à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'ils auraient perçu au cours de la même période.

## Article 11

### *Cas particulier d'obligation de déclarations relatives aux risques en cours*

Compte tenu de la mutualisation opérée pour les entreprises dans le cadre du régime de prévoyance de la convention collective nationale du bricolage, il est prévu la possibilité de faire prendre en charge, par les institutions désignées, les risques en cours sous réserve de certaines limites.

#### 11.1. Modalités et prise en charge

L'entreprise adhérente doit déclarer aux institutions désignées :

Les salariés inscrits aux registres de l'entreprise qui, à la date de la signature du bulletin d'adhésion proposé par les organismes assureurs, bénéficient d'indemnités journalières, de rentes d'incapacité ou d'invalidité versées par la sécurité sociale.

Les salariés et anciens salariés qui, à la date de la signature du bulletin d'adhésion proposé par les institutions, bénéficient de prestations incapacité ou invalidité complémentaires à la sécurité sociale au titre d'un précédent contrat de prévoyance souscrit antérieurement par l'entreprise adhérente.

Cette déclaration a pour objet de permettre aux institutions d'organiser, conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 afférente à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, la prise en charge des risques en cours tels que définis ci-dessus et identifiés par l'entreprise adhérente.

Les modalités de cette prise en charge sont décrites ci-après.

#### 11.2. Entreprises non dotées d'un contrat de prévoyance antérieurement à leur adhésion à la présente convention

Si l'entreprise adhérente ne dispose pas d'un précédent contrat de prévoyance complémentaire, les institutions désignées procèdent, d'une part, à la prise en charge intégrale des prestations complémentaires incapacité, invalidité ainsi qu'à leur revalorisation et, d'autre part, à la prise en charge intégrale des garanties décès, ainsi qu'à la revalorisation de leurs assiettes.

#### 11.3. Entreprises dotées d'un contrat de prévoyance antérieurement à leur adhésion à la présente convention

Si l'entreprise adhérente dispose jusqu'à la date de prise d'effet du bulletin d'adhésion proposé par les institutions d'un précédent contrat de prévoyance complémentaire garantissant l'incapacité, l'invalidité et ou le décès, les institutions désignées procèdent, d'une part, à la prise en charge des revalorisations futures des prestations complémentaires d'incapacité et d'invalidité en cours de versement à la date de résiliation du précédent contrat, et, d'autre part, à la prise en charge des revalorisations de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès.

Enfin, dans le cadre exclusif de cette prise en charge des risques en cours, les institutions s'engagent à proposer à l'entreprise les conditions financières de la prise en charge intégrale d'un éventuel différentiel existant entre des garanties prévues au titre d'un contrat de prévoyance précédemment souscrit par l'entreprise adhérente et les garanties visées par la présente convention d'assurance.

Ainsi, pour les salariés en arrêt de travail :

Si ces salariés étaient précédemment couverts par une garantie collective décès, les prestations décès accordées en application du présent accord le seraient sous déduction de celles qui sont dues par le précédent organisme assureur en application du contrat collectif d'entreprise précédent.

Si ces mêmes salariés, percevant des prestations de la sécurité sociale, reprennent une activité, les garanties décès ne leur sont accordées en application du présent accord que sur les bases du salaire qui donne lieu à cotisation.

Dans ce cadre, l'entreprise adhérente doit s'assurer que la liste des risques en cours est complète. A défaut, elle doit le signaler aux institutions aux fins que celles-ci actualisent la dite liste.

#### 11.4. Adhésions postérieures

Pour toutes les adhésions postérieures de 1 an à compter de la date d'effet de l'accord de branche, les entreprises concernées devront s'acquitter d'une prime unique forfaitaire pour garantir l'équilibre du régime.

### Article 12

#### *Etendue des garanties*

Les garanties de prévoyance, objet de la présente convention d'assurance, sont celles prévues dans l'accord de branche du 17 décembre 2010 sur le régime de prévoyance du « secteur du bricolage » organisé en faveur des salariés non cadres.

### Article 13

#### *Exclusions communes et spécifiques à toutes les garanties*

Pour l'ensemble des garanties les organismes assureurs ne couvrent pas les sinistres résultant :

- d'un fait volontaire du participant ou du bénéficiaire de la garantie ;
- de la navigation aérienne lorsque le participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité valide ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valide ou ayant une licence périmée pour l'appareil utilisé ;
- de la participation active du participant à une guerre civile ou étrangère, à une insurrection, à une émeute, à un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, à une rixe sauf cas de légitime défense ;
- des risques résultant d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle des particules ;
- de cataclysme ou de tremblement de terre.

Pour la garantie arrêt de travail, Réunica Prévoyance ne couvre pas les sinistres résultant :

- de la pratique par le participant de tout sport à titre professionnel ;
- de sa participation à des tentatives de records ;
- de la pratique des sports et activités suivantes : deltaplane, parapente, parachutisme de loisir, ULM, saut à l'élastique, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques.

## **Article 14**

### *Cotisations*

Il est rappelé que les taux de cotisations s'entendent reprise des sinistres en cours inclus.

Les garanties sont assurées par les institutions désignées en contrepartie du versement des cotisations indiquées ci-après. Les cotisations sont calculées sur la base du salaire annuel brut. Par salaire brut, on entend le salaire brut tel que déclaré par l'entreprise adhérente à l'Urssaf pour le calcul des cotisations de sécurité sociale. L'assiette des cotisations est plafonnée à une ou plusieurs des tranches suivantes.

Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

Tranche B : fraction comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

La cotisation est égale à 0,67 % de la rémunération perçue par le salarié dans la limite du plafond, tranche B de la sécurité sociale. Les institutions s'engagent à maintenir le taux de cotisation ci-dessus pour une durée de 3 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

## **Article 15**

### *Exonération des cotisations*

En cas d'arrêt total de travail d'un membre participant, la cotisation relative aux garanties souscrites n'est plus due au terme d'une période de 90 jours d'arrêt continu de travail. L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'entreprise adhérente.

## **Article 16**

### *Salaire de référence des prestations et des cotisations*

Le salaire de référence servant au calcul des cotisations et des prestations est égal à la rémunération brute (tranches A et B) perçue au cours des 12 mois précédents, à l'exclusion des indemnités versées au départ du salarié de l'entreprise, et ayant servi d'assiette au calcul des cotisations au cours de 12 mois civils ayant précédé la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Les tranches de salaires se définissent comme suit :

Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond annuel de la sécurité sociale.

Tranche B : fraction comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Si moins de 12 mois se sont écoulés entre la date d'entrée du salarié dans l'entreprise et la date de l'événement ouvrant droit à prestations, la base des garanties est calculée d'après le salaire mensuel de référence multiplié par 12 majoré des éléments de rémunérations variables perçus et ayant donné lieu à cotisations.

Si le salarié ne comptabilise pas 12 mois de présence à la date du sinistre, son salaire de référence est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés aux organismes sociaux. Lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie fait suite à une période d'arrêt de travail, le salaire de référence à retenir est celui précédant la date de l'arrêt de travail initial.

Pour les salariés dont les conditions d'emploi impliquent la perception d'une rémunération d'un montant irrégulier, Réunica Prévoyance, organisme gestionnaire, est fondé après examen de la situation à se référer au montant global des rémunérations fixes et variables perçues au cours des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'incapacité de travail et ayant donné lieu à cotisations au cours de cette même période.

## **Article 17**

### *Données informatiques*

Les institutions et les entreprises adhérentes peuvent constituer et s'échanger toutes banques de données ou fichiers informatisés relatifs à la présente convention d'assurance. Les informations concernant les membres participants sont utilisées conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont communiquées aux services des institutions, à ses mandataires et aux organismes professionnels concernés par la présente convention d'assurance. Il appartient à chaque partie concernée d'établir les déclarations prévues par la loi. Le membre participant peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en s'adressant au siège des institutions.

## **Article 18**

### *Prescription*

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées par la présente convention d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de la date de l'événement qui y donne naissance. Cette prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire totale, et à 10 ans pour le paiement du capital décès aux bénéficiaires du membre participant décédé. Ces délais courent sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, toutefois, ces délais ne courent :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les institutions en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque-là.



## Article 19

### *Revalorisation des prestations*

Sont revalorisables les rentes éducation, les prestations d'incapacité temporaire totale, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente. Les taux de revalorisation sont déterminés chaque année par les conseils d'administration respectifs des institutions en fonction des garanties assurées.

Ces revalorisations prennent effet le premier jour du mois suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations servies par l'institution, à savoir :

- l'arrêt de travail dans le cas de prestations servies au titre de la garantie incapacité temporaire totale ou invalidité et incapacité permanente ;
- la mise en invalidité ou en incapacité permanente si celle-ci n'a pas été précédée d'une période d'incapacité temporaire totale ;
- le décès du participant dans le cas des prestations rentes éducation.

En cas de résiliation de la présente convention, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date et ne seront plus revalorisées dans l'avenir par les institutions.

## Article 20

### *Effets de la résiliation de la présente convention d'assurance sur les prestations en cours ou à servir*

En cas de résiliation de la présente convention d'assurance, les institutions poursuivent le versement des prestations à leur niveau atteint à cette date et cessent leur revalorisation. A cet égard, les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu postérieurement à la date d'effet du bulletin d'adhésion signé par l'entreprise pour le participant et antérieurement à la date de résiliation de la présente convention d'assurance continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits, sous réserve des règles relatives à la revalorisation prévues à l'article 19 de la convention d'assurance.

Dès lors que la convention d'assurance se trouve résiliée, elle ne peut en aucun cas être maintenue dans ses effets pour les entreprises adhérentes sous réserve du maintien de la garantie décès prévue à l'article 7.1 de la loi Evin.

Toutefois, lorsque le salarié est en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité, la garantie décès est maintenue dans les conditions prévues par la présente convention d'assurance. Le transfert des engagements auprès d'un autre organisme assureur est possible sous réserve d'acceptation des anciens et nouveaux organismes assureurs. Ledit transfert emporte l'extinction des engagements des institutions. Le cas échéant, Réunica Prévoyance et l'OCIRP acceptent le transfert de la provision pour égalisation au nouvel assureur, après apurement des comptes, dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date d'effet de la résiliation de la présente convention d'assurance et ce dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur au moment du transfert.

## Article 21

### *Information à la commission paritaire*

Les institutions établissent à la fin de chaque exercice un rapport à l'attention de la commission paritaire de suivi sur les comptes de la branche professionnelle du bricolage. Le rapport sur ces comptes est établi par les institutions en application de l'article 4 du décret n° 90-769 du 30 août 1990. Ce rapport fournit les éléments permettant d'analyser les résultats du régime et présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par les institutions. Les institutions justifient du caractère prudent des provisions passées en vue du pilotage du régime des salariés non cadres.

## Article 22

### *Litiges*

Les difficultés d'interprétation de l'accord du 17 décembre 2010 seront soumises à la commission paritaire de suivi. Les parties signataires conviennent de s'efforcer de régler à l'amiable toute question qui pourrait survenir dans l'interprétation ou la réalisation de la présente convention d'assurance. A défaut, il est entendu qu'elles conviennent de soumettre aux juridictions compétentes tout différend n'ayant pas pu trouver une solution amiable.

## Article 23

### *Définition du conjoint*

Le conjoint est défini comme étant soit la personne mariée au participant non séparée de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation, soit le partenaire du participant lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement donnant lieu à prestations. Pour la dévolution du capital décès selon la désignation par défaut prévue dans la convention d'assurance, le concubin notoire, même nommément déclaré à Réunica Prévoyance, ne peut pas être assimilé au conjoint. Par conséquent, si le participant souhaite affecter le bénéfice du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation particulière à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et fourni par Réunica Prévoyance.

## **Article 24**

### *Définition des enfants à charge*

Sont réputés à charge du participant les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de la personne mariée au participant non séparée de corps judiciairement, de son partenaire lié par un Pacs valablement conclu et en vigueur ou de son concubin notoire, à condition pour le participant ou son époux(se), partenaire de Pacs ou concubin(e) d'en avoir la garde ou de participer effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire en application d'un jugement de divorce.

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du participant, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, et sous condition, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26<sup>e</sup> anniversaire, équivalant à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent participant. En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être également à la charge du bénéficiaire.

## **Article 25**

### *Déchéance*

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

## **Article 26**

### *Subrogation*

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire (notamment les rentes d'invalidité), les institutions sont subrogées, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables.

## **Article 27**

### *Information des participants*

L'entreprise adhérente reçoit des institutions une notice d'informations sur la présente convention d'assurance, laquelle définit les garanties souscrites ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'entreprise adhérente est tenue de remettre cette notice à chaque participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'entreprise adhérente est également tenue d'informer chaque participant en lui remettant une nouvelle notice ou un avenant à la précédente, établi à cet effet par les institutions. La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

## **Article 28**

### *Territorialité*

Les garanties ne sont acquises qu'aux participants exerçant leur activité sur le territoire français. Les garanties produisent cependant leurs effets dans le monde entier pour les membres participants dont les séjours n'excèdent pas 3 mois

et pour le personnel détaché par l'entreprise adhérente et bénéficiant à ce titre du régime général de la sécurité sociale. Les prestations sont payées en euros.

## TITRE II GARANTIES DÉCÈS

### Article 29

#### *Tableau des garanties*

Décès toutes causes : en cas de décès toutes causes du participant, l'institution verse au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est fixé ci-après. Cette garantie décès fait l'objet de 2 options ci-dessous. Cette option est levée, par le ou les bénéficiaires, au moment de la réalisation du risque.

Option I : Garanties capital décès majoré. – Allocation frais d'obsèques.

Option II : Garanties capital décès. – Allocation frais d'obsèques et rente éducation.

A défaut de choix exprimé par les bénéficiaires, ou faute d'accord sur le choix de l'option entre les bénéficiaires, c'est l'option I qui sera retenue. Le montant du capital assuré en cas de décès d'un participant est fixé en fonction du nombre d'enfants à charge, de l'option choisie et de son salaire annuel de base.

NATURE DES GARANTIES	NIVEAUX DE PRESTATIONS EN POURCENTAGE du salaire annuel de référence tranches A et B	
	Option I	Option II
<b>Situation de famille du participant</b>		
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge	75 %	75 %
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	100 %	100 %
Célibataire, veuf, divorcé avec un enfant à charge	150 %	75 %
Marié, pacsé, concubin avec un enfant à charge	150 %	75 %
Majoration par enfant à charge	50 %	–
<b>Rente éducation OCIRP</b> : en cas de décès d'un participant, une rente éducation est versée au profit de chaque enfant à charge dont le montant annuel est fixé à (âge des enfants à charge tels que définis à l'art. 24 des conditions générales) :		
Jusqu'à 11 ans	–	5 %
De 12 ans à 17 ans	–	10 %
De 18 ans à 25 révolus en cas de poursuite d'études	–	15 %
Si l'enfant à charge devient orphelin de père et de mère	–	Le montant de la rente ci-dessus est doublé
<b>Allocation frais d'obsèques</b> : cette allocation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques sur présentation des justificatifs. En cas de décès du participant, du conjoint ou d'un enfant à charge, il est versé par l'institution une allocation forfaitaire dont le montant est égal à :	100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès	100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès
<b>Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes</b> : versement par anticipation, au participant lui-même, du capital décès toutes causes dont le montant est fixé à : Tout participant, quelle que soit sa situation de famille	100 % du capital décès toutes causes de l'option retenue	100 % du capital décès toutes causes de l'option retenue
<b>Double effet</b> (art. 30.3 des conditions générales)	100 % du capital décès toutes causes de l'option retenue	100 % du capital décès toutes causes de l'option retenue

### Article 30

#### *Définition des garanties décès*

##### 30.1. Capital décès

##### Définition

En cas de décès du participant, et sauf exclusions définies par la présente convention d'assurance, l'institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est fixé dans le tableau indiqué à l'article 29 de la présente convention.

## Définition des bénéficiaires

Le capital décès toutes causes est versé :

- par parts égales, au(x) conjoint(s), tels que définis à l'article 23 de la convention d'assurance ;
- à défaut, par parts égales, aux enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès du participant ;
- à défaut, par parts égales, aux parents du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales aux grands-parents ;
- et, enfin, à défaut aux héritiers du participant à proportion de leurs parts héréditaires.

A toute époque, le participant a la faculté de faire une désignation différente par lettre adressée à Réunica Prévoyance. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par le participant, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent.

### 30.2. Rente éducation OCIRP

En cas de décès du participant, il peut être versé pour chaque enfant restant à charge à la date du décès une rente dont le montant et les conditions d'attribution sont visés à l'article 29. La rente est versée trimestriellement à terme échu à compter du premier jour du mois civil suivant le décès du participant. Elle est versée au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande. La majoration pour rente progressive intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Le service de la rente cesse le dernier jour du trimestre civil :

- au cours duquel l'enfant n'est plus à charge au sens de l'article 24 ;
- suivant le décès du bénéficiaire, sans prorata d'arrérages au décès.

### 30.3. Capital double effet

Lorsque le conjoint tel que défini à l'article 23 survit au participant puis décède, Réunica Prévoyance verse, par parts égales aux enfants encore à charge dudit conjoint au jour de ce second décès, un capital identique au capital prévu à l'article 29 de la présente convention.

### 30.4. Allocations frais d'obsèques

En cas de décès du participant, de décès de son époux(se) non séparé(e) de corps judiciairement, de son partenaire de Pacs, de son concubin notoire ou de l'un de ses enfants à charge, Réunica Prévoyance verse une allocation forfaitaire dont le montant est égal à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Cette allocation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur justificatifs.

### 30.5. Perte totale et irréversible d'autonomie toute causes

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie d'un participant, Réunica Prévoyance garantit le versement du capital décès au participant dont le montant est fixé à l'article 29 de la présente convention. Le participant est considéré comme tel s'il se trouve dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'il doit avoir recours à l'assistance d'une personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie capital décès du participant. La garantie décrite dans cet article cesse à la date de résiliation de l'adhésion et au plus tard à la date d'attribution de la pension vieillesse du régime obligatoire au participant.

## TITRE III

### GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

Les prestations complémentaires à celles de la sécurité sociale sont dues par Réunica Prévoyance, si et seulement si, les prestations de la sécurité sociale sont effectivement versées.

#### Article 31

##### Tableau des garanties arrêt de travail

NATURE DES GARANTIES	NIVEAU DE PRESTATIONS (hors prestations versées par la sécurité sociale et dans la limite du salaire net)
<b>Incapacité temporaire</b>	
Franchise	L'indemnisation par l'institution s'effectue à l'issue d'une franchise de 90 jours continus
Niveau d'indemnisation	25 % du salaire de base brut tranches A et B

NATURE DES GARANTIES	NIVEAU DE PRESTATIONS (hors prestations versées par la sécurité sociale et dans la limite du salaire net)
<b>Invalidité</b>	
1 <sup>re</sup> catégorie	25 % du salaire de base brut tranches A et B
2 <sup>e</sup> catégorie	25 % du salaire de base brut tranches A et B
3 <sup>e</sup> catégorie	25 % du salaire de base brut tranches A et B
<b>Incapacité permanente</b>	
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %	25 % du salaire de base brut tranches A et B
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	25 % du salaire de base brut tranches A et B

## Article 32

### Définition des garanties arrêt de travail

#### 32.1. Incapacité temporaire

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale le participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie ouvrant droit au versement des indemnités journalières de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans ce cas, dès l'expiration du délai de franchise continu fixé à 90 jours, Réunica Prévoyance verse une indemnité journalière dont le montant est prévu dans le tableau ci-dessus. Seuls sont garantis par Réunica Prévoyance les arrêts de travail dont la date est constatée au cours de la période de garantie. Après la résiliation du contrat, tout nouvel arrêt de travail n'est pas garanti par l'institution. Cette prestation est versée à l'entreprise si le participant fait encore partie de l'effectif ou directement à ce dernier en cas de rupture du contrat de travail.

Le service des prestations, au titre de la garantie incapacité temporaire totale, cesse :

- dès que le participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- à la reprise d'activité du participant ;
- à la date d'attribution d'une rente d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de la sécurité sociale ;
- au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

#### 32.2. Invalidité et incapacité permanente

Lorsque le participant bénéficie de la part de la sécurité sociale d'une pension au titre de l'assurance invalidité (salarié classé dans le 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> groupe d'invalides), Réunica Prévoyance verse une prestation telle que visée à l'article 31 de la présente convention.

La prestation de Réunica Prévoyance cesse :

- à la date du décès du participant, sans prorata d'arrérages au décès ;
- à la date où le participant cesse de percevoir une rente d'invalidité de la sécurité sociale ;
- en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse.

En cas de modification de la catégorie ou du taux d'invalidité reconnu par la sécurité sociale, l'allocation versée par Réunica Prévoyance est modifiée à partir de la même date. En application de l'article 2 de la loi Evin, Réunica Prévoyance prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la date d'affiliation du salarié, étant entendu que l'invalidité permanente du salarié doit résulter de son arrêt de travail au titre de l'incapacité.

## Article 33

### Maintien de la garantie décès

En application de l'article 7.1 de la loi Evin, la garantie décès est maintenue lors de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat au bénéfice du salarié en invalidité ou en incapacité bénéficiant de prestations au titre d'un régime de sécurité sociale de base. En cas d'incapacité de travail, le maintien lui est dû jusqu'au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt et en tout état de cause au plus tard à la date de liquidation de sa pension vieillesse. En cas d'invalidité, Réunica Prévoyance lui assure le maintien de la garantie décès jusqu'à sa date de liquidation de sa pension vieillesse.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès sera au moins égale à celle définie dans la présente convention d'assurance, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale et sera assurée par le nouvel organisme assureur désigné.

Les exclusions visées à l'article 13 de la présente convention d'assurance s'appliquent au maintien de la garantie décès.

#### **Article 34**

##### *Modifications des garanties*

En cas de modification des garanties décès, les participants en arrêt de travail pour maladie ou accident figurant toujours aux effectifs des entreprises adhérentes seront garantis suivant ces nouvelles modalités. En cas de rupture du contrat de travail, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de leur radiation des effectifs de l'entreprise adhérente.

#### **Article 35**

##### *Principe indemnitaire*

Le total des prestations versées par le régime de base, les institutions désignées, ou tout autre organisme ainsi que, notamment, tous les revenus du travail, les salaires, les prestations du Pôle emploi ne peuvent conduire le participant à percevoir plus de 100 % de son dernier salaire net d'activité, revalorisé sur la base de l'indice de revalorisation défini à l'article 19. Le complément de pension accordé par la sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3<sup>e</sup> catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation servie par les institutions sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au participant les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Les participants doivent fournir aux institutions toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le participant refuse de fournir les informations, les institutions peuvent suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

Fait à Paris, le 17 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3363

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 2785. – COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES**

ACCORD DU 30 AVRIL 2010  
RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1150007M  
IDCC : 2785

**ANNEXE**  
**RÉGIME DE PRÉVOYANCE**

**Mise à jour à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2008**

La chambre nationale des commissaires-priseurs judiciaires, le syndicat des maisons de ventes volontaires aux enchères publiques et les organisations syndicales de salariés représentatives décident de mettre en œuvre un régime de prévoyance pour les salariés des offices de commissaires-priseurs judiciaires et des sociétés de ventes volontaires.

Les organismes gestionnaires qui mettent en œuvre le présent régime sont soumis aux dispositions du code des assurances et du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

Sont retenues les garanties suivantes :

- décès ;
- frais d'obsèques ;
- rente éducation ;
- rente de conjoint ;
- incapacité temporaire ;
- incapacité permanente totale ou partielle ;
- invalidité ;
- rente perte d'autonomie ;
- fonds collectif de rente pour soutien scolaire.

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

*Champ d'application*

Cet accord professionnel a pour objet d'instituer un régime obligatoire et indivisible, généralisé à tous les salariés des offices de commissaires-priseurs judiciaires et des sociétés de ventes volontaires agissant sous la forme de sociétés commerciales.

**Article 2**

*Bénéficiaires*

Sont bénéficiaires tous les salariés inscrits à l'effectif quelle que soit la nature du contrat de travail, présents au travail, en congé parental, en congé maternité ou en arrêt de travail pour cause de maladie ou accident du travail au jour de l'entrée en vigueur du régime de prévoyance. On entend par bénéficiaires :

1. Les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise, y compris ceux qui remplissent les conditions d'ancienneté requises mais qui n'ont pas d'ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ils ne peuvent justifier d'au moins 200 heures de travail ;
2. Les salariés atteints d'une pathologie survenue antérieurement à la souscription ;
3. Les salariés mis en arrêt maladie à la date de signature de l'accord ;

4. Les anciens salariés âgés de moins de 60 ans s'ils souscrivent dans les 6 mois qui suivent la rupture ou le terme du contrat de travail, sous réserve du paiement de la cotisation globale ;

5. Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, âgées de moins de 60 ans, si elles adhèrent dans les 6 mois du décès au régime de prévoyance, sous réserve du paiement de la cotisation globale.

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

### Article 3

#### *Décès, quelle qu'en soit la cause*

Versement d'un capital aux bénéficiaires de l'assuré décédé, égal à 300 % du salaire annuel brut de référence tel que défini à l'article 11. Toutefois, le capital ne peut être inférieur, quelle que soit la nature du contrat de travail, à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale. La revalorisation de ce capital minimum est indexée sur l'évolution du plafond de la sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

En cas de décès intervenant après une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident, le salaire annuel brut servant de calcul au capital est revalorisé sur la base de l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès.

#### 3.1. Décès par accident du travail ou maladie professionnelle

En cas de décès par accident du travail ou maladie professionnelle, reconnus comme tels par la sécurité sociale, le capital défini à l'article 3 est majoré de 25 %.

Le capital ne peut être inférieur, quelle que soit la nature du contrat de travail, à 88 % du plafond annuel de la sécurité sociale. La revalorisation de ce capital minimum est indexée sur l'évolution du plafond de la sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Il n'y a pas d'ancienneté requise en cas de décès suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

#### 3.2. Bénéficiaires du capital

Sauf stipulation contraire écrite, valable au jour du décès, le bénéfice du capital garanti en cas de décès de l'assuré est dévolu au conjoint dans les liens du mariage ou au concubin ou à l'ayant droit du Pacs ou à défaut aux héritiers de l'assuré.

Si l'assuré désire que le capital ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit en faire la déclaration, par lettre recommandée avec avis de réception, au gestionnaire désigné en annexe.

Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'assureur gestionnaire du régime a reçu notification de ce changement.

#### 3.3. Double effet en cas de décès du conjoint

Si après le décès d'un salarié, laissant un ou plusieurs enfants à charge y compris les enfants à naître, le conjoint vient lui-même à décéder avant l'âge de 60 ans ou son départ à la retraite, le régime de prévoyance verse, à parts égales, à chaque enfant à charge au sens fiscal, issu du mariage avec l'assuré décédé, un nouveau capital, dont le montant exprimé en pourcentage du salaire est défini à l'article 3.

Si les décès de l'assuré et de son conjoint provenant d'une même cause accidentelle indépendante de leur volonté surviennent l'un et l'autre au plus tard dans les 48 heures qui suivent le fait accidentel, les dispositions du paragraphe ci-dessus s'appliquent.

#### 3.4. Versement du capital décès

Sur production d'un certificat de décès et après vérification de la clause bénéficiaire, un acompte équivalant à 50 % est versé immédiatement à l'ayant droit.

#### 3.5. Temps partiels

Pour les salariés à temps partiel, le calcul des prestations définies est celui de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

### Article 4

#### *Frais d'obsèques*

En cas de décès de l'assuré, les frais d'obsèques sont remboursés à la personne qui aura acquitté ces frais ou à l'organisme indiqué par la personne en charge des obsèques dans la limite de deux plafonds mensuels de la sécurité sociale.

Le remboursement des frais d'obsèques se cumule avec le versement du capital décès.

En outre, une participation complémentaire aux frais d'obsèques de 762 € est versée au conjoint ou au concubin, dès réception du certificat de décès.



## **Article 5**

### *Rente éducation*

En cas de décès de l'assuré, une rente éducation, dont le montant est calculé en pourcentage du salaire annuel brut de référence tel que défini à l'article 11, est versée pour chaque enfant à charge au sens fiscal, dans la limite :

- du 18<sup>e</sup> anniversaire ;
- du 26<sup>e</sup> anniversaire s'il poursuit des études supérieures ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue par la sécurité sociale avant le 21<sup>e</sup> anniversaire, le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

#### 5.1. Montant de la rente

Pour l'ensemble des assurés :

- 8 % du salaire annuel brut de référence par enfant âgé de moins de 8 ans ;
- 10 % du salaire annuel brut de référence par enfant âgé de 8 à 15 ans ;
- 12 % du salaire annuel brut de référence par enfant âgé de 16 ans révolus ou 26 ans si poursuite d'études.

#### 5.2. Paiement de la rente

La rente est versée d'avance chaque mois.

#### 5.3. Revalorisation

La rente est revalorisée conformément aux dispositions des articles 12 et 12.1.

#### 5.4. Temps partiels

Pour les salariés à temps partiel, l'assiette de calcul des prestations définies est celle de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

## **Article 6**

### *Rente de conjoint survivant*

En cas de décès du salarié laissant un conjoint ou un concubin, il est versé à l'ayant droit survivant une rente viagère et une rente temporaire.

#### 6.1. Montant de la rente

La rente viagère est égale à 10 % et la rente temporaire de 15 % du salaire annuel de référence tel que défini à l'article 11.

#### 6.2. Durée de versement de la rente

La rente viagère est versée de la date du décès de l'assuré à celle du conjoint survivant.

La rente temporaire est versée jusqu'à la liquidation de la retraite du conjoint survivant.

#### 6.3. Paiement de la rente

Elle est versée d'avance chaque mois.

#### 6.4. Revalorisation de la rente

La rente est revalorisée conformément aux dispositions des articles 12 et 12.1.

#### 6.5. Temps partiels

Pour les salariés à temps partiel, l'assiette de calcul des prestations définies est celle de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

## **CHAPITRE II**

### **GARANTIES EN CAS D'ARRÊT POUR MALADIE OU ACCIDENT**

## **Article 7**

### *Incapacité temporaire de travail*

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident entraînant le versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale, le régime de prévoyance verse des indemnités complémentaires.

Dès lors qu'ils remplissent les conditions requises, les salariés travaillant moins de 200 heures par trimestre, et n'ayant pas d'ouverture de droit au titre des prestations de la sécurité sociale, bénéficient des droits au titre du régime de prévoyance dans les mêmes conditions que les autres salariés.

#### 7.1. Date d'effet

Le régime de prévoyance verse une indemnité journalière complémentaire à celle de la sécurité sociale à l'expiration de la période de maintien du salaire prévue par la convention collective.

## 7.2. Montant des prestations

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire est fixé de manière à garantir, y compris l'éventuel salaire partiel :

- 30 % du salaire brut TA ;
- 80 % du salaire brut TB et TC.

Cette indemnité est majorée par le complément familial.

## 7.3. Complément familial

Une indemnité complémentaire est versée au salarié ayant des enfants à charge, sans toutefois que la somme des versements ne puisse excéder la rémunération mensuelle brute du salarié qu'il aurait perçue s'il avait travaillé.

Le versement du complément familial de 5 % s'effectue par enfant à charge.

Ce complément familial s'ajoute également au salaire défini par la convention collective lorsque le salarié a épuisé son droit au maintien intégral du salaire versé par l'employeur.

## 7.4. Durée de versement

Les indemnités complémentaires sont versées tant que les indemnités journalières sont versées par la sécurité sociale et en cas de longue maladie au maximum de 1 095 jours. En tout état de cause, le versement cesse à la date de liquidation de la pension de retraite par la sécurité sociale.

## 7.5. Revalorisation

Les prestations complémentaires sont revalorisées conformément aux dispositions de l'article 12.

## 7.6. Paiement

### 1. Cas où le contrat de travail est maintenu

Il appartient à l'employeur d'établir mensuellement à terme échu le bulletin de paie correspondant au versement des prestations nettes, d'effectuer les différents précomptes.

### 2. Cas où le contrat de travail est rompu

Les prestations garanties par le régime de prévoyance, n'ayant plus le caractère de salaire, sont exclues de l'assiette des cotisations de la sécurité sociale. Elles sont payées directement par l'organisme de prévoyance au bénéficiaire qui en assure la déclaration auprès de l'administration fiscale.

En cas de versement en ALD, conformément aux dispositions de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale, par décision de la caisse primaire d'assurance maladie, les prestations ci-dessus ne sont pas imposables.

## CHAPITRE III

### INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

La reconnaissance par la sécurité sociale de la stabilisation d'un état d'incapacité consécutif à un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle, au sens de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, ouvre droit au versement d'une rente trimestrielle viagère versée par le gestionnaire du régime de prévoyance. Cette garantie est distincte de l'invalidité.

## Article 8

### *Conditions*

Le salarié doit être victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle qui ne lui permet plus d'accomplir le métier pour lequel il a été embauché. Le reclassement du salarié dans une autre activité de l'entreprise ne lui fait pas perdre le bénéfice de la garantie. Pour les salariés à temps partiel, l'assiette de calcul des prestations définies est celle de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

### 8.1. Date d'effet

Le régime de prévoyance verse une rente trimestrielle, sans condition d'ancienneté, dès le versement d'une rente par la sécurité sociale.

### 8.2. Montant de la rente

Le montant de la rente versée par l'assureur est de :

- 10 % du salaire annuel brut de référence lorsque le taux d'incapacité retenu par la sécurité sociale est d'au moins égal à 20 % ;
- 20 % du salaire annuel brut de référence lorsque le taux d'incapacité retenu par la sécurité sociale est supérieur à 20 % mais inférieur à 50 % ;
- 30 % du salaire annuel de référence lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 50 %.

L'incapacité permanente, d'un taux supérieur à 80 %, donne lieu, en outre, au versement anticipé des garanties en cas de décès.

### 8.3. Durée de la rente

La rente est viagère.

### 8.4. Paiement de la rente

La rente viagère est versée d'avance chaque trimestre civil. Elle est revalorisée conformément aux dispositions de l'article 12.

### 8.5. Complément familial

Dès lors qu'un salarié a un ou plusieurs enfants à charge et qu'il ne perçoit pas la totalité de son salaire, il reçoit un complément familial égal à 5 % du salaire annuel brut de référence. Ce complément est payé directement au bénéficiaire par l'institution de prévoyance.

### 8.6. Rente perte d'autonomie

La garantie a pour objet le versement d'une rente perte d'autonomie lorsque le salarié est victime, par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une perte d'autonomie qui nécessite l'assistance d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie.

Le montant de la rente est de 15 % du salaire annuel de référence.

Sur simple demande, l'organisme gestionnaire envoie un questionnaire à faire compléter par le médecin traitant, et à retourner sous pli confidentiel au service médical.

Par perte d'autonomie, on entend l'impossibilité d'exercer seul, même de façon partielle, au moins 3 des 5 actes de la vie courante.

Les 5 actes de la vie courante sont :

- boire et manger ;
- se lever, s'habiller et se déshabiller, se coucher ;
- se déplacer dans le logement ;
- se laver ;
- aller aux toilettes.

Pour les salariés à temps partiel, l'assiette de calcul des prestations définies est celle de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

La rente perte d'autonomie s'ajoute à une éventuelle allocation perte d'autonomie.

### 8.7. Paiement de la rente

La rente mensuelle est payable d'avance directement au bénéficiaire.

### 8.8. Durée du versement

Le service de la rente prend fin à la cessation de la perte d'autonomie.

### 8.9. Revalorisation

La rente est revalorisée conformément aux dispositions de l'article 12.

## CHAPITRE IV

### INVALIDITÉ

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle entraînant le versement d'une rente par la sécurité sociale, l'assuré bénéficie d'une rente complémentaire en pourcentage du salaire annuel brut de référence.

## Article 9

### *Date d'effet*

Le versement de la rente d'invalidité complémentaire intervient dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale. La pension d'invalidité se substitue à l'indemnité journalière perçue au titre de l'incapacité temporaire.

### 9.1. Montant de la prestation

Le montant de la rente en pourcentage du salaire annuel brut de référence, tel que défini à l'article 11, varie selon la catégorie d'invalidité reconnue par la sécurité sociale. Elle est égale à :

- 1<sup>re</sup> catégorie : 15 % ;
- 2<sup>e</sup> catégorie : 25 % ;
- 3<sup>e</sup> catégorie : 35 %.

Cette rente est versée en complément de celle de la sécurité sociale. Pour les salariés à temps partiel, l'assiette de calcul des prestations définies est celle de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

## 9.2. Durée du versement

La rente cesse d'être versée à la cessation de l'état d'invalidité.

## 9.3. Paiement

La rente complémentaire est versée trimestriellement à terme échu.

## 9.4. Revalorisation

La rente est revalorisée conformément aux dispositions de l'article 12.

## 9.5. Invalidité totale et définitive

Le classement par la sécurité sociale en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale avant la date de liquidation de la pension de retraite par la sécurité sociale permet à l'assuré de bénéficier par anticipation du capital décès, des rentes éducation et de conjoint.

## 9.6. Rente perte d'autonomie

La garantie a pour objet le versement d'une rente perte d'autonomie lorsque le salarié est victime, par suite d'un accident ou d'une maladie, d'une perte d'autonomie qui nécessite l'assistance d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie. Cette rente est versée uniquement aux salariés classés par la sécurité sociale en 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité.

Le montant de la rente est de 15 % du salaire annuel de référence.

Lorsque le salarié est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qu'il est classé en invalidité, il perçoit cette rente sans toutefois qu'elle puisse cumuler avec celle versée précédemment pour une incapacité permanente.

Sur simple demande, l'organisme gestionnaire envoie un questionnaire à faire compléter par le médecin traitant, et à retourner sous pli confidentiel au service médical.

Par perte d'autonomie, on entend l'impossibilité d'exercer seul, même de façon partielle, au moins 3 des 5 actes de la vie courante.

Les 5 actes de la vie courante sont :

- boire et manger ;
- se lever, s'habiller et se déshabiller, se coucher ;
- se déplacer dans le logement ;
- se laver ;
- aller aux toilettes.

Pour les salariés à temps partiel, l'assiette de calcul des prestations définies est celle de l'équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

La rente perte d'autonomie s'ajoute à une éventuelle allocation perte d'autonomie.

## 9.7. Durée

Le service de la rente prend fin à la cessation de la perte d'autonomie.

## 9.8. Paiement de la rente

La rente mensuelle est payable trimestriellement d'avance directement au bénéficiaire.

## 9.9. Revalorisation

La rente est revalorisée conformément aux dispositions de l'article 12.

## CHAPITRE V

### FONDS COLLECTIF DE RENTE POUR SOUTIEN SCOLAIRE

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, la garantie couverte par le fonds collectif de rente pour soutien scolaire est supprimée.

Par conséquent, toutes les demandes d'ouverture de rentes ayant un fait générateur postérieur au 31 décembre 2007 seront refusées. La date du fait générateur est déterminée par la date du licenciement d'un salarié de plus de 55 ans, ou par la date de mise à la retraite ou de départ à la retraite d'un salarié âgé de 60 ans ayant, dans chacun des cas, des enfants en âge scolaire.

Les partenaires sociaux, ayant constaté un solde créditeur sur ce fonds à la date du 31 décembre 2007, ont décidé de réaffecter les sommes du fonds collectif de rente à l'apurement d'un éventuel solde débiteur du compte de résultat en cas d'insuffisance de la provision d'égalisation.

Pendant une période transitoire allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2009, il est convenu que le solde créditeur de ce fonds ne pourra être inférieur à 100 000 €, et ce, afin d'assurer les éventuelles réalisations de provisionnements de capitaux constitutifs de rentes ayant un fait générateur antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et qui seraient déclarées pendant la période transitoire précitée.

A l'issue de la période transitoire, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2010, le reliquat du fonds non utilisé sera versé au crédit du compte de résultat.

## **Article 10**

### *Bénéficiaires*

Les dispositions du préambule de l'article 10 ainsi que les paragraphes 10.1 et 10.3 deviennent sans objet.

L'article 10.2 est modifié comme il suit :

#### « 10.2. Réaffectation de l'alimentation du fonds

La cotisation de 0,10 % du salaire mensuel brut est affectée aux risques prévoyance et ventilée dans les mêmes proportions.

L'abondement de 5 % de la provision d'égalisation est supprimé. »

## **CHAPITRE VI**

### **SITUATIONS PARTICULIÈRES**

#### **10.4. Rechutes**

En cas de rechute d'une affection ou d'un accident suite à une reprise du travail dans un délai de 3 mois, le salarié bénéficie des garanties du régime de prévoyance dès le premier jour de son arrêt.

#### **10.5. Maternité**

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant le congé maternité entraînant une non-reprise du travail à l'issue du congé, les garanties du présent régime sont maintenues.

#### **10.6. Chômage**

A tout salarié en chômage total, bénéficiant des allocations pour perte d'emploi, les garanties du régime restent acquises sous réserve de verser les cotisations correspondant au présent régime.

Pour l'application des dispositions des articles 3, 5, 6, de celles des chapitres III et IV, la base de calcul est le salaire de référence perçu au cours des 12 derniers mois d'activité précédant le mois au cours duquel a eu lieu le départ de la société. Pour l'application des articles 7 et 8, la rémunération garantie est limitée au montant de l'allocation mensuelle de chômage.

#### **10.7. Congé parental**

Pendant la durée du congé parental, les garanties du présent régime sont maintenues.

#### **10.8. Suicide**

En cas de suicide, les garanties du régime s'appliquent au terme de 2 ans d'affiliation, de date à date.

#### **10.9. Etat de guerre**

En cas de guerre mettant en cause l'Etat français, les garanties ne peuvent avoir effet que dans les conditions déterminées par la législation sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

## **CHAPITRE VII**

### **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

## **Article 11**

### *Salaire annuel brut de référence*

Le salaire annuel brut de référence est établi à partir des rémunérations brutes y compris les primes, gratifications et 13<sup>e</sup> mois perçus au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou le décès dans la limite de la tranche C.

Définitions :

- la tranche A (TA ou TI) ;
- la tranche B-C (TB-C ou T2-3) comprise entre le plafond TA de la sécurité sociale et 8 fois ce plafond ;
- pour les anciens salariés ou les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, il est établi à partir du salaire perçu au cours des 12 derniers mois d'activité ou du décès précédant le mois au cours duquel a eu lieu le départ de l'étude ou de la société commerciale de vente volontaire aux enchères publiques ;
- pour les salariés à temps partiel, l'assiette de la cotisation est celle du salaire à temps complet reconstitué conformément aux dispositions de la présente convention relatives au temps partiel.

## **Article 12**

### *Revalorisation des prestations*

Les prestations garanties sont revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année selon le même pourcentage d'augmentation que celui du plafond de la sécurité sociale.

Les prestations en cours de paiement, dont le fait générateur est survenu antérieurement à la date du 1<sup>er</sup> janvier, sont revalorisées au premier versement des prestations du premier trimestre.

#### 12.1. Décès

Si le décès survient alors que le salarié se trouve en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité, les prestations garanties sont déterminées en fonction de sa situation de famille lors du décès et de la rémunération brute annuelle du salarié à la date de l'arrêt de travail, revalorisée en fonction de l'évolution du plafond de la sécurité sociale entre la date de l'arrêt et celle du décès.

### Article 13

#### *Notion d'enfant à charge*

Sont considérés comme enfants à la charge du participant tous les enfants légitimes, reconnus, naturels adoptifs ou recueillis ou à naître, au sens de la législation fiscale.

#### CHAPITRE VIII

#### GESTION DU RÉGIME

Tous les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective doivent souscrire un contrat d'adhésion auprès de l'organisme gestionnaire désigné en annexe I.

Une convention de gestion est conclue entre les organismes assureurs et les membres de la commission mixte paritaire, signataires de l'accord de prévoyance.

### Article 14

#### *Obligation d'adhérer*

Les études de commissaires-priseurs judiciaires et les sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques doivent obligatoirement adhérer auprès de l'organisme désigné pour assurer la mutualisation des risques conformément aux dispositions des articles L. 911-1, L. 912 et L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les études de commissaires-priseurs judiciaires et les sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques entrant dans le champ professionnel du présent accord, dont l'une des catégories de leur personnel bénéficie déjà d'un régime de prévoyance à la date de signature du présent accord, sont tenues de souscrire les garanties du présent accord pour cette dernière catégorie auprès de l'organisme de prévoyance, désigné à l'annexe I.

Les études de commissaires-priseurs judiciaires et les sociétés de ventes volontaires entrant dans le champ d'application du présent accord professionnel, dont l'ensemble de leur personnel bénéficie déjà d'un régime de prévoyance à la date de signature du présent accord sont tenus de souscrire les garanties du présent accord pour l'ensemble de leur personnel auprès de l'organisme de prévoyance désigné à l'annexe I.

En tout état de cause, toutes les études de commissaires-priseurs judiciaires et toutes les sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques entrant dans le champ d'application de l'accord professionnel portant création d'un régime de prévoyance doivent adhérer pour les garanties du présent accord à l'organisme de prévoyance désigné à l'annexe I au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2003.

Par un contrat d'adhésion et une convention de gestion, l'organisme mutualisateur précise les procédures administratives et financières pour simplifier la mise en œuvre du régime.

Les études de commissaires-priseurs judiciaires et les sociétés commerciales de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques tiennent à la disposition du gestionnaire toutes les pièces comptables de nature à justifier les éléments servant de base tant au calcul des cotisations qu'à celui des prestations.

### Article 15

#### *Réserve d'égalsation*

Un fonds dit « de réserve d'égalsation » est créé. La réserve d'égalsation reçoit la participation aux excédents du régime et des produits financiers sur les provisions.

Aucun tiers – notamment actionnaire d'une société d'assurance, réassureur, courtier, agent général – ne peut recevoir un quelconque pourcentage de la participation aux excédents du régime et des produits financiers.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, ce fonds de réserve est alimenté à hauteur de 40 % des cotisations brutes de réassurance du régime, par 75 % des excédents bruts de réassurance du régime et des produits financiers constatés au jour de la signature du présent accord.

Les excédents du régime et les produits financiers sont versés au plus tard dans le mois qui suit la fin de l'exercice.

Le gestionnaire présente le compte de participation aux excédents du régime.

Le fonds d'égalsation alimente en tant que de besoin le fonds collectif de rente pour soutien scolaire et le fonds de revalorisation.

La réserve d'égalsation appartient au régime.

## Article 16

### *Gestion de la cotisation*

Le taux de cotisation défini par l'accord constitue la contrepartie des risques couverts par le régime. Cette cotisation est globale. Sur chaque risque il est affecté un pourcentage de la cotisation globale. Le taux des cotisations et sa répartition sont définis à l'annexe II du présent accord.

Au vu du rapport annuel, la commission paritaire de surveillance du régime peut modifier le pourcentage affecté sur chaque risque s'il s'avère que le taux de couverture d'un risque est inférieur à 0,85 ou s'il est supérieur à 0,95.

Pour assurer l'organisation et le suivi du régime auprès des salariés et des entreprises, les organisations signataires perçoivent en dédommagement des frais 1 % à répartir par capital du montant de la cotisation annuelle totale nette de réassurance.

## Article 17

### *Rapport annuel*

A la fin de chaque exercice et au plus tard dans les 3 mois qui suivent l'arrêté des comptes, l'organisme gestionnaire désigné établit un rapport à l'intention de la commission paritaire de surveillance du régime.

Ce rapport porte sur tous les éléments d'ordre démographique, économique, financier et social nécessaire à l'appréciation de l'application du présent accord. L'organisme gestionnaire présente et commente les comptes de résultat et le bilan du régime conformes aux dispositions de l'article L. 932-24-1 du code de la sécurité sociale.

Chacune des garanties fait l'objet d'une observation sur le ratio cotisation/prestation.

L'organisme gestionnaire présente un compte de résultat détaillé de chaque garantie, conforme aux obligations légales.

Des tableaux comparatifs, d'une année sur l'autre, permettant d'apprécier l'évolution du régime, risque par risque, sont insérés dans le rapport annuel. Les garanties couvrant les accidents du travail, l'incapacité permanente ou partielle ainsi que l'invalidité sont présentées avec la nature du handicap.

L'organisme modifie, à la demande de la commission paritaire de surveillance, la présentation du rapport annuel.

Chaque adhérent est destinataire du rapport annuel, lequel doit être également remis aux délégués du personnel.

## Article 18

### *Bilan d'application*

Les parties signataires se réunissent pour faire le bilan d'application du régime au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime.

En fonction des possibilités résultant des différents constats, bilans et analyses, les partenaires sociaux proposent à la commission paritaire et à l'organisme gestionnaire l'adaptation ou l'amélioration des prestations existantes, voire la création de garanties nouvelles.

Si un déséquilibre venait à se produire dans le rapport prestation/cotisation nécessitant le réajustement du taux de cotisation, les signataires du présent accord, réunis en commission paritaire, décident, en concertation avec l'organisme gestionnaire, du nouveau taux de cotisation.

## Article 19

### *Réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques*

Au vu du bilan d'application et dans un délai maximum de 3 ans d'application, les signataires du présent accord peuvent décider, après un appel d'offres, de transférer le contrat à un nouvel organisme mutualisateur des risques pour assurer les garanties du régime.

#### 19.1. Transfert du contrat

En cas de transfert du contrat de prévoyance à un nouvel organisme, l'organisme qui perd la gestion du contrat assure les prestations en cours de service y compris le capital décès.

L'organisme qui perd la gestion des risques assure les revalorisations des prestations en cours, conformément aux dispositions de l'article 12.

Le nouvel organisme doit accepter, selon les conditions de l'appel d'offres, le maintien du contrat selon les modalités définies au présent accord durant 3 ans.

La réserve d'égalisation et le fonds collectif de rente pour soutien scolaire sont transférés au nouvel organisme qui en assure la gestion.

Le fonds de revalorisation demeure propriété de l'organisme gestionnaire qui perd la gestion du régime. Cet organisme assure les revalorisations des prestations en cours de service et le paiement des garanties décès.

## **Article 20**

### *Frais de gestion*

Les frais de gestion par risque ne doivent pas être supérieurs à ceux recommandés par le CTIP.

En tout état de cause, les frais de gestion doivent être justifiés par l'organisme gestionnaire et ne peuvent être supérieurs :

- de 7 % pour la garantie décès ;
- de 7,5 % pour le service des rentes ;
- de 8 % pour les prestations complémentaires de l'incapacité temporaire.

Ces frais de gestions s'imputent sur la cotisation nette de réassurance.

## **Article 21**

### *Cessation des garanties*

Les garanties cessent au plus tard au moment de la liquidation de la retraite à l'exception des rentes viagères, sous condition suspensive, des rentes en cours de versement notamment la rente éducation ainsi que celle servie par le fonds collectif de rente pour soutien scolaire.

Les personnes garanties peuvent toutefois souscrire dans les 6 mois de la liquidation de la retraite un contrat individuel en contrepartie du paiement global de la cotisation conformément aux dispositions de la loi Evin et de la loi n° 94-678 du 8 août 1994.

L'adhésion, à titre individuel, des bénéficiaires des points 4 et 5 de l'article 2 proroge les garanties tant que ceux-ci versent les cotisations.

## **Article 22**

### *Risques exclus*

La mutilation volontaire.

Le risque de blessures ou de lésion provenant de rixes, d'insurrection sauf dans le cas où le participant n'y prendrait pas part directement ou s'il est en état de légitime défense.

Le risque de blessures provenant de faits de guerre dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.

## **Article 23**

### *Information du salarié*

Une notice d'information, élaborée par l'organisme gestionnaire en concertation avec les signataires de l'accord collectif portant création d'un régime de prévoyance, est remise par les offices de commissaires-priseurs judiciaires et les sociétés de ventes volontaires à tous les salariés. Si une modification des garanties du régime intervient, une notice complémentaire est remise aux salariés.

Le contrat de travail et le bulletin de salaire mentionnent les coordonnées de l'organisme gestionnaire du régime. En cas de rupture du contrat de travail, il doit être mentionné sur la lettre de licenciement ou le certificat de travail que le salarié peut bénéficier du maintien de la couverture des risques garantis par le présent régime ainsi que les conditions de souscription auprès de l'institution de prévoyance.

## **Article 24**

### *Prescription*

Les délais de prescription prévus en matière de prestations sont ceux mentionnés à l'article L. 221-11 du code de la mutualité. Toutefois, cette prescription ne court pas pour les offices de commissaires-priseurs judiciaires ou les sociétés de ventes volontaires qui se seraient exonérés des obligations résultant du présent accord.

## **CHAPITRE IX**

### **COMMISSION PARITAIRE DE SURVEILLANCE**

Il est institué une commission paritaire de surveillance du régime de prévoyance des salariés des offices de commissaires-priseurs judiciaires et des sociétés de ventes volontaires.

## **Article 25**

### *Composition*

La commission est composée des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord à raison d'un titulaire et d'un suppléant et d'un nombre égal de membres désignés par la chambre nationale des commissaires-priseurs et le syndicat des maisons de ventes volontaires aux enchères publiques.

La désignation d'un salarié d'un office de commissaires-priseurs judiciaires ou d'une société de ventes volontaires emporte autorisation d'absence rémunérée.

Un président et un secrétaire sont désignés pour un mandat annuel, respectivement et en alternance par chacun des collèges.



## **Article 26**

### *Attributions*

La commission dispose d'une délégation permanente du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, lui conférant un pouvoir de décision autonome, notamment :

- en matière de suivi et de contrôle du régime ;
- en matière de répartition des cotisations sur chaque risque, dans le respect du taux global ;
- en matière d'action sociale ;
- d'interprétation et d'application du texte de l'accord ;
- par l'examen des litiges résultant de cette application ;
- du contrôle des opérations administratives et financières ;
- de la gestion du fonds d'action sociale lorsqu'il existe ;
- d'information complémentaire sur le fonctionnement du régime.

La commission paritaire de surveillance se réunit au moins une fois par an et sur saisine d'un salarié sur l'application de l'accord, sur convocation de son président ou de son secrétaire. En outre, la commission se réunit pour recevoir le rapport d'activité, les comptes de résultat et le bilan du régime.

## **Article 27**

### *Logistique*

La préparation et la tenue des réunions de la commission paritaire de surveillance sont à la charge intégrale des gestionnaires.

Les frais exposés par ses membres, à l'occasion de leurs travaux, sont remboursés par le gestionnaire dès la désignation de l'organisme mutualisateur des risques du présent régime.

En outre, chacune des organisations signataires, chambre nationale des commissaires-priseurs, syndicat des maisons de ventes volontaire ou organisations syndicales de salariés, participe à l'information de la mise en place d'une couverture sociale par des insertions dans leurs publications professionnelles.

Le gestionnaire met à la disposition le typon de l'insertion. Ces insertions sont facturées au gestionnaire.

## **Article 28**

### *Formation*

Les formations effectuées avec le concours du gestionnaire du régime, dans le cadre du lancement du régime et de son suivi, sont à la charge du gestionnaire à raison de 1 jour annuel par organisation signataire de l'accord.

Fait à Paris, le 30 avril 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisations patronales :**

SYMEV ;  
CNCPJ ;  
SNCPJ.

#### **Syndicats de salariés :**

CFDT ;  
SPCPSVV CFE-CGC.

ANNEXE I  
GESTIONNAIRES DU RÉGIME

---

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la gestion du régime de prévoyance des offices de commissaires-priseurs judiciaires et des sociétés de ventes volontaires est assurée par la MACIF mutualité prévoyance collective. Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité immatriculé sous le n° 429127921.

## ANNEXE II

### COTISATIONS

---

Les cotisations de 1,65 % de la tranche A et 1,65 % de la tranche B et C sur le salaire annuel de référence sont déterminées comme suit :

Pour la tranche A :

- 1,50 % pour l'employeur ;
- 0,15 % pour le salarié.

La cotisation relative à la complémentaire maladie est à la charge exclusive du salarié.

Pour la tranche B et C : 1,65 %.

La cotisation de la tranche B et C est répartie comme suit :

- 30 % pour l'employeur ;
- 70 % pour le salarié.

La cotisation de 0,38 % sur la tranche B relative à la complémentaire maladie est à la charge exclusive du salarié.

Brochure n° 3261

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1611. – ENTREPRISES DE LOGISTIQUE,**  
**DE COMMUNICATION ÉCRITE DIRECTE**

---

RECTIFICATIF AU BULLETIN OFFICIEL N° 2010-43 DU 20 NOVEMBRE 2010

NOR : ASET1051289Z  
IDCC : 1611

---

**Page 8, 2<sup>e</sup> grille :**

*Au lieu de :*

« Grille des salaires minima mensuels applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 ».

*Lire :*

« Grille des salaires minima mensuels applicables à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010 ».

Brochure n° 3090

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1527. – IMMOBILIER**  
**(Administrateurs de biens, sociétés immobilières,**  
**agents immobiliers, etc.)**

---

**AVENANT N° 48 DU 23 NOVEMBRE 2010**  
RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1150010M  
IDCC : 1527

---

**PRÉAMBULE**

Les partenaires sociaux de la branche de l'immobilier ont élaboré, négocié et conclu un accord instituant principalement un régime de base obligatoire de prévoyance (incapacité, invalidité, décès) et un régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé, afin d'apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

En effet, il est apparu essentiel aux partenaires sociaux de :

- renforcer la protection sociale des salariés de la branche ;
- rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs ;
- faciliter l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Pour ce faire, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur désigné.

Bien évidemment, au-delà de ces régimes de base obligatoires, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles instituées par le présent accord.

Le présent accord a donc pour objet, d'une part, de modifier l'article 26 « Prévoyance et complémentaire santé » de la convention collective nationale de l'immobilier (titre I<sup>er</sup>) et, d'autre part, de créer, au sein de la convention collective nationale, une annexe « Régimes de prévoyance et de remboursement de frais de santé » (titre II).

Par ailleurs, les dispositions générales relatives à la mise en œuvre du présent accord sont regroupées dans un titre III.

**TITRE I<sup>ER</sup>**

**MODIFICATION DE L'ARTICLE 26**  
**DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'IMMOBILIER**

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

*Modification de l'article 26 de la convention collective nationale de l'immobilier*

L'article 26 « Prévoyance et complémentaire santé » de la convention collective nationale de l'immobilier est désormais rédigé comme suit :

« Se reporter à l'accord collectif annexé à la présente convention intitulé "Accord relatif aux régimes de prévoyance et de remboursement de frais de santé". »

**TITRE II**

**RÉGIMES DE PRÉVOYANCE**  
**ET DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ**

Le présent titre a pour objet de formaliser la mise en place d'un régime de base obligatoire de prévoyance (chapitre II) et d'un régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé (chapitre III).

Pour ces deux régimes, les partenaires sociaux ont souhaité :

- préciser le champ d'application, les bénéficiaires et certaines définitions (chapitre I<sup>er</sup>) ;
- déterminer les modalités de mise en œuvre du dispositif « portabilité » institué par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 et précisé par un avenant n° 3 en date du 18 mai 2009 (chapitre IV),
- et organiser :
  - la mutualisation des dispositifs en désignant un organisme assureur ;
  - les modalités de suivi des régimes par la création d'une commission paritaire de suivi (chapitre V).

## CHAPITRE I<sup>ER</sup>

### CHAMP D'APPLICATION, BÉNÉFICIAIRES DES RÉGIMES ET DÉFINITIONS

#### Article 2

##### *Champ d'application professionnel et géographique*

Le présent accord a pour objet de définir un régime de base obligatoire de prévoyance et un régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé :

- au plan national c'est-à-dire en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer ;
- au bénéfice de l'ensemble des salariés bénéficiaires, tels que définis ci-après, relevant du champ d'application de la convention collective nationale de l'immobilier.

#### Article 3

##### *Salariés bénéficiaires des régimes de base obligatoires de prévoyance et de remboursement de frais de santé*

Sont bénéficiaires des régimes de base obligatoires de prévoyance et de frais de santé les salariés relevant du champ d'application du présent accord.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail et maladie professionnelle) et indemnisés par la sécurité sociale à ce titre sont bénéficiaires des régimes.

Par ailleurs, le bénéfice du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur.

Le salarié bénéficiaire du présent accord est nommé ci-après « le salarié bénéficiaire » ou « le participant ».

A ce stade, les partenaires sociaux souhaitent rappeler que les mandataires sociaux ne sont pas automatiquement bénéficiaires, en application du présent accord, des régimes de base obligatoires de prévoyance et de remboursement de frais de santé. Ainsi, les employeurs devront veiller à mettre en œuvre les procédures adéquates de droit des sociétés afin qu'ils puissent bénéficier, au besoin, des dispositifs susmentionnés.

#### Article 4

##### *Caractère obligatoire de l'adhésion et dispenses d'affiliation*

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime est obligatoire.

A ce niveau, les partenaires sociaux souhaitent rappeler que le personnel relevant des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 est soumis aux dispositions de l'article 7 de cette convention qui prévoit le versement d'une cotisation en matière de prévoyance de 1,50 % de la tranche A, à la charge de l'employeur. En outre, cette cotisation doit être affectée, au moins à hauteur de 0,76 %, à la couverture du risque décès. Chaque entreprise est donc tenue de veiller au respect de cette obligation.

Ainsi, les salariés suivants, à l'exclusion de ceux ayant le statut cadre au sens des articles 4, 4 *bis* et de l'annexe IV de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, ont la faculté de refuser d'adhérer au régime de base obligatoire de prévoyance et/ou au régime de base obligatoire de frais de santé dans les conditions suivantes :

- les salariés à temps très partiel (c'est-à-dire dont l'horaire de travail est inférieur à 50 % de la durée légale du travail ou de la durée conventionnelle de l'entreprise si elle est inférieure à la durée légale), n'ayant qu'un seul employeur, pourront être dispensés d'affiliation :
  - au régime de base obligatoire de prévoyance, à la condition que la cotisation mensuelle qu'ils devraient acquitter pour adhérer à ce régime représente au moins 10 % de leur rémunération mensuelle brute ;
  - au régime de base obligatoire de frais de santé, à la condition que la cotisation mensuelle qu'ils devraient acquitter pour adhérer à ce régime représente au moins 10 % de leur rémunération mensuelle brute.

En pratique, les salariés devront formuler la demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime, leur embauche ou leur passage à temps très partiel.

L'employeur doit conserver cet écrit afin d'être en mesure de le produire lors d'un contrôle Urssaf ;

- les travailleurs saisonniers et les salariés sous contrat à durée déterminée dont la durée du contrat est inférieure à 12 mois peuvent demander à ne pas adhérer au régime de base obligatoire de prévoyance et/ou au régime de base obligatoire de frais de santé.

En pratique, les salariés devront formuler leur demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime ou leur embauche.

L'employeur doit conserver cet écrit afin d'être en mesure de le produire lors d'un contrôle Urssaf ;

- les salariés à employeurs multiples pourront être dispensés d'affiliation :
  - au régime de base obligatoire de prévoyance dès lors qu'ils en font la demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime ou leur embauche et produisent, dans le même délai, et par la suite tous les ans avant le 1<sup>er</sup> février, un document justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs à titre obligatoire en matière de prévoyance ;
  - au régime de base obligatoire de frais de santé dès lors qu'ils en font la demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime ou leur embauche et produisent, dans le même délai, et par la suite tous les ans avant le 1<sup>er</sup> février, un document justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs à titre obligatoire en matière de remboursements de frais de santé.

L'employeur doit conserver le courrier du salarié ainsi que le ou les justificatifs qu'il a fournis afin d'être en mesure de les produire lors d'un contrôle Urssaf ;

- les salariés qui, à la date de mise en place du présent régime, sont déjà couverts par une assurance individuelle « frais de santé », dès lors qu'ils en font la demande, par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime et qu'ils produisent, dans le même délai, les documents attestant de l'existence du contrat individuel et de sa date d'échéance.

Cette dispense :

- ne vise que les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en œuvre du régime de base obligatoire de frais de santé et ne concerne pas les salariés embauchés postérieurement ;
- ne s'applique qu'au régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé ;
- est temporaire. En effet, sa durée est limitée à l'échéance du contrat individuel, si le salarié ne peut pas le résilier par anticipation.

L'employeur doit conserver le courrier du salarié ainsi que le ou les justificatifs qu'il a fournis afin d'être en mesure de les produire lors d'un contrôle Urssaf ;

- les salariés qui, à la date de mise en place du présent régime, sont déjà couverts par un régime obligatoire de prévoyance et/ou de remboursement de frais de santé, dès lors qu'ils en font la demande, par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime et qu'ils produisent, dans le même délai et par la suite tous les ans avant le 1<sup>er</sup> février, les documents attestant de l'existence d'une couverture obligatoire en matière de prévoyance et/ou de remboursement de frais de santé.

Cette dispense s'apprécie régime par régime et ne vise que les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en œuvre des régimes de base obligatoires de prévoyance et de frais de santé. Autrement dit, cette faculté de non-adhésion ne concerne pas les salariés embauchés postérieurement à la mise en œuvre du présent accord.

L'employeur doit conserver le courrier du salarié ainsi que le ou les justificatifs qu'il a fournis afin d'être en mesure de les produire lors d'un contrôle Urssaf.

S'agissant de la situation des ayants droit du salarié bénéficiaire pour la mise en œuvre du régime de base obligatoire de frais de santé, il est nécessaire de se reporter à l'article 13.

En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser aux régimes :

- s'ils ne formulent pas leur demande de non-affiliation dans les délais et conditions prévus au présent article ;
- s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés au cas par cas.

## Article 5

### Définitions

Pour la mise en œuvre du présent accord, certaines notions nécessitent d'être définies.

Ainsi est considéré comme conjoint, pour le régime de base obligatoire de prévoyance :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du participant à la date de l'événement donnant lieu à prestation, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus de 1 an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge.

Les enfants à charge sont, pour la mise en œuvre du régime de base obligatoire de prévoyance, les enfants du participant ou de son conjoint :

- âgés de moins de 18 ans et fiscalement à charge du participant au sens de l'article 196 du code général des impôts, y compris les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès et dont la filiation est reconnue ;
- célibataires de moins de 21 ans ayant demandé leur rattachement fiscal au foyer de leurs parents ;
- célibataires de moins de 25 ans, justifiant de la poursuite de leurs études, à charge du participant au sens du paragraphe 3 de l'article 6 du code général des impôts, ou au titre desquels le participant contribue à l'entretien par le versement d'une pension alimentaire résultant d'une décision de justice ;
- handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire de la carte d'invalidité civile prévue par le code de l'action sociale et des familles.

La situation de famille prise en considération est obligatoirement celle, dûment justifiée, du participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours mentionné ci-dessus.

Traitement de base pour le calcul des prestations du régime de prévoyance :

Concernant les salariés en activité, le traitement de base servant d'assiette au calcul des prestations de prévoyance est constitué de la rémunération brute (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes et gratifications) perçues au cours des 12 mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail, servant d'assiette pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale, limité aux tranches suivantes :

- tranche A : fraction de la rémunération limitée au montant du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche B : fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la sécurité sociale et inférieure ou égale à 4 fois ce même plafond.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations soumises à cotisations sociales. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Si le salarié est en arrêt de travail total ou en mi-temps thérapeutique, le traitement de base servant au calcul des prestations décès est la rémunération brute soumise à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail ou le mi-temps thérapeutique (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes et gratifications). La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail ou du début du mi-temps thérapeutique et celle du décès. La revalorisation est opérée sur la base de la valeur du point de retraite tel que défini par l'ARRCO pour les années considérées. En tout état de cause, le taux final de revalorisation est déterminé par décision du conseil d'administration de l'institution en concertation avec les membres de la commission paritaire de suivi, au vu et dans la limite des résultats techniques du régime.

Quelle que soit la situation :

- le traitement de base est limité aux tranches A et B ;
- les primes, indemnités et rappels versés lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus du traitement de base ;
- la rémunération retenue pour la détermination du traitement de base est celle déclarée par l'entreprise à l'institution. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre.

Le traitement de base journalier correspond au traitement de base annuel divisé par 365.

Traitement de base pour le financement du régime de prévoyance :

Les prestations de prévoyance sont assurées en contrepartie du paiement d'une cotisation assise sur la rémunération brute (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes et gratifications) de chaque participant, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la sécurité sociale (limitation aux tranches A et B).

Les primes, indemnités et rappels versés au participant lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus de l'assiette de cotisation.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail, la cotisation est assise sur la moyenne de la rémunération brute (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes et gratifications), moyenne des 12 derniers mois au cours desquels une activité a été exercée, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la sécurité sociale (limitation aux tranches A et B).

## CHAPITRE II

### RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE DE PRÉVOYANCE

Les partenaires sociaux entendent préciser :

- les modalités de financement du dispositif (section 1) ;
- les prestations assurées par l'organisme assureur en contrepartie de ce financement (section 2).



*Section 1*  
*Financement du régime de base obligatoire de prévoyance*

**Article 6**

*Taux de cotisations*

Les cotisations servant au financement du contrat sont fixées en pourcentage du traitement de base tel que défini à l'article 5 du présent accord, dans la limite des tranches A et B déterminées de la façon suivante :

- TA : traitement de base compris entre 0 et 1 fois le plafond de la sécurité sociale ;
- TB : traitement de base compris entre 1 fois et 4 fois le plafond de la sécurité sociale .

*(En pourcentage.)*

PRESTATION	TAUX DE COTISATION	
	Taux de base	Taux d'appel
Décès et annexes	0,15	0,13
Incapacité	0,15	0,13
Invalidité	0,14	0,13
Total cotisations prévoyance	0,44	0,39

Les taux de cotisations sont maintenus pour 3 ans, ainsi que le taux d'appel, à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constante.

Les évolutions ultérieures des cotisations :

- sont décidées au sein de la commission paritaire de suivi prévue à l'article 24 du présent accord dès lors qu'elles se situent entre le taux d'appel (0,39 %) et le taux contractuel (0,44 %) ;
- font l'objet d'une négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord dès lors qu'elles conduisent à la détermination d'un taux supérieur au taux contractuel (0,44 %).

**Article 7**

*Répartition de la cotisation*

La cotisation prévue à l'article 6 est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 55 % à la charge de l'employeur ;
- 45 % à la charge du salarié.

Cependant, le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 est soumis aux dispositions de l'article 7 de cette même convention qui prévoit le versement d'une cotisation en matière de prévoyance de 1,50 % sur la tranche A, à la charge de l'employeur. En outre, cette cotisation doit être affectée, au moins à hauteur de 0,76 %, à la couverture du risque décès.

Chaque entreprise est donc tenue de se mettre en conformité avec ces dispositions et l'organisme assureur désigné aura en charge de proposer aux entreprises un régime supplémentaire permettant notamment de se conformer aux obligations susvisées.

*Section 2*

*Prestations du régime de base obligatoire de prévoyance*

En contrepartie des cotisations mentionnées ci-dessus, l'organisme assureur organise la couverture des garanties suivantes :

- décès (art. 8) composée des prestations suivantes :
  - décès toutes causes (art. 8.1) ;
  - invalidité absolue et définitive (IAD) (art. 8.2) ;
  - double effet (art. 8.3) ;
  - allocation obsèques (art. 8.4) ;
- incapacité de travail (art. 9) ;
- invalidité (art. 10),

dans les conditions ci-après développées.

Par ailleurs, certaines exclusions sont communes aux garanties listées ci-dessus (art. 11).

Enfin, dans certains cas, une revalorisation des prestations ou de son assiette de calcul est opérée (art. 12).

## **Article 8**

### *Garantie décès*

#### **Article 8.1**

##### *Garantie décès toutes causes*

###### Nature de la garantie décès toutes causes

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause mais à l'exclusion des événements prévus à l'article 11 du présent accord, un capital décès est versé aux bénéficiaires, ci-après définis.

###### Montant du capital décès

Il est versé un capital égal à 80 % du traitement de base, tel que défini à l'article 5.

###### Bénéficiaires du capital décès

Le participant a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser au titre du présent accord.

Le participant peut, à tout moment, modifier la désignation du (ou des) bénéficiaire(s). Pour cela, il doit en faire la déclaration par pli recommandé avec avis de réception à l'organisme d'assurance désigné au présent accord et stipuler le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment, il devient alors bénéficiaire acceptant. Dans ces circonstances, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, sauf cas particuliers prévus par le code de la sécurité sociale, le code des assurances et le code civil.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le participant, le capital sera, sauf stipulation contraire ou nouvelle désignation, attribué dans l'ordre défini ci-dessous.

En dehors d'une désignation particulière expresse dûment notifiée par le participant, le capital décès est versé selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint ;
- à défaut, aux enfants du participant nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants du participant par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers déterminés par l'ordre de dévolution successorale.

#### **Article 8.2**

##### *Garantie invalidité absolue et définitive (IAD)*

###### Nature de la garantie invalidité absolue et définitive

Cette garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès toutes causes au participant en état d'invalidité absolue et définitive (IAD). Ce paiement anticipé met fin à l'ensemble des garanties décès, à l'exception du double effet prévu à l'article 8.3 du présent accord.

L'invalidité absolue et définitive est celle qui met le participant définitivement dans l'incapacité de se livrer à un travail rémunéré lui donnant gain ou profit, et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. Plus précisément, le participant doit être classé en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale et bénéficier d'une pension correspondante de la sécurité sociale ou avoir, au titre de la réglementation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, un taux d'incapacité permanente, avec majoration pour tierce personne, au moins égale à 100 % et percevoir une rente correspondante.

###### Montant du capital invalidité absolue et définitive

Le montant du capital invalidité absolue et définitive est identique à celui versé en cas de décès toutes causes indiqué à l'article 8.1 du présent accord.

#### **Article 8.3**

##### *Garantie double effet*

###### Nature de la garantie double effet

En cas de décès du conjoint, tel que défini à l'article 5, simultané ou postérieur à celui du participant, un capital supplémentaire est versé aux enfants à charge à la condition que le décès du conjoint ait la même origine que celle du participant et le décès du conjoint intervienne, au maximum, dans les 6 mois suivant l'événement à l'origine du décès du participant.

###### Montant du capital double effet

Le montant du capital est fixé à 100 % du capital décès toutes causes. Il est versé exclusivement aux enfants à charge, tels que définis à l'article 5, à parts égales entre eux.

La garantie cesse en cas de mariage, de Pacs ou de concubinage du conjoint survivant.

## **Article 8.4**

### *Garantie obsèques*

#### Nature de la garantie obsèques

En cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis aux articles ci-dessus, il est prévu le versement d'une allocation.

#### Montant de la garantie obsèques

L'allocation est égale à 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

L'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Conformément aux dispositions légales, le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

## **Article 9**

### *Garantie incapacité de travail*

#### Nature de la garantie incapacité de travail et lien avec les obligations issues de l'article 24 de la convention de branche de l'immobilier

Le régime de base obligatoire de prévoyance assure le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale, en cas d'arrêt total temporaire de travail du participant par suite de maladie ou d'accident dès lors qu'il bénéficie des prestations en espèces prévues à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (maladie et accident de droit commun) ou à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail, indemnisation de l'incapacité temporaire).

La garantie incapacité de travail intervient en relais des obligations conventionnelles décrites à l'article 24 de la convention collective de branche de l'immobilier, c'est-à-dire seulement pour les participants qui ont bénéficié d'un maintien de rémunération en application de cet article et une fois que la rémunération du participant n'est plus maintenue en application de cet article.

#### Montant de la garantie incapacité de travail

Le montant de l'indemnité journalière est de 60 % du traitement de base journalier, tel que défini à l'article 5, sous déduction des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le participant pendant la période d'arrêt total temporaire de travail ne peut pas dépasser 100 % du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

Le service des prestations cesse au plus tard :

- dès la fin du versement des prestations en espèces par la sécurité sociale ;
- au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale ;
- à la date de reprise du travail ;
- au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié.

## **Article 10**

### *Garantie invalidité*

#### Nature de la garantie invalidité

Le régime de base obligatoire de prévoyance assure le versement d'une rente au participant classé en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité telles que prévues à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ou dont l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisé au titre du livre IV du code de la sécurité sociale lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 33 % correspondant à une rente servie par la sécurité sociale égale à 17 %.

#### Montant de la garantie invalidité

##### Invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie

L'invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie donne droit au versement d'une rente égale à 36 % du traitement de base limité à la tranche A et à la tranche B, sous déduction, notamment, des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale.

##### Invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie

L'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie donne droit au versement d'une rente égale à 60 % du traitement de base limité à la tranche A et à la tranche B, sous déduction, notamment, des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne pour la 3<sup>e</sup> catégorie).

Invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident de trajet  
ou d'une maladie professionnelle

Si le taux d'incapacité permanente déterminé par la sécurité sociale est :

- inférieur à 33 %, aucune rente n'est versée ;
- supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1<sup>re</sup> catégorie ;
- supérieur ou égal à 66 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie.

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le participant pendant la période où la garantie invalidité est mise en œuvre ne peut pas dépasser 100 % du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale pendant toute la durée de l'invalidité du participant. Le versement de la rente cesse au plus tard :

- lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la sécurité sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la sécurité sociale ;
- à la date de transformation de la pension invalidité ou de la rente incapacité permanente en pension vieillesse par la sécurité sociale ;
- au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical concluant à une invalidité non justifiée.

### **Article 11**

#### *Exclusions*

Pour les garanties décès de base et double effet

Le risque décès est couvert quelle que soit la cause, maladie ou accident, et le lieu où il se produit, sous réserve des dispositions suivantes :

Suicide :

Le suicide volontaire est exclu de la garantie s'il survient au cours de la première année d'affiliation à un régime d'assurance collective garantissant le risque décès.

Risque atomique :

Les garanties ne sont pas accordées pour les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Les présentes dispositions s'appliquent également à la garantie double effet.

Pour les garanties invalidité absolue et définitive, incapacité de travail, invalidité

Les risques ci-dessus sont garantis, à l'exclusion de ceux résultant :

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant ;
- des risques aériens :
  - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ;
  - pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil ultraléger motorisé (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ;
- de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- de la consommation d'alcool constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal précisé par le code de la route ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

### **Article 12**

#### *Revalorisation*

Une revalorisation est appliquée :

- d'une part, sur les prestations incapacité de travail-invalidité après la première année d'indemnisation du sinistre ;
- d'autre part, sur le traitement de base servant au calcul de l'ensemble des garanties décès pour la période comprise entre les dates d'arrêt de travail et du décès.

Le montant de revalorisation est indexé sur l'évolution de la valeur du point de retraite tel que défini par l'ARRCO. En tout état de cause, le taux final de revalorisation est déterminé par décision du conseil d'administration de l'ins-

tution en concertation avec les membres de la commission paritaire de suivi, au vu et dans la limite des résultats techniques du régime.

### CHAPITRE III

#### RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

Les partenaires sociaux entendent préciser :

- les modalités de financement du dispositif (section 1) ;
- les prestations assurées par l'organisme assureur en contrepartie de ce financement (section 2) ;
- les modalités de maintien de garantie en application de l'article 4 de la loi dite « Evin » du 31 décembre 1989 (section 3).

##### Section 1

##### *Financement du régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé*

#### Article 13

##### *Taux de cotisations*

Les prestations du régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé sont assurées en contrepartie du paiement, pour chaque participant, d'une cotisation mensuelle exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PSS).

En cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail (licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD...) au cours d'un mois civil, la totalité de la cotisation du mois au cours duquel l'embauche ou la rupture est intervenue est due.

*(En pourcentage.)*

FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE	TAUX de cotisation global par adulte et/ou par enfant	PART EMPLOYEUR par adulte et/ou par enfant	PART SALARIÉ par adulte et/ou par enfant
Régime général			
Adulte	1,21	0,67	0,54
Enfant	0,66	0,36	0,30
Régime Alsace-Moselle			
Adulte	0,61	0,34	0,27
Enfant	0,40	0,22	0,18

Les taux de cotisations sont maintenus pour 3 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Les participants devront obligatoirement acquitter leur part de cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser une ou plusieurs cotisations « adulte » et/ou « enfant » sont définis de la manière suivante :

- le conjoint de l'assuré, s'il bénéficie des prestations de la sécurité sociale au titre d'ayant droit du participant ;
- les enfants du participant ou de son conjoint, à la charge du participant au sens de l'article L. 313-3, 2° et 3°, du code de la sécurité sociale ;
- le concubin qui ne travaille pas et les enfants de celui-ci s'ils sont considérés par la sécurité sociale comme ayant droit du participant ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) qui ne travaille pas et les enfants de celui-ci s'ils sont considérés par la sécurité sociale comme ayant droit du participant.

Ainsi, sous réserve des dispenses d'affiliation concernant les ayants droit et énoncées ci-après, les salariés doivent obligatoirement affilier leurs ayants droit au dispositif et à titre d'exemple :

- un participant dont le conjoint ne travaille pas et bénéficie des prestations de la sécurité sociale en qualité d'ayant droit devra acquitter deux cotisations « adulte » ;
- un participant divorcé ayant deux enfants mineurs à sa charge au sens de la sécurité sociale devra acquitter, outre sa cotisation « adulte », deux cotisations « enfant ».

Par ailleurs, les salariés ont l'obligation d'informer leur employeur de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale ayant un impact sur la cotisation.

Toutefois, les participants peuvent être autorisés à acquitter une cotisation différente de celle correspondant à leur situation familiale objective, dès lors qu'ils en font la demande auprès de leur employeur et qu'ils justifient annuellement et par écrit que son (ses) ayant(s) droit :

- est (sont) déjà couvert(s), par ailleurs, par un régime remplissant les conditions posées aux alinéas 6 et 8 de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- est (sont) couvert(s) par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale de leur personnel.

En pratique, les salariés devront formuler la demande, par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime ou leur embauche et produire, dans le même délai et par la suite tous les ans avant le 1<sup>er</sup> février, un document justifiant de la situation de leur(s) ayant(s) droit.

A défaut, les salariés seront contraints d'acquitter la cotisation afférente à leur situation familiale objective.

L'employeur doit conserver le courrier du salarié ainsi que le ou les justificatifs qu'il a fournis afin d'être en mesure de les produire lors d'un contrôle Urssaf.

## **Article 14**

### *Répartition de la cotisation*

Les cotisations prévues à l'article 13 sont prises en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes : 55 % à la charge de l'employeur et 45 % à la charge du salarié.

## *Section 2*

### *Prestations du régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé*

## **Article 15**

### *Généralités*

Le régime de base obligatoire de remboursement de frais de santé institué par le présent accord est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets pris pour son application. En conséquence :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et laissées à la charge de chaque patient ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.

Les obligations de prise en charge prévues en cas de respect du parcours de soins coordonnés sont respectées. De même, la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour au moins deux des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, figurant sur la liste définie par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, est intégralement prise en charge.

## **Article 16**

### *Niveau des prestations du régime de base obligatoire de frais de santé*

Les prestations qui incluent le remboursement de la sécurité sociale ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Pour la maternité ou l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, la garantie a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire.

NATURE DES SOINS	PRESTATION (y compris remboursements sécurité sociale)
<b>Consultations, visites (généralistes)</b>	100 % BR
<b>Consultations, visites (spécialistes)</b>	100 % BR
<b>Radiographie, électroradiologie</b>	100 % BR
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100 % BR
<b>Analyses médicales</b>	100 % BR
<b>Actes de prévention responsable</b>	100 % BR
<b>Pharmacie remboursée</b>	100 % BR

NATURE DES SOINS	PRESTATION (y compris remboursements sécurité sociale)
<b>Honoraires chirurgicaux</b> (2) (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques, médicaux, d'obstétrique)	100 % BR
<b>Hospitalisation</b> Frais de séjour (2) Forfait journalier hospitalier (3) Chambre particulière (par jour) (4)	100 % BR Prise en charge intégrale en médecine et chirurgie 25 €
<b>Maternité</b> Adoption d'un enfant de moins de 12 ans Dépassements d'honoraires et chambre parti- culière	Forfait de 10 % PMSS
<b>Optique</b> Verres (1) Montures (1) Lentilles (remboursées par la sécurité sociale) (1)	Forfait global de 10 % PMSS par an
<b>Dentaire</b> Soins dentaires Prothèses dentaires remboursées par la sécu- rité sociale Traitements orthodontiques remboursés	100 % BR 200 % BR 200 % BR
<b>Forfait médecine douce</b> Homéopathie Nutritionniste Acupuncture Etiopathie Ostéopathie Chiropractie	Forfait global de 80 € par an
BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (le plafond en vigueur est celui retenu au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement). (1) Forfait annuel par bénéficiaire. (2) Base de remboursement : dans le cas du secteur non conventionné, le rembourse- ment est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné. (3) Prise en charge intégrale limitée au forfait en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2009. Le régime Alsace-Moselle assure le remboursement de cette prestation. (4) La chambre particulière n'est pas prise en charge dans le cadre d'un accouche- ment.	

### Section 3

#### *Maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi Evin*

Au titre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, la couverture frais de santé organisée au présent accord sera maintenue à l'identique :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du chapitre IV du présent accord relatif à la mise en œuvre de la portabilité ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Les tarifs applicables aux personnes visées ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

## CHAPITRE IV

### MISE EN ŒUVRE DE LA PORTABILITÉ

L'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 a institué un dispositif de portabilité des droits applicables aux régimes de prévoyance (incapacité, invalidité, décès) et frais de santé.

Ce dispositif a été modifié et précisé par un avenant n° 3 à l'ANI en date du 18 mai 2009.

En application de ce dispositif, les anciens salariés bénéficient du maintien des régimes prévoyance et/ou frais de santé, dans les conditions appliquées dans l'entreprise, dès la cessation de leur contrat de travail (sauf faute lourde), sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour bénéficier de la portabilité les droits à couverture complémentaire doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Autrement dit, le dispositif de portabilité ne concerne que les salariés bénéficiaires des régimes frais de santé et/ou prévoyance au moment de la cessation de leur contrat de travail. Et l'ancien salarié doit fournir, à son ancien employeur, un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que son ancien employeur fera la demande.

Le maintien de garantie portera sur une durée égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié, appréciée en mois entiers arrondis à la valeur supérieure, dans la limite de 9 mois, et la durée d'indemnisation au titre du chômage. Autrement dit, la cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des régimes fait cesser le maintien. L'ancien salarié est donc tenu d'informer son ancien employeur de tout changement dans sa situation.

Le maintien de garantie est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des régimes frais de santé et prévoyance des salariés en activité.

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de la garantie incapacité ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Les modalités de mise en œuvre de la portabilité et, notamment, son mode de financement sont laissés au choix de l'entreprise lorsqu'elle ne rejoint pas l'organisme assureur désigné.

## CHAPITRE V

### DÉSIGNATION DE L'ORGANISME ASSUREUR ET COMMISSION PARITAIRE DE SUIVI

#### Article 17

##### *Désignation de l'organisme assureur*

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et au regard des objectifs visés en préambule, les parties au présent accord ont désigné, en qualité d'organisme assureur de l'ensemble des garanties du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé, l'institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM), institution de prévoyance agréée régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 5-9, rue Van-Gogh, 75012 Paris.

Les partenaires sociaux signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 3 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné. Pour ce faire, la commission paritaire de suivi, visée à l'article 24, se réunira régulièrement et au plus tard 6 mois avant l'expiration de ce délai de 3 ans en vue de procéder à une analyse comparative.

Il est convenu qu'un ou plusieurs organismes gestionnaires pourront être sollicités pour la gestion de tout ou partie des régimes institués par le présent accord dans le cadre de protocole de délégation de gestion à intervenir avec l'organisme assureur désigné.

#### Article 18

##### *Adhésion des entreprises*

A compter du premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de l'immobilier ainsi que celles qui y ont adhéré ont l'obligation d'adhérer aux contrats de base obligatoire de prévoyance et de frais de santé.

Les entreprises sont tenues de régulariser administrativement leur adhésion auprès de l'organisme assureur désigné, en retournant le bulletin d'adhésion visé à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale dûment rempli.

Par exception, les entreprises ayant souscrit, antérieurement au premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, un contrat de prévoyance et/ou de remboursement de frais de santé au profit de tout ou partie de son personnel, couvrant les mêmes risques à un niveau au moins équivalent à ceux définis ci-dessous devront :

- soit faire bénéficier de leur régime de prévoyance et/ou frais de santé les catégories de personnel mentionnées à l'article 3, non couvertes, et leur garantir à un niveau équivalent les risques visés au présent accord ;
- soit adhérer pour la totalité du personnel visé à l'article 3 au(x) contrat(s) collectif(s) de branche.



Les entreprises ayant souscrit, antérieurement au premier jour du mois suivant la date de publication de l'arrêté d'extension du présent accord, un contrat de prévoyance et/ou de remboursement de frais de santé ne garantissant pas les mêmes risques à un niveau équivalent au présent accord devront :

- soit adapter les dispositions de leur(s) contrat(s) de prévoyance et/ou de frais de santé à un niveau au moins équivalent dans un délai de 12 mois suivant la date de publication de l'arrêté d'extension du présent accord ;
- soit adhérer au(x) contrat(s) collectif(s) de branche pour la totalité du personnel visé à l'article 3.

En outre, en cas de renégociation, les entreprises mentionnées ci-dessus conservent leur faculté de contracter avec tout organisme assureur de leur choix, dès lors que les conditions de mise en œuvre de la couverture prévoyance santé sont au moins égales aux conditions de base.

Enfin, les groupes composés de plusieurs entités juridiques ou les entreprises qui ont, préalablement à l'entrée en vigueur du présent avenant, en leur sein un dispositif unique global de prévoyance et de couverture des frais de santé au moins égal aux conditions de base pourront en cas d'acquisition ou de création d'une nouvelle entité l'intégrer dans le dispositif global préexistant.

Pour l'application du présent article :

- en matière de prévoyance, la notion de risques s'entend : du décès, de l'incapacité et de l'invalidité ;
- le régime de base frais de santé constitue globalement un risque ;
- il convient de prendre en compte, de façon distincte, le régime de base de prévoyance et le régime de base de frais de santé ;
- la comparaison des contrats souscrits pour la mise en œuvre du présent accord et des éventuels contrats préexistants ne tient pas compte des modalités de répartition des cotisations entre les employeurs et les salariés et des modalités de mise en œuvre de la portabilité.

Les sociétés entrant dans le champ d'application professionnel du présent accord et soumises aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics et ses décrets d'application conservent, du fait des obligations de transparence et de mise en concurrence auxquelles elles sont soumises, la liberté de souscrire tout contrat de prévoyance et/ou de remboursement de frais de santé respectant les niveaux de garanties définis au présent accord. En outre, ces sociétés disposent, compte tenu des obligations qui sont les leurs en matière d'appel d'offres, d'un délai de plus de 12 mois pour organiser la garantie des risques mentionnés au présent accord à un niveau équivalent.

## **Article 19**

### *Sinistres en cours à la date d'adhésion*

Les partenaires ont souhaité rappeler, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, les principales situations qui peuvent se rencontrer lorsque des sinistres sont déjà réalisés au jour où l'entreprise adhère au contrat auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 18.

Ainsi, concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations en espèces de la sécurité sociale sans être indemnisés au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'organisme d'assurance désigné prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au présent accord.

Dans le cas où un assureur couvre déjà le sinistre intervenu, selon les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin complétée par la loi du 17 juillet 2001 :

- cet organisme doit maintenir le versement des rentes en cours de service à leur niveau atteint à la date de résiliation du contrat.

En outre, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'assurance en cours devrait être sans effet sur les prestations, immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution ;

- la résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'assurance en cours devrait être sans effet sur les prestations à naître au titre de la garantie décès.

Parallèlement, afin de permettre aux entreprises de se conformer aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale et de la loi n° 94-678 du 8 août 1994, l'organisme d'assurance désigné à l'article 18 prendra en charge, si le précédent organisme assureur ne le garantissait pas :

- la revalorisation des prestations en cours de service ;
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

Par ailleurs, l'organisme assureur désigné prendra en charge l'éventuel delta existant entre la garantie décès maintenue par le précédent organisme assureur et celle déterminée en application du présent accord.

L'ensemble de ces engagements prennent effet au jour de l'adhésion de l'entreprise au régime sous réserve de présenter à l'organisme assureur désigné à l'article 18 du présent accord la liste détaillée des assurés concernés.

## **Article 20**

### *Adhésion tardive aux régimes de base obligatoires*

L'entreprise relevant de l'obligation d'adhésion au régime de base obligatoire de prévoyance auprès de l'organisme désigné et qui, n'ayant pas spontanément adhéré dans les 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent

accord et n'aurait pas participé à la mutualisation du régime se verra appliquer lors de son adhésion, après avis de la commission paritaire, rétroactivement, une compensation financière tenant compte du risque qu'elle représente. Cette somme est calculée à partir des déclarations annuelles des données sociales (DADS) concernées par cette régularisation.

Cette compensation financière sera égale au versement de la totalité des cotisations patronales et salariales de prévoyance depuis l'entrée en vigueur de son obligation jusqu'à sa date d'adhésion avec application des taux en vigueur à cette même date, sous réserve d'avoir été touchée par l'envoi du bulletin d'adhésion mentionné à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale.

Cette indemnité n'est toutefois pas due pour toute entreprise nouvellement créée qui rejoindrait l'organisme désigné dans un délai de 12 mois suivant sa création.

## **Article 21**

### *Changement d'organisme assureur désigné*

En cas de changement d'organisme assureur désigné, décidé par les partenaires sociaux, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur seront prises en charge par l'organisme dénoncé au niveau atteint à cette date.

Le nouvel assureur désigné aura à sa charge la revalorisation de ces rentes prévues contractuellement à compter de la date de reprise du risque.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance au niveau atteint, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être prise en charge par le nouvel organisme assureur.

## **Article 22**

### *Communication et information*

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur désigné remettra à chaque entreprise adhérente une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les cas de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garantie ainsi que les délais de prescription.

Les partenaires sociaux rappellent que les entreprises adhérentes seront tenues de remettre un exemplaire de cette notice à chaque salarié.

## **Article 23**

### *Etablissement des comptes de résultats*

Les comptes de résultats du régime seront établis par l'organisme assureur désigné, en application des dispositions prévues par la loi n° 89-1009 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990. Ces comptes seront transmis à la commission paritaire de suivi, visée à l'article 24, au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos.

## **Article 24**

### *Commission paritaire de suivi*

La composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de la commission paritaire de suivi sont précisées dans un règlement intérieur annexé au présent accord.

### *Composition*

Il est créé une commission paritaire de suivi du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé.

Cette commission est composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'un nombre égal de représentants des organisations patronales signataires.

### *Réunions*

La commission paritaire de suivi se réunit autant que de besoin, et au moins 2 fois par an, sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations signataires de l'accord.

Une de ces réunions sera dédiée à l'approbation des comptes de résultats du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé. Elle aura lieu au plus tard le 31 août de l'exercice suivant la clôture fixée au 31 décembre.

### *Missions*

La commission paritaire de suivi a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de prévoyance institué par le présent accord :

- application et interprétation du texte de l'accord ;
- examen des litiges survenant dans l'application du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé et conciliation ;

- examen des comptes détaillés du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé, fournis par l'organisme assureur désigné ;
- contrôle des opérations administratives et financières ;
- propositions d'ajustements et d'améliorations des dispositions du régime de base obligatoire de prévoyance et/ou du régime de base obligatoire de frais de santé ;
- promotion du régime en collaboration avec les parties prenantes au régime de base obligatoire de prévoyance et au régime de base obligatoire de frais de santé ;
- validation de l'augmentation des taux de cotisation au régime de base obligatoire de prévoyance, dans la limite des taux de base mentionnés à l'article 6 du chapitre II du présent accord ;
- suivi de la mise en conformité des contrats existants.

### TITRE III

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article 25

#### *Information sur les régimes supplémentaires optionnels de prévoyance et de remboursement de frais de santé*

Au-delà du régime de base obligatoire de prévoyance et du régime de base obligatoire de frais de santé, les entreprises peuvent adhérer auprès de l'organisme assureur désigné à des garanties plus favorables. A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options et des taux de cotisations aménagés.

Ce choix des entreprises sera fait par voie d'accord, référendum ou décision unilatérale conformément aux exigences de formalisme de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale pour le bénéfice de l'exonération sociale et fiscale.

### Article 26

#### *Durée. – Révision. – Dénonciation. – Entrée en vigueur. – Formalités de dépôt*

##### *Durée. – Modalités de révision et de dénonciation*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra, à tout moment, être révisé ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2261-7, L. 2261-8 et L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail.

La demande de révision peut intervenir à tout moment, à l'initiative de l'une des parties signataires. Elle doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, l'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

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

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 6 mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance annuelle de la convention d'assurance collective.

##### *Date d'effet*

Le présent accord prend effet le premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension pour l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application du présent accord.

##### *Dépôt et extension*

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord au(x) ministère(s) compétent(s).

Fait à Paris, le 23 novembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisations patronales :**

SNPI ;  
SNRT ;  
FSIE.

#### **Syndicats de salariés :**

CFDT ;  
CGT-FO ;  
CFE-CGC.

ANNEXE  
RÈGLEMENT INTÉRIEUR  
DE LA COMMISSION PARITAIRE DE SUIVI (CPS)

---

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

*Composition et présidence*

Les représentants titulaires sont désignés par les organisations syndicales signataires et peuvent être remplacés par des représentants suppléants également désignés par les organisations syndicales signataires.

La commission est présidée alternativement, pour une durée de 1 an, par un représentant des organisations syndicales de salariés et un représentant des organisations patronales élu par les membres de la commission.

**Article 2**

*Réunions et délibérations*

**Article 2.1**

*Convocation*

La commission paritaire de suivi se réunit autant que de besoin, et au moins 2 fois par an, sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations signataires de l'accord.

Les organisations syndicales patronales non signataires pourront participer aux débats en qualité d'observateurs sur invitation du CPS.

L'ordre du jour est déterminé par le président de la commission.

Les convocations doivent être adressées, par le secrétariat de la commission, au moins 3 semaines avant le déroulement de la réunion. Les convocations contiennent l'ordre du jour de la réunion.

**Article 2.2**

*Réunion*

La commission se réunit au 46, rue de Rome, 75008 Paris (COPI) ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation.

Il est tenu, à chaque réunion, une liste d'émargement signée par les participants à la réunion de la commission.

Le président dirige les débats et signe le procès-verbal établi par le secrétariat.

Le procès-verbal relatant la décision adoptée doit être notifié aux parties concernées dans le délai de 8 jours suivant la réunion.

Les convocations et procès-verbaux de réunions sont communiqués pour information au représentant du ministère concerné, président de la commission mixte.

**Article 2.3**

*Quorum et délibérations*

La réunion ne peut valablement être ouverte que si la moitié des organisations dans chaque collège est représentée.

Si le quorum n'est pas atteint dans l'un ou l'autre collège, un procès-verbal de carence est établi par le secrétariat auquel est jointe toute déclaration faite par un ou plusieurs membres de la commission.

Tout membre de la commission empêché d'assister à une séance peut donner pouvoir à un titulaire du même collège.

Toute présence à la réunion de la commission autre que celle des membres de droit implique l'accord de la majorité des membres dans l'un et l'autre collège.

Chacune des organisations peut s'exprimer sur le dossier soumis à la commission avant qu'il ne soit procédé à l'adoption d'une décision. La commission peut adopter :

- soit une déclaration d'incompétence, ou une décision de renvoi à une prochaine réunion ou en commission paritaire régionale ou nationale. Cette décision est prise à la majorité des organisations dans l'un et l'autre collège.

En cas de décision de renvoi, la commission peut demander un complément d'information ou, éventuellement, à l'unanimité, désigner un membre de chacune des délégations patronale et salariale pour instruire contradictoirement le dossier.

La décision de renvoi doit fixer le délai de dépôt de ce complément de dossier et la date de la prochaine réunion de la commission de conciliation.

Le secrétariat de la commission se tient informé de la suite donnée à l'affaire et communique cette information aux réunions suivantes de la commission ;

- soit une décision. Cette décision ne peut être prise que si elle recueille une majorité de voix dans chacun des collèges.

Les procès-verbaux de carence, de déclaration d'incompétence, de décision de renvoi, de désaccord, de décision sont établis et diffusés par le secrétariat.

### **Article 3**

#### *Secrétariat de la commission*

Le comité des organisations patronales des professions immobilières (COPPI) assure au 46, rue de Rome, 75008 Paris le secrétariat de la commission : convocation de la commission par lettre recommandée, établissement et diffusion des procès-verbaux.

### **Article 4**

#### *Dénonciation et modification*

Le présent règlement intérieur peut être dénoncé ou modifié dans les conditions prévues par l'article 26 de l'accord relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé.

Brochure n° 3136

**Convention collective nationale**

**IDCC : 1480. – JOURNALISTES**

---

**ACCORD DU 3 DÉCEMBRE 2010**

RELATIF AUX SALAIRES MINIMA GARANTIS MENSUELS AU 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2010

NOR : ASET1150014M

IDCC : 1480

Après concertation entre la FNPS et les organisations syndicales représentatives des journalistes professionnels, le 3 décembre 2010, il a été convenu ce qui suit :

A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, les minima garantis prévus par la convention collective du 27 octobre 1987 des journalistes professionnels sont revalorisés de 0,4 % fixés suivant le tableau figurant en annexe.

Il est rappelé que, conformément à l'accord conclu le 17 juin 2010, une première revalorisation de 0,8 % est intervenue au 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Les parties conviennent, pour les négociations qui seront menées sur les minima garantis 2011, de prendre en considération les conclusions du présent accord et d'examiner ses conditions d'application au vu de l'évolution de la situation économique des entreprises et des indices officiels.

A l'occasion de cette négociation, qui se tiendra au cours du premier trimestre 2011, la situation particulière des journalistes niveaux 90 et 95 sera évoquée.

Fait à Paris, le 3 décembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

FNPS.

**Syndicats de salariés :**

CFDT ;

CFTC.

## ANNEXE

### **Minima garantis mensuels des journalistes de la presse d'information spécialisée (art. 22 de la convention collective des journalistes) au 1<sup>er</sup> décembre 2010**

Base temps plein : 151,67 heures.

*(En euros.)*

QUALIFICATION	NIVEAU	SALAIRE MINIMAL conventionnel
Directeur des rédactions	185	2 420
Rédacteur en chef	185	2 420
Rédacteur en chef adjoint	160	2 108
Chef de service rédactionnel	140	1 852
Secrétaire général de la rédaction	140	1 852
Premier secrétaire de rédaction	133	1 769
Premier rédacteur graphiste	133	1 769
Chef de rubrique	133	1 769
Secrétaire de rédaction unique	133	1 769
Reporter-photographe	110	1 480
Reporter-dessinateur	110	1 480
Reporter	110	1 480
Secrétaire de rédaction	110	1 480
Rédacteur-rewriter	110	1 480
Rédacteur réviseur	110	1 480
Rédacteur graphiste	110	1 480
Rédacteur unique	105	1 435
Rédacteur spécialisé	105	1 435
Rédacteur	100	1 419
Stagiaire 2 <sup>e</sup> année	95	1 406
Stagiaire 1 <sup>re</sup> année	90	1 376

Prime d'appareil photographique (protocole d'accord du 4 juillet 1979) : 52 €.

Elle n'est due que si le journaliste utilise son appareil personnel à la demande de l'employeur.

**Convention collective départementale**  
**IDCC : 898. – INDUSTRIES MÉTALLURGIQUES, MÉCANIQUES,**  
**ÉLECTRIQUES, CONNEXES ET SIMILAIRES**  
**(Allier)**  
**(21 juillet 1976)**

(Etendue par arrêté du 17 octobre 1978,  
*Journal officiel* du 17 novembre 1978)

**ACCORD DU 8 DÉCEMBRE 2010**  
RELATIF AUX TAUX EFFECTIFS GARANTIS ANNUELS,  
AUX RÉMUNÉRATIONS MINIMALES HIÉRARCHIQUES ET À LA PRIME DE PANIER  
NOR : ASET1150011M  
IDCC : 898

Entre :  
L'UIMM de l'Allier,  
D'une part, et  
La CFDT ;  
La CFE-CGC.  
D'autre part,  
il a été convenu ce qui suit :

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

A compter de l'année 2010, les taux effectifs garantis annuels établis sur la base d'un horaire hebdomadaire de 35 heures, soit 151,67 heures par mois, pour chacun des divers niveaux et échelons de la classification découlant de l'accord national du 21 juillet 1975 modifié, sont les suivants :

(En euros.)

NIVEAU	ÉCHELON	COEFFICIENT	SALAIRE ANNUEL
I	1	140	16 126
	2	145	16 216
	3	155	16 306
II	1	170	16 396
	2	180	16 486
	3	190	16 586
III	1	215	17 036
	2	225	17 650
	3	240	18 600
IV	1	255	19 500
	2	270	20 500
	3	285	21 600



NIVEAU	ÉCHELON	COEFFICIENT	SALAIRE ANNUEL
V	1	305	23 150
	2	335	25 315
	3	365	27 900
		395	29 850

Ces taux effectifs garantis annuels constituant une garantie distincte de celle visée par l'accord du 13 juin 1980 n'ont pas à supporter la majoration de 5 ou 7 % prévue par ledit accord.

#### **Article 2**

Ces taux effectifs garantis annuels s'appliquent dans les conditions définies à l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n° 15 du 24 janvier 1995 introduisant les nouvelles dispositions de l'article 47, paragraphe *a*, de la convention collective du 21 juillet 1976.

#### **Article 3**

Les taux effectifs garantis annuels comprennent les compensations pécuniaires versées pour l'ensemble des réductions de la durée du travail.

#### **Article 4**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, la valeur du point servant à la fixation du barème des rémunérations minimales hiérarchiques prévue à l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n° 15 du 24 janvier 1995 introduisant les nouvelles dispositions de l'article 47, paragraphe *b*, de la convention collective du 21 juillet 1976, est fixée par le présent accord à 4,70 € pour un horaire de 151,67 heures par mois.

#### **Article 5**

L'indemnité de panier prévue à l'article 35 de la convention collective est fixée à 7,44 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### **Article 6**

Les parties signataires réaffirment leur volonté de voir s'appliquer effectivement le principe de l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes pour un travail de même valeur.

Le respect de ce principe constitue un élément essentiel de la dynamique d'égalité professionnelle et de mixité des emplois indispensables au développement économique de notre société et à la reconnaissance de la place des femmes dans le monde du travail.

#### **Article 7**

Le présent accord a été fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations représentatives dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du code du travail et dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du même code.

Fait à Montluçon, le 8 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3187

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1423. – NAVIGATION DE PLAISANCE**

**AVENANT N° 41 DU 17 NOVEMBRE 2010**  
**RELATIF À LA RÉPARTITION DE LA CONTRIBUTION LÉGALE**  
**AU FONDS PARITAIRE DE SÉCURISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS**

NOR : ASET1150001M  
IDCC : 1423

**PRÉAMBULE**

L'accord national interprofessionnel du 7 janvier 2009 et la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie ont instauré une contribution au profit du fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP), calculée sur la base des obligations légales de financement de la formation professionnelle continue des entreprises prévues aux articles L. 6331-2 et L. 6331-9 du code du travail.

Le présent accord a pour objet de préciser la répartition de la contribution versée au FPSPP, au titre du plan de formation et de la professionnalisation, dans le cadre du taux fixé chaque année par arrêté ministériel, pour les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises relevant de la navigation de plaisance du 31 mars 1979.

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

*Répartition de la contribution versée au fonds paritaire  
de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP)*

Les parties signataires décident que la répartition de la contribution des entreprises au fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP), au titre du plan de formation et au titre de la professionnalisation, est déterminée (sur la base de la masse salariale brute des entreprises de l'année précédente) comme suit :

- 2/3 du montant de la contribution de l'entreprise au financement du FPSPP au titre de la professionnalisation ;
- 1/3 du montant de la contribution des entreprises au financement du FPSPP au titre du plan de formation.

**Article 2**

*Dispositions finales*

Le présent avenant est conclu pour une durée déterminée courant jusqu'au 31 décembre 2011.

Le présent avenant est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations représentatives dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du code du travail et dépôt dans les conditions prévues par l'article L. 2231-6 du même code.

Il entrera en vigueur le lendemain de son dépôt.

Fait à Paris, le 17 novembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

FIN.

**Syndicats de salariés :**

FM CFE-CGC ;

FBPCC CGT-FO.

Brochure n° 3252

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1539. – COMMERCE DE DÉTAIL DE PAPETERIE,**  
**FOURNITURES DE BUREAU, DE BUREAUTIQUE ET INFORMATIQUE,**  
**ET DE LIBRAIRIE**

---

**ACCORD DU 20 OCTOBRE 2010**  
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UNE COMMISSION NATIONALE PARITAIRE DE VALIDATION DES ACCORDS COLLECTIFS

NOR : ASET1150008M  
IDCC : 1539

---

Conformément aux articles L. 2232-21 et L. 2232-22 du code du travail, il est institué dans la branche relevant de la convention collective nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique, une commission nationale paritaire de validation (CNPV).

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

*Objet*

La commission nationale paritaire de validation est chargée de valider les accords d'entreprises de moins de 200 salariés dépourvues de délégués syndicaux ainsi que les accords conclus avec le comité d'entreprise ou, à défaut, avec le(s) délégué(s) du personnel désigné(s) comme délégué(s) syndical(aux) dans les entreprises de moins de 50 salariés.

L'accord doit être conclu par des élus qui représentent plus de 50 % des suffrages exprimés lors des dernières élections professionnelles.

Après la signature des accords d'entreprise visés au présent article, le chef d'entreprise ou son représentant transmettra l'accord pour validation à la commission nationale paritaire de validation. Cette transmission devra être accompagnée des derniers procès-verbaux d'élections.

Les organisations syndicales et professionnelles au niveau de la branche et membres de la présente commission sont convoquées à une réunion de validation.

**Article 2**

*Rôle de la commission*

Le rôle de la commission nationale paritaire de validation est d'effectuer un contrôle de validité. La commission nationale paritaire de validation contrôle que l'accord d'entreprise n'enfreint pas les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables.

La validité des accords d'entreprise ou d'établissement négociés et conclus conformément à l'article L. 2232-21 du code du travail est subordonnée à leur conclusion par des membres titulaires élus au comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel titulaires représentant la majorité des suffrages exprimés lors des dernières élections professionnelles et contrôle que l'accord collectif n'enfreint pas les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables. Si l'une des deux conditions n'est pas remplie, l'accord est réputé non écrit.

**Article 3**

*Composition de la commission*

La commission est composée d'un membre titulaire et d'un membre suppléant désignés par chacune des organisations représentatives nationales syndicales de salariés de la présente convention collective et d'un nombre égal total d'employeurs issus d'organisations professionnelles représentatives.

**Article 4**

*Procédure*

Lorsque l'entreprise décide d'engager des négociations, elle en informera par écrit le secrétariat de l'APGEB (12, rue des Pyramides, 75001 Paris) qui assure le secrétariat de la convention collective nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique.

Elle fournira à cette occasion :

- une copie de chacun des accords qui sont soumis à la validation ;
- une fiche signalétique dûment complétée et signée par l'employeur ou son représentant et les représentants élus du personnel signataire de l'accord comportant les informations suivantes : identification de l'entreprise, effectif de l'entreprise sur les 12 mois précédant la mise en place de l'accord, le nombre d'établissements, leur répartition géographique ;
- une copie du dernier procès-verbal des élections de son entreprise ;
- une copie des accords d'entreprise cités dans l'accord soumis à la validation.

Lorsque l'entreprise souhaitera soumettre à la commission nationale paritaire de validation l'accord finalisé et signé, elle en fera la demande par écrit, et joindra une copie de l'accord signé par les élus.

Ces documents seront adressés au secrétariat de l'APGEB qui assure le secrétariat de la convention collective nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique.

Cette saisine fait courir le point de départ du délai de 4 mois tel que prévu par l'article L. 2232-21 du code du travail.

Si le secrétariat constate que le dossier est incomplet, il demande par écrit aux signataires de compléter le dossier.

La commission nationale paritaire de validation devra se réunir dans un délai maximal de 2 mois.

La commission nationale paritaire de validation sera présidée alternativement par un membre du collège employeur et un membre du collège salarié.

Le collège salarié composé de FEC CGT-FO, CGT, CFDT, CFTC, FNECS CFE-CGC dispose d'une voix par organisation.

Pour le collège patronal, la FEB dispose de 5 voix.

L'accord est validé s'il a obtenu au sein du collège représentant les employeurs et au sein du collège représentant les salariés, la majorité des voix des membres présents ou représentés.

En cas d'égalité de voix pour et contre, l'accord est réputé non valide.

La commission nationale paritaire de validation validera ou invalidera l'accord et motivera par écrit sa décision.

Cet accord est applicable le jour suivant le dépôt de l'accord à la direction générale du travail.

Cet accord est applicable le jour suivant son dépôt au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion.

Fait à Paris, le 20 octobre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

FEB.

**Syndicats de salariés :**

CFTC ;

FNECS CFE-CGC ;

FS CFDT ;

CGT commerce ;

FEC FO.

Brochure n° 3290

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1874. – PRESSE D'INFORMATION SPÉCIALISÉE**  
**(Cadres, techniciens et agents de maîtrise)**

---

**ACCORD DU 22 NOVEMBRE 2010**  
**RELATIF AUX SALAIRES MINIMA GARANTIS MENSUELS AU 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2010**

NOR : ASET1150012M  
IDCC : 1874

Après concertation entre la FNPS et les organisations syndicales représentatives des cadres et assimilés, le 22 novembre 2010, il a été convenu ce qui suit :

A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, les minima garantis prévus par la convention collective du 1<sup>er</sup> juillet 1995 sont revalorisés de 0,4 % fixés suivant le tableau figurant en annexe.

Il est rappelé que, conformément à l'accord conclu le 17 juin 2010, une première revalorisation de 0,8 % est intervenue au 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Les parties conviennent, lors des négociations qui seront menées sur les minima garantis 2011, de prendre en considération les conclusions du présent accord et d'examiner ses conditions d'application au vu de l'évolution de la situation économique des entreprises et des indices officiels.

Fait à Paris, le 22 novembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

FNPS.

**Syndicats de salariés :**

CFDT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

## ANNEXE

### Minima garantis mensuels temps plein (151,67 heures) des cadres et assimilés au 1<sup>er</sup> décembre 2010

(En euros.)

GROUPE	NIVEAU	ANCIENNETÉ							
		A 1 0 à 3 ans	A 2 3 à 6 ans	A 3 6 à 9 ans	A 4 9 à 12 ans	A 5 12 à 15 ans	A 6 15 à 18 ans	A 7 18 à 20 ans	A 8 plus de 20 ans
II	14	2 983	3 161	3 250	3 338	3 429	3 518	3 608	3 697
	13	2 689	2 797	2 868	2 940	3 012	3 082	3 155	3 227
	12	2 565	2 672	2 743	2 814	2 887	2 958	3 029	3 100
	11	2 439	2 547	2 618	2 689	2 762	2 832	2 904	2 977
	10	2 312	2 421	2 492	2 564	2 636	2 706	2 778	2 849
I	9	2 033	2 122	2 166	2 220	2 273	2 325	2 380	2 434
	8	1 947	2 033	2 086	2 141	2 184	2 238	2 290	2 345
	7	1 858	1 947	1 998	2 051	2 104	2 149	2 201	2 255
	6	1 772	1 858	1 901	1 966	2 015	2 068	2 122	2 166
Assimilés	5	1 713	1 784	1 825	1 869	1 914	1 959	2 001	2 045
	4	1 713	1 784	1 825	1 869	1 914	1 959	2 001	2 045
	3	1 659	1 731	1 775	1 816	1 861	1 906	1 951	1 992
	2	1 659	1 731	1 775	1 816	1 861	1 906	1 951	1 992
	1	1 608	1 659	1 703	1 749	1 793	1 833	1 878	1 923

Expérience professionnelle

Cadre débutant :

– de 0 à 12 mois : 1 608 € ;

– de 12 à 14 mois : 1 677 €.

Technicien débutant :

– de 0 à 12 mois : 1 516 € ;

– de 12 à 24 mois : 1 588 €.

Brochure n° 3289

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1871. – PRESSE D'INFORMATION SPÉCIALISÉE**  
**(Employés)**

---

**ACCORD DU 22 NOVEMBRE 2010**  
**RELATIF AUX SALAIRES MINIMA GARANTIS MENSUELS AU 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2010**

NOR : ASET1150013M  
IDCC : 1871

---

Après concertation entre la FNPS et les organisations syndicales représentatives des employés, le 22 novembre 2010, il a été convenu ce qui suit :

A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, les minima garantis prévus par la convention collective du 1<sup>er</sup> juillet 1995 sont revalorisés de 0,4 % fixés suivant le tableau figurant en annexe.

Il est rappelé que, conformément à l'accord conclu le 17 juin 2010, une première revalorisation de 0,8 % est intervenue au 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Les parties conviennent, lors des négociations qui seront menées sur les minima garantis 2011, de prendre en considération les conclusions du présent accord et d'examiner ses conditions d'application au vu de l'évolution de la situation économique des entreprises et des indices officiels.

Fait à Paris, le 22 novembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

FNPS.

**Syndicats de salariés :**

CFDT ;  
CGT-FO ;  
CFTC.

# ANNEXE

## Minima garantis mensuels temps plein (151,67 heures) des employés au 1<sup>er</sup> décembre 2010

(En euros.)

NIVEAU	ANCIENNETÉ							
	A1 0 à 3 ans	A2 3 à 6 ans	A3 6 à 9 ans	A4 9 à 12 ans	A5 12 à 15 ans	A6 15 à 18 ans	A7 18 à 20 ans	A8 plus de 20 ans
15	1 671	1 715	1 761	1 804	1 848	1 892	1 937	1 968
14	1 629	1 672	1 715	1 759	1 801	1 844	1 887	1 915
13	1 588	1 628	1 670	1 711	1 754	1 795	1 837	1 864
12	1 545	1 585	1 625	1 665	1 705	1 747	1 786	1 813
11	1 502	1 542	1 580	1 619	1 658	1 696	1 737	1 763
10	1 460	1 497	1 536	1 573	1 611	1 648	1 685	1 711
9	1 432	1 466	1 502	1 540	1 575	1 612	1 648	1 672
8	1 397	1 426	1 458	1 492	1 528	1 563	1 598	1 621
7	1 370	1 390	1 418	1 446	1 480	1 513	1 548	1 570
6	1 365	1 370	1 388	1 415	1 442	1 474	1 506	1 528
5	1 360	1 365	1 383	1 409	1 435	1 463	1 493	1 514
4	1 355	1 360	1 365	1 390	1 415	1 440	1 466	1 486
3	1 353	1 355	1 360	1 368	1 393	1 416	1 440	1 457
2	1 351	1 353	1 355	1 360	1 370	1 393	1 416	1 431
1	1 349	1 351	1 353	1 355	1 360	1 369	1 392	1 406



**Convention collective nationale**  
**RETRAITE ET PRÉVOYANCE DES CADRES**  
**(Accord du 14 mars 1947)**  
**(15 juin 1983)**

(Etendue par arrêté du 14 mars 1987,  
*Journal officiel* du 13 mai 1987)

---

**Accord national interprofessionnel**  
**RETRAITE DES SALARIÉS NON CADRES**  
**(Accord du 8 décembre 1961)**  
**(15 mars 1988)**

(*Bulletin officiel* n° 1988-11 bis)  
(Etendu par arrêté du 21 juin 1988,  
*Journal officiel* du 30 juin 1988)

---

**ACCORD DU 25 NOVEMBRE 2010**  
PORTANT PROROGATION DE L'ACCORD DU 23 MARS 2009  
SUR LES RÉGIMES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE AGIRC ET ARRCO

NOR : ASET1150016M

Entre :

Le MEDEF ;  
La CGPME ;  
L'UPA,

D'une part, et

La CGT ;  
La CFDT ;  
La CGT-FO ;  
La CFTC ;  
La CFE-CGC,

D'autre part,

Vu l'accord du 23 mars 2009 ;

Considérant l'attachement des partenaires sociaux aux régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO ;

Considérant l'articulation nécessaire entre les régimes complémentaires et le régime de base d'assurance vieillesse ;

Considérant le délai nécessaire à la conclusion d'un nouvel accord relatif aux régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO,

il a été convenu ce qui suit :

**Article unique**

Sans préjudice des mesures à adopter avant le 31 mars 2011 pour garantir l'avenir des régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO, l'accord national interprofessionnel du 23 mars 2009 sur les régimes de retraite complémentaire est prorogé jusqu'au 30 juin 2011, date à laquelle il cessera de produire ses effets.

Dans ce cadre, le montant global des dotations de gestion allouées aux institutions AGIRC et ARRCO, au titre du premier semestre 2011, sera égal en euros constants au montant alloué au titre de l'exercice 2010 divisé par deux. De

même, le montant des prélèvements sur cotisations affectés à l'action sociale pour l'AGIRC et pour l'ARRCO, au titre du premier semestre 2011, sera égal en euros constants au montant alloué au titre de l'exercice 2010 divisé par deux.

Fait à Paris, le 25 novembre 2010.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3218

**Convention collective nationale**

**IDCC : 1261. – ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL  
(Centres sociaux et socioculturels,  
associations d'accueil de jeunes enfants,  
associations de développement social local)**

**AVENANT N° 05-10 DU 24 NOVEMBRE 2010  
RELATIF À LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

NOR : ASET1150000M  
IDCC : 1261

**TITRE I<sup>ER</sup>**

**MODIFICATION DU CHAPITRE VIII « FORMATION PROFESSIONNELLE »  
DE LA CONVENTION COLLECTIVE DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL**

L'article 1<sup>er</sup> du chapitre VIII est ainsi rédigé. Il annule et remplace le précédent.

« Les associations de la branche sont confrontées à des situations et à des mutations complexes : décentralisation, négociation des politiques et des projets à l'échelon local, diminution des moyens, précarisation des financements, changements culturels, problèmes sociaux, dans un contexte réglementaire qui nécessite le renforcement des stratégies de qualification. L'activité des associations est variée et appelle des compétences professionnelles multiples, techniques et parfois politiques, notamment pour le développement du projet associatif.

A cet égard, la connaissance du milieu dans ses évolutions, ses problèmes et ses dynamiques, l'élaboration, la gestion et l'évaluation d'un projet (social, culturel, économique) par rapport à ce milieu, avec d'autres partenaires, requièrent qualifications et professionnalisation des salariés du secteur ainsi que le développement de méthodes et d'outils de travail.

La formation professionnelle permet l'accès à la qualification et le développement des compétences qui pourront être vus tant au regard des besoins de l'association qu'en fonction des projets d'évolution professionnelle des salariés.

C'est pourquoi les partenaires sociaux s'accordent pour considérer que la formation est un élément du parcours professionnel des salariés qui témoigne de la motivation partagée par le salarié et l'employeur de servir le projet de l'association.

La formation professionnelle permettra notamment de sécuriser les parcours professionnels, les rendant plus stables et moins précaires, au bénéfice des salariés tant au sein même de la branche que dans un autre secteur.

Les partenaires sociaux demandent que la dimension formation soit prise en compte dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation. »

L'article 3 du chapitre VIII est ainsi rédigé. Il annule et remplace le précédent.

**« Article 3**

*Plan de formation de l'entreprise*

**3.1. Elaboration du plan de formation annuel**

Un plan de formation annuel est arrêté par l'employeur après avis de la commission formation de l'entreprise.

L'élaboration du plan de formation s'effectue sous la responsabilité de l'employeur dans le respect des obligations définies par la réglementation en vigueur.

Lorsque l'employeur élabore le plan de formation, il doit respecter le principe de non-discrimination entre les salariés.

### 3.2. Commission formation et consultation des représentants du personnel

La commission formation de l'entreprise est composée paritairement de représentants de l'employeur et des salariés. La représentation des salariés est assurée par les instances représentatives. A défaut, dans les associations de moins de 10 salariés, ceux-ci désignent leurs représentants à cette commission. Le plan de formation qu'elle propose est actualisé annuellement.

### 3.3. Différentes actions de formation

Le plan de formation est présenté en respectant les 2 catégories suivantes :

- les actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi (catégorie 1) ;
- les actions de développement des compétences (catégorie 2).

Chaque catégorie détermine le régime applicable au temps de formation et à la rémunération du salarié conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

### 3.4. Formation des bénévoles

La gestion associative des structures composant la branche professionnelle nécessite de pouvoir former les dirigeants bénévoles en fonction des missions qu'ils occupent.

Ainsi, une partie des droits ouverts au titre du plan de formation pourra permettre la formation des bénévoles.

Les partenaires sociaux entendent par dirigeant bénévole : l'administrateur élu ou désigné par les statuts de la structure de la branche. De ce fait, le dirigeant bénévole peut être le président, le vice-président, le trésorier, le secrétaire et toutes personnes élues assumant des fonctions de dirigeant "dûment établies" ou titulaires d'une délégation liée à la fonction d'employeur et notamment de gestion des ressources humaines (GRH).

Chaque année, la CPNEF fixera les priorités et la part pouvant y être affectée. »

Est rajouté un article 4 au chapitre VIII ainsi rédigé :

#### « Article 4

#### *Contrat de professionnalisation*

La branche professionnelle est créatrice d'emplois. Les associations remplissent une mission importante d'insertion sociale et professionnelle, permettant à de nombreux jeunes et adultes d'accéder à un emploi et de se qualifier.

Les partenaires sociaux entendent favoriser les actions mises en œuvre à l'intention des bénéficiaires en s'attachant à la qualité de leur accueil et de leur professionnalisation. Le suivi du dispositif est assuré par la CPNEF.

#### 4.1. Objectifs et priorités

Le contrat de professionnalisation a pour objectif de permettre à son bénéficiaire d'acquérir un diplôme ou un titre à finalité professionnelle ou une qualification professionnelle reconnue dans la convention collective.

Les partenaires sociaux insistent sur les principes de mise en œuvre suivants :

- une personnalisation des parcours de formation, en fonction des connaissances et des expériences de chacun des bénéficiaires sera recherchée ;
- une alternance alliant des séquences de formation professionnelle et l'exercice d'une ou de plusieurs activités professionnelles, en lien avec la ou les qualifications recherchées.

#### 4.2. Publics

Le contrat de professionnalisation est ouvert aux publics définis par la réglementation en vigueur.

#### 4.3. Qualifications et diplômes prioritaires

La CPNN mandate la CPNEF pour fixer les orientations et arrêter chaque année la liste des qualifications et diplômes que la branche souhaite voir pris en compte prioritairement par l'OPCA.

#### 4.4. Durée du contrat et durée des actions de professionnalisation

Dans le cadre des qualifications et diplômes prioritaires (art. 4.3), les durées du contrat ou de l'action de professionnalisation prévues par la loi peuvent être portées jusqu'à 24 mois.

#### 4.5. Durée de formation

Dans le cadre des qualifications et diplômes prioritaires (art. 4.3), la durée de la formation peut être portée à 50 % maximum de la durée du contrat.

#### 4.6. Financement

La CPNN mandate la CPNEF pour fixer chaque année le forfait horaire de prise en charge par l'OPCA des coûts liés à la mise en œuvre des contrats de professionnalisation. Il sera communiqué avec la liste des formations prioritaires aux entreprises de la branche au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-1.

Ce forfait sera applicable à l'ensemble des publics définis à l'article 3.1 du présent chapitre.

Le coût des stages pratiques n'est pas pris en charge.

La CPNEF demande à l'OPCA défini à l'article 1.2 du présent chapitre de fournir chaque année un bilan quantitatif et qualitatif des contrats de professionnalisation conclus au sein de la branche.

#### 4.7. Rémunération du salarié

La rémunération du salarié en contrat de professionnalisation est établie au minimum conformément aux dispositions réglementaires.

#### 4.8. Tutorat

Les partenaires sociaux considèrent la compétence tutorale comme un élément essentiel du processus de professionnalisation. Toute démarche visant à sensibiliser l'ensemble des salariés à la nécessité de partager leurs compétences est encouragée.

Le tuteur est un salarié volontaire en contrat à durée indéterminée. Il doit être au minimum positionné au niveau II du critère 5 prévu à l'article 4 du chapitre XII de la convention collective nationale. Il a pour mission d'accueillir, d'accompagner le bénéficiaire et de faciliter l'acquisition de compétences. Il veille à son parcours et à sa progression dans le temps. Il travaille en équipe avec l'ensemble des collaborateurs qui vont intervenir dans l'accueil et l'intégration.

Le tuteur doit suivre ou avoir suivi une formation de tuteur. L'employeur s'engage à lui libérer le temps nécessaire à l'exercice de la fonction tutorale sur son temps de travail effectif. Le tuteur bénéficie d'une indemnité de 50 € bruts par mois et par stagiaire pendant toute la durée de versement de l'aide à la fonction tutorale. Un salarié tuteur ne peut pas suivre plus de 2 salariés bénéficiaires de contrat de professionnalisation, d'apprentissage ou de période de professionnalisation.

La fonction tutorale s'exerce tout au long de la formation.

L'aide à la fonction tutorale est prise en charge dans la limite de 230 € par mois pour une durée maximale de 6 mois uniquement si le salarié tuteur suit ou a suivi une formation de tuteur. Ce forfait s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de contrat ou de période de professionnalisation définis aux articles 3.1 et 4 du présent chapitre.

L'aide à la fonction tutorale est versée par l'OPCA à l'employeur uniquement si le salarié tuteur suit ou a suivi une formation de tuteur.

La prise en charge de la formation des tuteurs est financée conformément aux dispositions réglementaires. Elle est plafonnée à 40 heures.

Aucun tutorat externe ne sera financé quel que soit le bénéficiaire du contrat ou de la période de professionnalisation.

#### 4.9. Limitation des contrats de professionnalisation

Le nombre maximal de contrats de professionnalisation est fixé en fonction du nombre de salariés équivalent temps plein présents dans l'établissement à la date de conclusion du contrat de professionnalisation. Ainsi :

- moins de 10 salariés ETP : maximum 1 contrat de professionnalisation ;
- de 10 à 50 salariés ETP : maximum 2 contrats de professionnalisation ;
- plus de 50 salariés ETP : maximum 3 contrats de professionnalisation.

Toute demande de dérogation sera étudiée au cas par cas par la CPNEF. »

Est rajouté un article 5 au chapitre VIII ainsi rédigé :

##### « Article 5

##### *Période de professionnalisation*

La période de professionnalisation est ouverte aux publics définis par les textes légaux et réglementaires ainsi qu'aux salariés ayant plus de 40 ans ou plus de 15 ans d'activité professionnelle.

La durée de la formation financée dans le cadre d'une période de professionnalisation ne pourra pas être inférieure à 80 heures, quel que soit le bénéficiaire.

La CPNN mandate la CPNEF pour fixer chaque année les formations et diplômes qui pourront être préparées dans le cadre de la période de professionnalisation. Pour cela, elle pourra s'appuyer, notamment, sur les résultats des travaux de l'observatoire emploi et formation de la branche.

Seules les formations prioritaires seront financées dans le cadre d'une période de professionnalisation.

La CPNN mandate la CPNEF pour fixer chaque année le forfait horaire de prise en charge par l'OPCA des coûts liés à la mise en œuvre des périodes de professionnalisation. Il sera communiqué avec la liste des formations prioritaires aux entreprises de la branche au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N – 1.

Le coût des stages pratiques n'est pas pris en charge.

La mise en place et la prise en charge du tutorat ainsi que de la formation de tuteur répondent aux mêmes conditions que celles prévues à l'article 3.8 concernant les contrats de professionnalisation.

La CPNEF demande à l'OPCA de fournir chaque année un bilan quantitatif et qualitatif des actions menées dans ce cadre par les entreprises de la branche. »

Est rajouté un article 6 au chapitre VIII ainsi rédigé :

« Article 6

*Exercice du droit individuel à la formation (DIF)*

6.1. DIF

Le DIF est susceptible de concerner tous les salariés de l'entreprise, à l'exclusion des contrats d'apprentissage et des contrats de professionnalisation, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

L'employeur a obligation d'informer chaque salarié, par écrit et annuellement, du total des droits qu'il a acquis au titre du DIF.

6.2. DIF prioritaires

6.2.1. Priorités

La demande de DIF sera considérée comme prioritaire :

- lorsqu'elle portera sur le financement ou le cofinancement de tout ou partie d'une formation diplômante, ou
- lorsque le niveau de formation du salarié bénéficiaire sera inférieur ou égal à V.

La CPNEF demande à l'OPCA de fournir chaque année un bilan quantitatif et qualitatif des actions menées dans ce cadre par les entreprises de la branche. Au regard de ce bilan, la CPNEF pourra fixer des priorités annuelles supplémentaires.

6.3. Financement

6.3.1. DIF prioritaires

Seuls les coûts pédagogiques afférents aux DIF prioritaires relèvent de la prise en charge de l'OPCA au titre de la professionnalisation. Leur prise en charge se fait sur la base d'un plafond horaire. Il sera fixé chaque année par la CPNEF. Il devra être communiqué aux entreprises de la branche, au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-1.

6.3.2. DIF non prioritaires

Les DIF qui ne sont pas considérés comme prioritaires par la branche professionnelle pourront être pris en charge au titre du plan de formation.

6.4. Transférabilité du DIF

En cas de changement d'entreprise relevant de la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial, le DIF est intégralement transférable dans le champ. Les droits acquis au titre du DIF et n'ayant pas été utilisés pourront être mobilisés par le salarié, en accord avec son nouvel employeur, au cours des 2 années suivant son embauche. »

Est rajouté un article 7 au chapitre VIII ainsi rédigé :

« Article 7

*Validation des acquis de l'expérience (VAE)*

Les partenaires sociaux renouvellent leur volonté de promouvoir les démarches de validation des acquis de l'expérience. Elles pourront nécessiter la définition d'un complément de formation nécessaire, ou d'une mise en situation professionnelle donnée, pour compléter l'expérience.

Toutes les expérimentations visant à développer le recours à la VAE sont encouragées. »

Est rajouté un article 8 au chapitre VIII ainsi rédigé :

« Article 8

*Apprentissage*

Les partenaires sociaux souhaitent le développement du recours à l'apprentissage. Ils souhaitent trouver les moyens de ce développement, notamment par le levier des contrats d'objectifs régionaux.

Les partenaires sociaux sont favorables au principe de l'ouverture du contrat d'apprentissage aux jeunes désireux de se former dans les métiers de la branche. Ils en étudient les conditions de mise en œuvre après la promulgation de la loi et ses décrets d'application. »

Est rajouté un article 9 au chapitre VIII ainsi rédigé :

« Article 9

*Observatoire emploi et formation de la branche*

9.1. Objectifs et missions

Afin de disposer d'éléments objectifs d'anticipation, les partenaires sociaux ont créé en 2003 un observatoire de l'emploi et de la formation pour assurer une veille prospective sur l'évolution de l'emploi, des métiers et des qualifications.

L'ensemble des travaux de l'observatoire seront communiqués aux employeurs et aux salariés de la branche sous des formes accessibles à tous.

#### 9.2. Comité de pilotage paritaire

Un comité de pilotage paritaire a été mis en place. Il rend un avis sur les résultats des travaux et propose des pistes de réflexion en matière de formation et de qualification.

Son fonctionnement est confié à la CPNEF.

#### 9.3. Financement de l'observatoire

Dans le cadre de la réglementation en vigueur, la CPNEF pourra demander à l'OPCA la prise en charge de travaux de l'observatoire. »

### TITRE II

#### **ABROGATION DE L'ANNEXE II « FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE PROFESSIONNELLE » DE LA CONVENTION COLLECTIVE DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL**

L'annexe II « Formation tout au long de la vie professionnelle » de la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial : centres sociaux et socio-culturels, associations d'accueil de jeunes enfants, associations de développement social local est abrogée.

### TITRE III

#### **EXTENSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

Les signataires demandent l'extension du présent protocole d'accord dans les conditions fixées par les articles L. 2261-15, L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Le présent avenant entrera en vigueur dès sa signature.

Fait au Kremlin-Bicêtre, le 24 novembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

SNAECISO.

#### **Syndicats de salariés :**

FNSS CFDT ;

FNAS CGT-FO ;

USPAOC CGT ;

FSS CFTC ;

FFSAS CFE-CGC.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION,  
DE LA PÊCHE, DE LA RURALITÉ  
ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

---



## CONVENTIONS COLLECTIVES

### SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2011/1

#### AVENANTS ET ACCORDS

	Pages
<b>Exploitations de polyculture-élevage, maraîchères, horticoles et de pépinières et CUMA (Marne), entreprises de travaux agricoles et ruraux (Marne et Aube) : avenant n° 68 du 15 juillet 2010 .....</b>	<b>95</b>
<b>Protection sociale complémentaire prévoyance des salariés non cadres des entreprises et exploitations de polyculture, d'élevage, d'aviculture des CUMA (Seine-et-Marne) et des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers (Ile-de-France) : accord du 15 novembre 2010 relatif à la prévoyance .....</b>	<b>96</b>

Convention collective

IDCC : 8214. – **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE-ÉLEVAGE,  
MARAÎCHÈRES, HORTICOLES ET DE PÉPINIÈRES ET CUMA  
(Marne)**

**ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX  
(Marne et Aube)**

**(12 février 1991)**

(Etendue par arrêté du 25 juin 1991,  
*Journal officiel* du 18 juillet 1991)

AVENANT N° 68 DU 15 JUILLET 2010

NOR : AGRS1197001M  
IDCC : 8214

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de la Marne ;

Les syndicats des entrepreneurs des territoires (EDT) de la Marne et de l'Aube ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Marne,

D'une part, et

Le syndicat départemental des salariés de l'agriculture FGA CFDT ;

L'union départementale CGT-FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

Les dispositions de l'article 64, point II, paragraphe B, 2<sup>e</sup> alinéa, 1 « Cotisations » :

NATURE DES ACTES	TAUX	PART PATRONALE	PART OUVRIÈRE
Décès	0,40 %	0,20 %	0,20 %

sont remplacées par les dispositions suivantes :

NATURE DES ACTES	TAUX	PART PATRONALE	PART OUVRIÈRE
Décès	0,30 %	0,20 %	0,10 %

**Article 2**

Les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> prendront effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Article 3**

Les signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 15 juillet 2010.

(Suivent les signatures.)

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE PRÉVOYANCE  
DES SALARIÉS NON CADRES DES ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS  
DE POLYCLTURE, D'ÉLEVAGE, D'AVICULTURE, DES CUMA  
(Seine-et-Marne)  
ET DES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES,  
RURAUX ET FORESTIERS  
(Ile-de-France)**

ACCORD DU 15 NOVEMBRE 2010

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : AGRS1197002M

Entre :

La fédération départementale des syndicats des exploitants agricoles de Seine-et-Marne ;

La fédération des coopératives d'utilisation de matériel agricole de Seine-et-Marne ;

Le groupement des entrepreneurs de travaux agricoles de l'Ile-de-France,

D'une part et,

L'union régionale des syndicats agroalimentaires et forestiers de la région parisienne CGT ;

Le syndicat départemental des ouvriers agricoles de Seine-et-Marne CFTC ;

L'union départementale de Seine-et-Marne FO ;

La section de Seine-et-Marne du syndicat francilien de la production agricole et de l'hippisme CFDT ;

Le syndicat national des cadres d'exploitations agricoles CGC,

D'autre part,

Vu la convention collective de travail du 12 février 1964 dont le champ d'application est relatif aux entreprises et exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, d'aviculture et les CUMA de Seine-et-Marne, ainsi qu'aux entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers de la région Ile-de-France,

il a été convenu ce qui suit :

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

*Bénéficiaires*

Le présent accord concerne les salariés non cadres des exploitations qui relèvent de la convention collective départementale de travail du 12 février 1964 précitée et leurs ayants droit.

**Article 2**

*Garantie*

La garantie relative aux remboursements complémentaires de soins telle que définie par la convention collective précitée est complétée par la prise en charge totale de la franchise appliquée sur les « actes lourds ».

Les « actes lourds » correspondent aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 50.

Cette garantie ne fait pas l'objet de cotisations supplémentaires et est financée par la cotisation de la complémentaire maladie gérée par Agri-Prévoyance.

**Article 3**

*Organisme gestionnaire*

La gestion de la garantie décrite ci-dessus est assurée par Agri-Prévoyance, institution de prévoyance, sise, 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris.

#### **Article 4**

##### *Mise en annexe*

Les parties demandent à ce que le présent accord soit mis en annexe I de l'accord collectif de prévoyance du 16 juin 2008 des salariés non cadres des entreprises et des exploitations de polyculture, d'élevage, d'aviculture, des coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de Seine-et-Marne ainsi que les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers de la région Ile-de-France.

#### **Article 5**

##### *Date d'effet*

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 et cesseront de produire leurs effets le 31 décembre 2013.

#### **Article 6**

##### *Extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait au Mée-sur-Seine, le 15 novembre 2010.

(Suivent les signatures.)

---

Directeur de la publication : Jean-Denis Combrexelle

165110010-000111

Direction de l'information légale et administrative

ISSN en cours

---