

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^{er}) 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^{ER}

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

Article 1^{er}

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^{er}) ;
- 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^{er}

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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^e 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^e 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^e 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^{re}, 2^e ou 3^e 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^{re} catégorie

L'invalidité de 1^{re} 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^e ou 3^e catégorie

L'invalidité de 2^e ou 3^e 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^e 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^{re} catégorie ;
- supérieur ou égal à 66 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^e ou 3^e 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-

titution 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^{er} 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)
Consultations, visites (généralistes)	100 % BR
Consultations, visites (spécialistes)	100 % BR
Radiographie, électroradiologie	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Analyses médicales	100 % BR
Actes de prévention responsable	100 % BR
Pharmacie remboursée	100 % BR

NATURE DES SOINS	PRESTATION (y compris remboursements sécurité sociale)
Honoraires chirurgicaux (2) (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques, médicaux, d'obstétrique)	100 % BR
Hospitalisation Frais de séjour (2) Forfait journalier hospitalier (3) Chambre particulière (par jour) (4)	100 % BR Prise en charge intégrale en médecine et chirurgie 25 €
Maternité Adoption d'un enfant de moins de 12 ans Dépassements d'honoraires et chambre parti- culière	Forfait de 10 % PMSS
Optique Verres (1) Montures (1) Lentilles (remboursées par la sécurité sociale) (1)	Forfait global de 10 % PMSS par an
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires remboursées par la sécu- rité sociale Traitements orthodontiques remboursés	100 % BR 200 % BR 200 % BR
Forfait médecine douce 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 ^{er} 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 ^{er} 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^{er}

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.