

Brochure n° 3248

Convention collective nationale
IDCC : 1512. – PROMOTION IMMOBILIÈRE

ACCORD DU 19 OCTOBRE 2011
RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1151474M
IDCC : 1512

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux ont souhaité mettre en place des régimes conventionnels de protection sociale relatifs à des prestations complémentaires au régime obligatoire de sécurité sociale en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, de décès, ainsi qu'en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation pour l'ensemble des salariés de la branche promotion immobilière estimant que cette couverture était un élément indispensable de protection des salariés.

Les partenaires sociaux ont défini les principes suivants :

- l'égalité de couverture entre les cadres et les non-cadres ;
- une cotisation frais de santé uniforme quelle que soit la situation de famille du salarié ;
- le financement par mutualisation du dispositif de portabilité dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 ;
- le bénéfice de l'ensemble des garanties au profit des salariés en arrêt de travail lors de la mise en place du régime.

Afin d'assurer l'égalité de l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche dans la mise en œuvre des objectifs poursuivis et de simplifier la mise en place de la couverture des garanties définies par le présent accord, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur désigné.

Un appel d'offres a été conduit auprès de sept organismes assureurs. L'organisme assureur retenu par la commission mixte nationale est Malakoff Médéric Prévoyance, associé à l'OCIRP pour la rente éducation.

Dans un souci de simplicité de rédaction, il sera utilisé les termes « garanties de prévoyance » pour la couverture des risques incapacité temporaire de travail, invalidité et décès, et « garantie frais de santé » pour la garantie remboursement complémentaire des frais de soins de santé.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet d'instituer, au bénéfice des salariés tels que définis à l'article 3.1, des entreprises appliquant la convention collective de la promotion immobilière :

- un régime de prévoyance couvrant les risques incapacité temporaire de travail, invalidité, décès ou invalidité absolue définitive ;

- un régime frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Le régime frais de santé couvre également les ayants droit des salariés tels que définis à l'article 6.3.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant de la convention collective de la promotion immobilière.

Article 3

Affiliation des salariés. – Prise d'effet des garanties

3.1. Personnel assuré

Bénéficient, à titre obligatoire, du régime de prévoyance et du régime frais de santé, tous les salariés ou assimilés salariés, cadres ou non cadres, des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de la promotion immobilière.

L'affiliation du salarié aux régimes conventionnels prend effet à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise pour les salariés présents à l'effectif à cette date, et ultérieurement à la date de leur embauche, sous réserve que l'entreprise ait adressé les documents nécessaires à leur affiliation dans les conditions prévues aux contrats d'adhésion aux présents régimes conventionnels.

Quel que soit leur âge ou leur date d'embauche, les salariés en arrêt de travail indemnisés par la sécurité sociale (maladie, accident, maternité, paternité) au moment de la prise d'effet du contrat, sont bénéficiaires des garanties. L'entreprise devra alors leur adresser les documents nécessaires à leur affiliation.

3.2. Caractère obligatoire de l'affiliation et cas de dispenses

Dès lors que l'entreprise adhère aux régimes conventionnels, tous ses salariés sont tenus d'être affiliés aux régimes.

L'accord prévoit néanmoins des cas de dispense d'affiliation au régime frais de santé conformément aux dispositions réglementaires en vigueur ; ceux-ci sont précisés à l'article 6.

3.3. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations du régime de prévoyance sont précisés à l'article 5.

Les bénéficiaires des prestations du régime frais de santé sont précisés à l'article 6.

Lorsqu'ils sont bénéficiaires, le conjoint, le partenaire de Pacs et le concubin s'entendent selon les définitions suivantes :

- le conjoint est l'époux du participant non séparé de corps judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs est la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du code civil ;
- le concubin est la personne vivant en couple avec le salarié au moment de l'évènement ouvrant droit aux prestations. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du code civil. Le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'à l'évènement ouvrant droit aux prestations, les concubins ne devant, ni l'un ni l'autre, être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. Aucune durée minimale de vie commune n'est exigée si un enfant au moins est né ou à naître de la vie commune.

3.4. Conditions de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties de prévoyance et frais de santé est maintenu au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors que le salarié bénéficie, pendant cette période, soit d'un maintien de salaire total ou partiel, soit du versement par la sécurité sociale d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité.

Lorsque le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ni indemnisation par le régime général de sécurité sociale, les garanties sont suspendues. Il en est ainsi notamment pour le congé sabbatique, le congé pour création d'entreprise, le congé parental d'éducation.

3.5. Conditions de maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

La rupture du contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente entraîne la cessation des garanties :

- prévoyance à la date de rupture du contrat de travail ;
- frais de santé à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Cependant, un dispositif de portabilité a été créé par accord national interprofessionnel pour les salariés dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à l'assurance chômage. Par ailleurs, la loi Evin a défini une obligation pour l'assureur de proposer au salarié le maintien de sa couverture sous certaines conditions.

3.5.1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage (excepté la rupture pour faute lourde) et conformément à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par son avenant n° 3 en date du 18 mai 2009, le salarié bénéficie du maintien des garanties de prévoyance et frais de santé pendant la période d'indemnisation du régime d'assurance chômage et pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en « mois entiers », dans la limite de 9 mois. Le contrat devra donc avoir eu une durée minimale de 30 jours.

Si le salarié ne souhaite pas ce maintien, il doit y renoncer de façon expresse dans les 10 jours qui suivent la fin de contrat de travail. La renonciation est définitive et porte sur l'ensemble des garanties prévoyance et frais de santé.

Pour bénéficier du maintien des garanties, le droit à couverture complémentaire doit avoir été ouvert au moment de la rupture du contrat de travail. Il doit par ailleurs fournir à son ancien employeur un justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage et devra informer son ancien employeur en cas de reprise d'activité ou de cessation du versement des allocations chômage avant la fin de la période de maintien des garanties.

La portabilité est financée par un système de mutualisation intégré aux cotisations des régimes frais de santé et prévoyance des salariés en activité, aucune cotisation n'étant dès lors due par l'entreprise et l'ancien salarié.

Les prestations versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail 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.

3.5.2. Maintien de la couverture frais de santé en application de la loi Evin

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin définit des droits au salarié pour la couverture frais de santé. Ainsi, l'ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, peut demander le maintien de sa couverture à titre individuel. Il doit pour ce faire en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail. Si le salarié bénéficie de la portabilité

de la couverture mentionnée à l'alinéa précédent, le délai de 6 mois s'applique à l'issue de la période de portabilité.

La couverture peut également être maintenue en cas de décès du salarié, au profit de ses ayants droit, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les ayants droit en fassent la demande dans un délai de 6 mois à compter du décès.

Le taux de cotisation proposé à l'ancien salarié ou aux ayants droit d'un salarié décédé ne peut être supérieur de plus de 50 % au tarif applicable aux salariés.

Le financement de cette couverture est à la charge exclusive du participant.

3.5.3. Maintien de la garantie décès aux participants en arrêt de travail

Les salariés qui sont en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de cessation de leur contrat de travail (ou anciens salariés à la date d'expiration de la période de portabilité), ouvrant droit à prestations complémentaires du régime conventionnel de prévoyance, bénéficient du maintien des garanties décès pendant la durée du versement par la sécurité sociale, sans interruption depuis la cessation du contrat de travail, des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 33 %.

3.6. Information des salariés

Une notice d'information établie par l'organisme assureur, conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, pour chaque régime conventionnel, sera remise par l'entreprise à chaque salarié afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime (détail des garanties, formalités de prise en charge, exclusions...).

Il en sera de même en cas de modification du régime.

Article 4

Financement des régimes

4.1. Taux de cotisation du régime de prévoyance

L'assiette de cotisation du régime de prévoyance est constituée du salaire brut servant de base aux cotisations de sécurité sociale, dans la limite du plafond de la tranche C.

Pour les salariés indemnisés par le régime conventionnel, les indemnités versées par le régime n'entre pas dans l'assiette de cotisation.

Le taux de cotisation du régime de prévoyance est fixé en pourcentage des tranches A, B et C, ces tranches étant définies comme suit :

- tranche A ou TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur ;
- tranche B ou TB : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche C ou TC : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

(En pourcentage.)

	TRANCHE A	TRANCHE B	TRANCHE C
Décès/IAD* (y compris double effet*)	0,49	0,49	0,50
Décès/IAD* accidentel	0,17	0,17	0,18
Frais d'obsèques	0,02	0,02	–
Rente éducation	0,20	0,20	0,20

	TRANCHE A	TRANCHE B	TRANCHE C
Incapacité temporaire de travail	0,33	0,75	0,89
Invalidité	0,29	0,63	0,74
Total	1,50	2,26	2,51
(*) IAD : invalidité absolue et définitive. (*) Double effet : il s'agit de la garantie décès versée en cas de décès du conjoint du salarié simultanément ou postérieur au décès du salarié.			

Ces taux incluent la reprise des risques en cours pour les entreprises rejoignant le régime conventionnel dans les délais fixés à l'article 7, ainsi que la mutualisation du financement de la portabilité.

4.2. Taux de cotisation du régime frais de santé

Les taux de cotisation du régime frais de santé sont fixés en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale (PMSS) en vigueur, celui-ci évoluant chaque année.

4.2.1. Régime collectif : personnel salarié

Pour le régime collectif des salariés, la structure de cotisation est la suivante :

- cotisation obligatoire unique famille (hors conjoint non à charge) ;
- cotisation facultative conjoint non à charge.

La cotisation est forfaitaire, mensuelle et non proratisable, due pour tout salarié affilié, en activité ou bénéficiant d'un maintien de garantie pendant la suspension du contrat de travail (cf. art. 3.4) au 1^{er} jour du mois civil.

a) Cotisation obligatoire

	FRANCE hors Alsace-Moselle	ALSACE-MOSELLE
Tarif unique famille	3,25 % PMSS	2,14 % PMSS

b) Cotisation facultative

	FRANCE hors Alsace-Moselle	ALSACE-MOSELLE
Conjoint non à charge de la sécurité sociale	1,81 % PMSS	1,20 % PMSS

4.2.2. Régime individuel : bénéficiaires loi Evin

Pour le régime individuel des bénéficiaires « loi Evin » visés à l'article 3.5.2, la structure de cotisation est la suivante :

- isolé : ancien salarié ;
- famille : ancien salarié et ses ayants droit au sens de la sécurité sociale ;
- conjoint non à charge.

La cotisation est forfaitaire, mensuelle et non proratisable, due pour tout bénéficiaire ayant cette qualité au 1^{er} jour du mois civil.

La cotisation est fixée à :

a) Ayants droit d'un salarié décédé, chômeurs et invalides

	FRANCE hors Alsace-Moselle	ALSACE-MOSELLE
Isolé	2,18 % PMSS	1,46 % PMSS

	FRANCE hors Alsace-Moselle	ALSACE-MOSELLE
Famille	4,77 % PMSS	3,04 % PMSS
Conjoint non à charge de la sécurité sociale	2,26 % PMSS	1,50 % PMSS

b) Retraités et préretraités

	FRANCE hors Alsace-Moselle	ALSACE-MOSELLE
Isolé	2,62 % PMSS	1,75 % PMSS
Famille	5,72 % PMSS	3,65 % PMSS
Conjoint non à charge de la sécurité sociale	2,71 % PMSS	1,80 % PMSS

4.3. Répartition des cotisations

La cotisation frais de santé obligatoire (tarif unique famille) est prise en charge à hauteur de 45 % par le salarié et 55 % par l'employeur.

La cotisation facultative frais de santé du conjoint non à charge est prise en charge à 100 % par le salarié.

La cotisation prévoyance est prise en charge à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur, étant précisé que la cotisation finançant la garantie incapacité temporaire de travail est mise à la charge du salarié en totalité à l'exception de la cotisation sur tranche A du personnel cadre qui est soumise aux dispositions conventionnelles rappelées ci-après.

Les partenaires sociaux rappellent 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 à un organisme assureur d'une cotisation égale à 1,50 % de la tranche A des rémunérations, à la charge de l'employeur. En outre cette cotisation doit être affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès. Chaque entreprise est donc tenue de veiller au respect de cette obligation.

Le versement de la totalité de la cotisation incombe à l'employeur, y compris la cotisation due par le salarié en cas d'affiliation du conjoint non à charge. La participation du salarié au financement des régimes est précomptée sur son salaire mensuellement.

En application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

4.4. Conditions du maintien des taux de cotisation

Les taux prévoyance et frais de santé sont fixés pour 3 ans à compter du premier jour du trimestre qui suit la parution de l'arrêté d'extension, pour autant que l'environnement législatif ou réglementaire soit inchangé.

Toute modification du taux de cotisation proposée par l'organisme assureur désigné devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Article 5

Régime de prévoyance

Le régime de prévoyance organise l'indemnisation du participant ou de ses ayants droit en cas de décès, d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité du participant.

Les prestations sont versées par l'organisme assureur dans les conditions du contrat collectif obligatoire qui liera les organismes assureurs désignés à l'entreprise.

5.1. Dispositions générales et définitions

5.1.1. Salaire de référence

Les prestations hors frais d'obsèques sont calculées sur la base du salaire de référence. La prestation frais d'obsèques est calculée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le salaire de référence est égal au salaire brut soumis à cotisations pour le régime de prévoyance au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou l'arrêt de travail ouvrant droit à prestation (le cas échéant reconstitué en cas d'embauche remontant à moins de 12 mois ou d'arrêt de travail survenu pendant cette période) ; dans la limite du plafond de la tranche C.

Pour les pensions d'invalidité, le salaire de référence est déterminé sur la base du salaire net.

Pour le décès survenant à l'issue d'un arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale, la base de calcul des prestations est le cas échéant revalorisée dans les conditions visées à l'article 5.1.2.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité, la période de référence est constituée des 12 mois précédant le mois de la cessation du contrat de travail.

5.1.2. Revalorisation des prestations

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité sont revalorisées selon la périodicité et le taux fixés par le conseil d'administration de Malakoff Médéric Prévoyance.

Les prestations rente éducation, assurées par l'OCIRP, sont revalorisées selon le taux et la périodicité décidés par le conseil d'administration de cette union.

5.1.3. Enfants à charge

Pour l'application des garanties décès et rente éducation, sont considérés comme enfants à charge à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire sous la 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 ou 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 employé dans un ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité de l'enfant à charge avant son 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent participant.

Sont également considérés comme à charge :

- les enfants nés viables postérieurement au décès du participant et dont la filiation avec celui-ci est établie ;

- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un Pacs, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer du participant jusqu'à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations et qui répondent aux conditions ci-dessus.

5.1.4. Exclusions de garanties. – Déchéance

Au titre de la garantie incapacité de travail – invalidité, les faits intentionnellement causés ou provoqués par le participant ne sont pas couverts.

Au titre des garanties capital décès et rente éducation, sont exclus les sinistres résultant :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

Outre les exclusions précisées au paragraphe précédent, les prestations de la garantie capital décès liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ne sont pas dues si cet accident résulte de l'une des causes suivantes :

- état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si le participant est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ;
- pratique d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, saut à l'élastique, et toute autre forme de vol libre ;
- participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien ;
- pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- pratique de sports à titre professionnel ;
- activités professionnelles sous la mer ;
- rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne du participant, est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

5.1.5. Plafonds de garantie

Le montant maximum des prestations garanties à un même participant, capitaux et capitaux constitutifs de rentes, est limité à 100 fois le plafond annuel de la sécurité sociale. En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations dans l'ordre de priorité suivant :

- montant de la majoration en cas d'origine accidentelle du décès (ou IAD) ;
- montant du capital décès toutes causes (ou IAD) ;
- montant des capitaux constitutifs des rentes éducation.

5.2. Garantie capital décès

5.2.1. En cas de décès toutes causes

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, il est versé un capital dont le montant est fixé à :

- quelle que soit la situation de famille : 250 % du salaire de référence ;

- majoration par enfant à charge (dès le premier enfant) : 50 % du salaire de référence.

Le capital, hors majorations pour enfants à charge, est versé, sauf désignation expresse d'un ou plusieurs bénéficiaires, dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du participant, non séparé de corps par jugement définitif, ou à la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut aux ascendants à charge du participant, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents du participant, par parts égales entre eux et en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux héritiers du participant, à proportion de leur part héréditaire.

Les majorations pour enfants à charge sont obligatoirement versées à ceux-ci, par parts égales entre eux.

5.2.2. En cas d'invalidité absolue définitive (IAD)

En cas d'invalidité absolue définitive, le participant peut demander à percevoir lui-même et par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes, y compris les majorations éventuelles pour enfants à charge.

L'invalidité absolue et définitive est caractérisée par l'incapacité définitive d'exercer une activité professionnelle procurant un revenu et qui oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. Elle correspond à la reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité de 3^e catégorie ou d'une incapacité permanente professionnelle au taux de 100 %, avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Le versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès du participant.

5.2.3. Origine accidentelle du décès ou de l'IAD

Lorsque le décès toutes causes ou l'invalidité absolue définitive est imputable à un accident et survient dans un délai de 12 mois après cet accident, il est versé un capital supplémentaire d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes.

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

5.2.4. En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)

En cas de décès simultané des deux conjoints, il est versé aux enfants à charge du participant un deuxième capital d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes (hors majoration pour accident), réparti par parts égales entre les enfants.

Ce deuxième capital est également versé lorsque le décès du conjoint survient postérieurement à celui du participant. Il est alors versé par parts égales aux enfants initialement à charge du participant qui demeureraient à la charge du conjoint à la date de son décès, sous réserve que ce dernier n'ait pas contracté de nouvel engagement, qu'il s'agisse d'un mariage, Pacs ou concubinage.

Pour l'application de cet article, le partenaire lié par un Pacs et le concubin sont assimilés au conjoint (définition art. 3.3).

5.3. Garantie frais d'obsèques

Il est versé une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès du participant, du conjoint ainsi que d'un enfant à charge. Son montant est fixé à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans ou d'une personne sous tutelle, l'allocation correspond au montant des frais d'obsèques réellement engagés dans la limite de 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Pour l'application de cet article, le partenaire lié par un Pacs et le concubin sont assimilés au conjoint (définition art. 3.3).

5.4. Garantie rente éducation

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant, il est versé une rente éducation, trimestriellement d'avance, au bénéfice de chaque enfant à charge dont le montant annuel est le suivant :

- jusqu'au 18^e anniversaire : 8 % du salaire de référence ;
- de 18 ans jusqu'au 26^e anniversaire : 12 % du salaire de référence.

La rente est doublée pour les orphelins de père et de mère.

Au-delà de 26 ans, la rente est versée viagèrement pour les enfants handicapés.

5.5. Garantie incapacité temporaire de travail. – Invalidité

5.5.1. Dispositions communes

La garantie vise à assurer un complément de revenus aux salariés indemnisés par la sécurité sociale au titre d'un arrêt de travail pour maladie ou accident de la vie privée, accident du travail ou maladie professionnelle.

Les prestations versées par l'assureur ne peuvent, en s'ajoutant à tout autre revenu (sécurité sociale, salaire en cas de reprise d'activité à temps partiel, autre organisme de prévoyance collective, régime d'assurance chômage), permettre au participant de disposer de ressources supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler. Lorsque le participant relève du dispositif de portabilité, cette règle de cumul est appliquée aux indemnités journalières complémentaires par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

Lorsque la sécurité sociale suspend ou supprime ses prestations, les prestations du régime de prévoyance sont de même suspendues ; lorsque la sécurité sociale réduit ses prestations, le régime de prévoyance ne compense pas cette minoration.

Les prestations du régime conventionnel sont versées tant que sont versées les prestations de la sécurité sociale qu'elles complètent, et au plus tard jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse du participant (ou à défaut de liquidation effective, l'âge auquel le participant peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein).

L'organisme assureur peut réaliser un contrôle médical de l'état de santé du participant.

5.5.2. Incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale sont versées :

- en relais de la période de maintien de salaire par l'employeur au titre des obligations conventionnelles (art. 13 de la convention collective), pour les salariés ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise ;
- à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu pour les salariés ayant moins de 1 an d'ancienneté.

Pour les participants bénéficiant du dispositif de portabilité, la franchise est déterminée en fonction de l'ancienneté acquise à la date de cessation du contrat de travail (en cas d'ancienneté supérieure à 1 an, la période de maintien de salaire est donc reconstituée fictivement).

Le montant de l'indemnité journalière, fixée en pourcentage du 365^e du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la sécurité sociale (et du salaire en cas de reprise d'activité à temps partiel), est de 80 % du salaire de référence.

5.5.3. Invalidité

Il est versé, trimestriellement à terme échu, une pension complémentaire d'invalidité aux participants indemnisés par la sécurité sociale au titre d'une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie (art. L. 341-4 du code de la sécurité sociale), ou d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 33 %.

Le montant de la pension annuelle est fixé en pourcentage du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la sécurité sociale :

- invalidité 1^{re} catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux est compris entre 33 % à 65 % : 45 % du salaire de référence (base nette) ;
- invalidité 2^e ou 3^e catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 66 % : 100 % du salaire de référence (base nette).

Article 6

Régime de frais de santé

6.1. Objet, cadre juridique et réglementaire du régime conventionnel

La garantie frais de santé a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé pris en charge par le régime général de la sécurité sociale (ou autre régime de base tels que le régime Alsace-Moselle, le régime des étudiants). Certains actes ne faisant pas l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale peuvent toutefois être prévus, sous réserve qu'ils relèvent en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

La garantie frais de santé est établie dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le total des remboursements du régime conventionnel, des remboursements de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire le cas échéant, ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées (hors forfait maternité).

Les remboursements indiqués ci-après sont exprimés en complément des remboursements des régimes de base de la sécurité sociale, sauf quand il s'agit d'actes hors nomenclature.

6.2. Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'obligation d'affiliation énoncée à l'article 3.1, peuvent en être dispensés, dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur :

- a) Lors de la mise en place du régime dans l'entreprise :
 - les salariés couverts à titre obligatoire par l'intermédiaire de leur conjoint, tant que l'obligation perdure ;
 - les salariés couverts par une assurance individuelle, jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- b) Lors de la mise en place du régime ou ultérieurement :
 - les salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle CMU-C jusqu'à l'échéance de leurs droits, ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée, sous réserve pour ceux dont le contrat est égal ou supérieur à 12 mois de justifier d'une couverture santé souscrite par ailleurs ;
 - les salariés justifiant d'une couverture obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (employeurs multiples), tant que cette obligation perdure ;

- les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) n'ayant qu'un seul employeur et dont la cotisation salariale est au moins égale à 10 % de leur rémunération. Il est précisé que l'employeur peut dans cette hypothèse décider de prendre intégralement à sa charge la cotisation sans remise en cause du caractère collectif du contrat.

Le salarié doit fournir à son employeur les justificatifs de la dispense d'affiliation dont il se prévaut, lors de son embauche et le cas échéant chaque année suivante.

Tout salarié ne fournissant pas les justificatifs devra être obligatoirement affilié.

Le salarié peut ultérieurement renoncer à se prévaloir de la dispense et demander à être affilié au régime, sa décision étant alors irrévocable.

6.3. Bénéficiaires

La cotisation obligatoire « tarif unique famille » visée à l'article 4 permet de couvrir les bénéficiaires suivants :

Le participant (salarié ou ancien salarié affilié) ;

Les ayants droit du participant ci-après définis :

- le conjoint, ou le partenaire lié par un Pacs ou le concubin (définitions à l'art. 3.3), à charge au sens de la sécurité sociale ;
- les enfants du participant, et s'ils vivent au foyer ceux de son conjoint :
 - à charge au sens de la sécurité sociale et âgés de moins de 20 ans ;
 - âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la sécurité sociale et inscrits au Pôle emploi comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - handicapés, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une allocation pour enfant handicapé (art. L. 541-1 du code de la sécurité sociale), ou allocation pour adulte handicapé (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale) attribuée avant leur 21^e anniversaire ;
 - âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat unique d'insertion, d'apprentissage, de formation en alternance, de professionnalisation, ou tout contrat du même type sous réserve que la rémunération n'excède pas 60 % du Smic ;
- les ascendants vivant sous le même toit et à charge au sens de la sécurité sociale et au sens de la législation fiscale française.

Le conjoint, le concubin ou le partenaire de Pacs du participant, non à charge au sens de la sécurité sociale, peut bénéficier des garanties du régime frais de santé, sur demande du participant, dans les conditions des articles 4.2.1 et 4.3.

6.4. Garanties frais de santé

Les prestations sont versées par l'organisme assureur dans les conditions du contrat collectif obligatoire qui liera les organismes assureurs désignés à l'entreprise.

Régime frais de santé

Tableau des garanties

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels, en complément du régime de base de la sécurité sociale	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale ⁽¹⁾ Chirurgie, hospitalisation Frais de séjour, salle d'opération, pharmacie et autres frais médicaux Actes de chirurgie (ADC), acte d'anesthésie et autres honoraires Forfait journalier hospitalier Chambre particulière y compris maternité Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans Transport accepté par la sécurité sociale	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	100 % FR limité à 150 % BR	80 % FR limité à 150 % BR
	100 % FR limité à 150 % BR	80 % FR limité à 150 % BR
	100 % FR limité à 150 % BR	80 % FR limité à 150 % BR
	Pris en charge intégralement	
	2 % PMSS par jour	
	1 % PMSS par jour	
Actes médicaux Généralistes (consultations, visites) Spécialistes (consultations, visites) Frais pharmaceutiques Analyses Auxiliaires médicaux Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), doppler... Orthopédie Acoustique	100 % TM	
	110 % BR	
	150 % BR	
	100 % BR – MR	
	100 % BR	
	100 % BR	
	100 % BR	
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale		
	10 % PMSS	
Frais dentaires Soins dentaires Orthodontie acceptée par la sécurité sociale Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale Inlays, onlays Inlays core remboursés par la sécurité sociale		
	100 % BR	
	200 % BR	
	250 % BR	
	100 % BR	
Frais d'optique Verres		
	Remboursement selon la grille ci-jointe	

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels, en complément du régime de base de la sécurité sociale
Monture	5 % PMSS par an et par personne
Lentilles remboursées par la sécurité sociale (la paire)	6 % PMSS par an et par personne
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la sécurité sociale y compris jetables (la paire)	7 % PMSS par an et par personne
Chirurgie de l'œil	15 % PMSS par œil et par bénéficiaire
Maternité, adoption	
Naissance, ou adoption (enfant de moins de 10 ans)	20 % PMSS
Actes de prévention	
Détartrage complet sus et sous gingival des dents	100 % BR (2 séances par an et par personne)
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien, pour un enfant de moins de 12 ans	30 € maximum
Vaccins prescrits sur ordonnance par un médecin	Dans la limite de 5 % PMSS par an et par personne
Sevrage tabagique prescrit par un médecin	100 € par an et par bénéficiaire
Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans	50 € maximum par an et par bénéficiaire
Actes hors nomenclature	
Implants (limité à 3 implants par an et par bénéficiaire)	20 % PMSS/implant
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropractie (2)	30 € par séance maxi 4 par an et par bénéficiaire
Parodontologie	5 % PMSS par an et par personne
FR : frais réels. BR : base de remboursement de la sécurité sociale. MR : montant remboursé par la sécurité sociale. TM : ticket modérateur. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (1) Limitations à 30 jours par année civile, s'agissant d'un séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale ; maison de santé pour maladies nerveuses et mentales : l'indemnisation est limitée à 30 jours par séjour. (2) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ; les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'association française de chiropractie (AFC) ; les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins.	

Grille optique

UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	REMBOURSEMENT (en % du PMSS par verre)
Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans)			
Unifocaux	Sphérique	de - 6 à + 6	4,5
		de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	5,0
		< à - 10 ou > à + 10	7,0

UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	REMBOURSEMENT (en % du PMSS par verre)
Unifocaux	Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	5,0
		< à - 6 et à + 6	7,5
	Cylindre > à 4	de - 6 à + 6	5,0
		< à - 6 et à + 6	7,5
Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	6,0
		< à - 4 ou > à + 4	7,0
	Tout cylindre	de - 8 à + 8	7,5
		< à - 8 ou > à + 8	7,5
Remboursement maximum de l'institution par verre pour les enfants (jusqu'à 17 ans inclus)			
Unifocaux	Sphérique	de - 6 à + 6	3,0
		de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	4,0
		< à - 10 ou > à + 10	6,0
	Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	3,5
		< à - 6 et à + 6	5,0
	Cylindre > à 4	de - 6 à + 6	3,5
	< à - 6 et à + 6	5,0	
Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	5,0
		< à - 4 ou > à + 4	6,0
	Tout cylindre	de - 8 à + 8	5,0
		< à - 8 ou > à + 8	6,0

Remboursement par verre selon la grille optique, limité à une paire de verres par an et par adulte (sauf changement de correction [2] et 2 paires par enfant de moins de 18 ans.

Article 7

Gestion des régimes

7.1. Désignation des organismes assureurs

Les partenaires sociaux désignent en tant qu'assureurs :

- l'OCIRP, l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 10, rue Cambacérès, 75008 Paris, pour la garantie rente éducation ;
- Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 21, rue Laffitte 75009 Paris, pour les garanties de prévoyance capital décès, frais d'obsèques et incapacité temporaire de travail – invalidité, ainsi que pour la garantie frais de santé.

Malakoff Médéric Prévoyance est mandatée par l'OCIRP pour recueillir les adhésions des entreprises et gérer le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations pour le compte de l'OCIRP.

Une convention de gestion formalise les engagements des partenaires sociaux et des organismes assureurs pour l'assurance et la gestion du régime conventionnel de prévoyance et du régime conven-

tionnel de frais de santé. La désignation peut être dénoncée par l'une ou l'autre partie, à chaque échéance annuelle, sous réserve d'un préavis de 6 mois.

La mutualisation des risques couverts s'effectue entre l'ensemble des organismes assureurs désignés. Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux dans le délai maximum de 3 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, les parties signataires se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant l'échéance.

7.2. Adhésion aux organismes assureurs désignés

L'adhésion des entreprises aux régimes conventionnels de prévoyance et de frais de santé est obligatoire. Cependant, pour tenir compte de la situation des entreprises ayant déjà organisé la couverture de leurs salariés, les partenaires sociaux ont souhaité définir des cas de dérogation à l'adhésion obligatoire (art. 7.2.2).

7.2.1. Adhésion obligatoire

Les entreprises en création ont l'obligation d'adhérer auprès des organismes assureurs désignés dans le mois de l'embauche du premier salarié.

Les entreprises dépourvues, à la date de signature du présent accord, de tout contrat collectif complémentaire de prévoyance et de frais de santé doivent adhérer auprès des organismes assureurs désignés dans un délai de 3 mois à compter du premier jour du trimestre qui suit la date de parution de l'arrêté d'extension du présent accord.

Les entreprises disposant, à la date de signature du présent accord, uniquement d'une couverture prévoyance ou uniquement d'une couverture frais de santé, obligatoire ou facultative, doivent adhérer auprès des organismes assureurs désignés :

- au titre de la couverture inexistante : dans un délai de 3 mois à compter du premier jour du trimestre qui suit la parution de l'arrêté d'extension du présent accord ;
- au titre de la couverture existante : à effet du 1^{er} janvier qui suit la parution de l'arrêté d'extension du présent accord.

Les entreprises disposant d'une couverture collective facultative prévoyance et frais de santé doivent adhérer auprès des organismes assureurs désignés à compter du 1^{er} janvier suivant la parution de l'arrêté d'extension du présent accord.

Les entreprises entrant nouvellement dans le champ d'application du présent accord, par suite d'un élargissement du champ d'application de la convention collective ou par suite d'un changement d'activité (notamment lors d'opérations de fusion ou de restructuration) doivent adhérer auprès des organismes assureurs désignés dans un délai de 3 mois à compter du premier jour du trimestre qui suit leur entrée dans le champ d'application de l'accord. Néanmoins, les entreprises disposant déjà d'une couverture prévoyance et/ou frais de santé bénéficient d'un délai fixé au 1^{er} janvier qui suit leur entrée dans le champ d'application du présent accord pour adhérer auprès des organismes assureurs désignés au titre de la ou des couvertures existantes.

7.2.2. Dérogation à l'obligation d'adhésion

Les entreprises ayant instauré une couverture obligatoire prévoyance et frais de santé avant la date de signature de l'accord peuvent choisir de ne pas adhérer aux organismes assureurs désignés sous réserve que toutes les garanties (hormis les actes de prévention au titre de la garantie frais de santé) définies dans leur contrat soient supérieures aux garanties définies dans le présent accord.

Si certaines garanties sont inférieures ou égales aux garanties du régime de branche, les entreprises doivent mettre leur dispositif en conformité avec les dispositions du présent accord au plus tard à effet du 1^{er} janvier suivant la parution de l'arrêté d'extension du présent accord.

Les entreprises peuvent saisir la commission paritaire pour l'appréciation de la conformité de leur contrat.

7.2.3. Date d'effet et durée de l'adhésion

Si l'entreprise demande son adhésion dans le délai mentionné à l'article 7.2.1, l'organisme assureur désigné accorde sa garantie à la même date d'effet que le présent accord.

Si l'entreprise créée après la date d'effet du présent accord adhère aux régimes conventionnels dans le mois de l'embauche du premier salarié, ce salarié bénéficie des garanties à la date de son embauche.

Dans tous les autres cas, l'organisme assureur accorde sa garantie à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la demande d'adhésion.

L'adhésion aux organismes assureurs désignés ne peut être résiliée tant que l'accord est en vigueur et que l'entreprise entre dans son champ d'application.

Les entreprises qui le souhaiteront pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier à compter du 1^{er} janvier 2012 aux régimes conventionnels auprès des organismes assureurs désignés en bénéficiant des mêmes dispositions que celles décrites au présent accord.

7.2.4. Information des institutions représentatives du personnel

Au sein de chaque entreprise, l'employeur informera les institutions représentatives du personnel des modalités de mise en œuvre des obligations nées du présent accord.

7.3. Reprise des encours au titre de la prévoyance

7.3.1. En présence d'un contrat souscrit antérieurement

Sont pris en charge par les organismes désignés, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés par l'entreprise lors de la souscription du contrat, dans « l'état des risques en cours » :

- la revalorisation dans les conditions définies à l'article 5.5.2 des prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité, incapacité permanente professionnelle, rente éducation) en cours de service, que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès dans les conditions du contrat ayant fait l'objet d'une résiliation si ces conditions ont été portées à la connaissance de l'organisme assureur désigné lors de l'adhésion de l'entreprise ;
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du régime de prévoyance conventionnel, si le contrat de travail n'est pas rompu ;
- le maintien de la garantie décès pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité versées ou à verser par un précédent assureur en cas de transfert d'engagement de celui-ci vers les organismes désignés, que le contrat de travail soit rompu ou non. Dans ce cas, le précédent organisme assureur transfère aux organismes désignés les provisions qu'il a constituées au titre de ces garanties.

7.3.2. En l'absence d'un contrat souscrit antérieurement

Les salariés présents dans les effectifs, tels que définis à l'article 3, sont bénéficiaires de l'ensemble des garanties prévues au présent accord, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

7.3.3. Financement des risques en cours

La cotisation définie à l'article 3.7 inclut la reprise des risques en cours dans les conditions sus-visées, pour les entreprises qui adhèrent aux organismes désignés dans les délais fixés à l'article 7.2.

Au-delà de ces délais, les entreprises pourront être assujetties, après examen des sinistres en cours, au versement à leur charge exclusive d'une prime unique ou d'une surcotisation, ceci afin de tenir compte du risque qu'ils représentent pour l'équilibre du régime mutualisé. Il en est de même pour les entreprises visées à l'article 7.2.2 qui souhaiteraient rejoindre le régime ultérieurement.

7.4. Changement d'organisme assureur

Conséquences au titre de la prévoyance

En cas de dénonciation ou non-renouvellement de la désignation, les dispositions suivantes s'appliquent.

La garantie incapacité temporaire de travail – invalidité est maintenue aux participants en arrêt de travail pour maladie ou accident, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées antérieurement à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement.

Ces participants bénéficient du maintien des garanties décès, à l'exclusion des prestations liées au décès d'une autre personne que le participant, pendant la période de versement par la sécurité sociale, sans interruption depuis la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement, des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'indemnisation au titre de l'incapacité permanente est égal ou supérieur à 33 %. Le salaire de référence servant au calcul des prestations est figé à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement.

Les prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, pension d'invalidité, rentes éducation) continuent d'être versées à leur niveau atteint à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement.

Les partenaires sociaux organiseront la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service ainsi que du salaire de référence servant au calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Article 8

Suivi du régime

La commission paritaire est chargée d'étudier l'ensemble des questions posées par l'application de cet accord et de veiller au bon fonctionnement des régimes.

Cette commission se réunira au moins une fois par an à cet effet. Au cours de cette réunion, l'organisme assureur désigné présentera les comptes consolidés des régimes, incluant les maintiens individuels frais de santé en sortie de contrat collectif visés à l'article 3.5.2 (art. 4 loi Evin) ainsi qu'un rapport annuel portant sur tous les éléments d'ordre économique, financier et social nécessaires à l'appréciation de l'application du présent accord.

L'organisme assureur désigné proposera, le cas échéant, des modifications à apporter aux dispositions du présent accord, de nature à permettre de renforcer ou rétablir l'équilibre des régimes conventionnels. La commission paritaire peut demander à l'organisme assureur de lui fournir toutes les informations et données chiffrées nécessaires à l'appréciation de l'équilibre du régime.

L'organisme assureur désigné intègre le dispositif de portabilité aux résultats du régime dans son ensemble. Il présente également de manière isolée les résultats de ce dispositif.

Un conseil indépendant pourra être désigné par la commission pour effectuer un suivi et un contrôle du régime, dans le cadre des missions qui lui auront été précisément attribuées par celle-ci, sa rémunération étant imputée au débit du compte de résultats.

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.

Article 9

Date d'effet, durée de l'accord et formalités

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Les partenaires sociaux conviennent d'en demander l'extension. Il fait l'objet des formalités suivantes :

- le délai de 15 jours pour l'éventuelle opposition prévue par la loi. A cette fin, il est communiqué à tous les syndicats dès sa signature ;
- le dépôt au ministère du travail et au conseil des prud'hommes de Paris.

Il prend effet au 1^{er} jour du trimestre qui suit la parution de l'arrêté d'extension.

Le présent accord pourra être révisé sur demande écrite de l'un ou l'autre des signataires qui en indiquera les raisons et formulera une proposition de texte. L'examen de cette proposition devra se terminer dans les 6 mois suivant la réception de cette proposition. A défaut d'accord dans ce délai, la demande de révision deviendra caduque.

Le présent accord pourra être dénoncé par l'un ou l'autre des signataires dans les conditions définies par la loi.

Fait à Paris, le 19 octobre 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FPI.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;

FEC FO ;

SNUHAB CFE-CGC.