

Brochure n° 3114

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

AVENANT DU 23 AVRIL 2012
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES NON-CADRES

NOR : ASET1250889M
IDCC : 959

Entre :

Le SDB ;

Le SNMB ;

Le SLBC,

D'une part, et

La CGT-FO pharmacie ;

La FNIC CGT ;

La FSS CFTC ;

La FFASS CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

L'annexe I « Régime de prévoyance au 1^{er} janvier 1997 (non-cadres) » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers est abrogée dans ses points A, B, C, D, E et F et est remplacée par une nouvelle annexe I « Régime de prévoyance des non-cadres » points A, B, C, D, E, F et J, dans les termes ci-après :

Article 1^{er}

Modification de l'ensemble des dispositions de l'annexe I
« Régime de prévoyance au 1^{er} janvier 1997 (non-cadres) »

L'annexe I est désormais rédigée comme suit :

« Annexe I

Régime de prévoyance des salariés non cadres »

A. – Préambule

La commission paritaire nationale des laboratoires de biologie médicale a organisé un appel d'offres :
– en vue de réexaminer la désignation, à compter du 1^{er} janvier 2013, de l'organisme d'assurance chargé d'assurer le régime de prévoyance au profit de l'ensemble des salariés non cadres des entreprises rentrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention ;

- et afin de s’assurer que l’organisme assureur qu’elle désignera, fournira aux entreprises de la branche et à l’ensemble de leurs salariés non cadres le meilleur service, dans un objectif social et de solidarité, en ce qui concerne notamment :
 - la qualité de la couverture des engagements ;
 - la solvabilité de l’assureur ou du groupe auquel il appartient ;
 - l’expérience en matière d’assurance collective prévoyance ;
 - la qualité de l’organisation administrative et des services offerts aux entreprises adhérentes et à leurs salariés ;
 - sa capacité à assurer tous les salariés non cadre des entreprises, indépendamment du risque à couvrir ;
 - le caractère uniforme du tarif sans considération de l’âge des salariés, de leurs états de santé, du poste de travail occupé par les salariés, de la taille de l’entreprise ;
 - sa capacité à assurer un maintien du tarif pendant 3 ans consécutifs ;
 - les frais de chargement ;
 - le paiement pendant une certaine période de prestations, indépendamment du paiement des cotisations dues en cas de rupture du contrat de travail ;
 - l’étendue de la couverture accordée qui n’est pas proportionnelle au montant des cotisations versées ;
 - la participation des assurés aux excédents techniques et financiers ;
 - la qualité des contrats d’assurance proposés aux entreprises de la branche au regard d’exigences demandées par les partenaires sociaux ;
 - la qualité des informations et documents remis aux entreprises adhérentes, salariés et anciens salariés ;
 - la qualité des moyens mis en œuvre pour l’adhésion des entreprises de la branche ;
 - la qualité des statistiques et éléments que l’assureur devra fournir à la commission paritaire nationale.

Cette procédure de mise en concurrence a été réalisée dans le respect des principes de transparence, d’égal accès, d’impartialité et de non-discrimination.

A ce titre :

- la commission paritaire nationale des laboratoires de biologie médicale a publié un avis d’appel public à la concurrence à compter du 23 septembre 2011 pendant 3 semaines dans une publication professionnelle du secteur des entreprises d’assurance, “L’argus de l’assurance” ;
- les candidats ont été sélectionnés, sans possibilité de marge de négociation quant aux modalités de leur engagement, sur la base d’un barème de notation qui se décomposait en quatre parties, portées dans le dossier de candidature, à savoir :
 - activité et environnement du candidat ;
 - solvabilité du candidat et du groupe auquel il appartient ;
 - expérience du candidat en matière d’assurance collective obligatoire ;
 - réponses au cahier des charges du régime de prévoyance de la branche professionnelle.

La commission paritaire nationale des laboratoires de biologie médicale a ainsi organisé une mise en concurrence entre l’organisme assureur jusqu’à présent désigné, l’IPGM (groupe Mornay), et toute entreprise d’assurance habilitée à pratiquer des opérations d’assurance en France pour les risques décès et arrêt de travail.

La commission paritaire nationale s'est prononcée sur le choix de l'organisme assureur, le 2 février 2012, sur la base d'un rapport établi, pour les organisations syndicales signataires du présent avenant.

Ce rapport comprend, pour l'ensemble des candidats, les tableaux comparatifs des réponses apportées ainsi que, pour chaque candidat, une appréciation d'ensemble sur ses propositions.

La commission paritaire nationale a élaboré son rapport avec l'assistance d'un actuaire conseil indépendant et d'un avocat.

Pour chacune des rubriques du cahier des charges donnant lieu à notation, l'actuaire conseil et l'avocat ont présenté à la commission paritaire nationale leur proposition de notation basée sur les critères précédemment convenus et annoncés aux candidats.

La note des experts pouvant être amendée, le cas échéant, par chaque organisation syndicale, après argumentation, dans une limite prédéfinie, une note finale a été établie pour chaque candidat.

C'est dans ce contexte que le présent avenant destiné à améliorer les conditions d'emploi et de travail des salariés est négocié.

B. – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du régime de prévoyance les salariés des entreprises relevant du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective appartenant à la catégorie de ceux qui ne sont pas affiliés au régime des cadres au titre des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale du 14 mars 47 définis ci-après comme « non-cadres ».

Sont bénéficiaires tous ces salariés, quelle que soit la nature de leur contrat de travail, à l'exception de ceux dont le contrat de travail est suspendu, sauf en cas de congés payés, congés maladie et accident, congés maternité, paternité et d'adoption.

C. – Garanties de prévoyance complémentaire

Les salariés tels que définis au B ci-dessus bénéficient des garanties de prévoyance complémentaire figurant au tableau synthétique ci-après, dans les conditions définies au contrat d'assurance collective du régime de branche souscrit par l'entreprise auprès l'organisme assureur désigné, c'est-à-dire, par exemple, sous réserve des clauses d'exclusions et des modalités y figurant.

| GARANTIE | NIVEAU DES PRESTATIONS (exprimé en pourcentage du traitement annuel de base) |
|--|--|
| Décès | |
| Décès de base. – Invalidité absolue et définitive | |
| En cas de décès de l'assuré, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. | |
| En cas d'invalidité totale et permanente de l'assuré, le capital est versé par anticipation à l'assuré. | |
| Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge | 130 % TA et TB |
| Marié ou pacsé | 150 % TA et TB |
| Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge | 150 % TA et TB |
| Majoration supplémentaire par personne à charge ⁽¹⁾ | 50 % TA et TB |
| Décès accidentel | |
| Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci. | Capital supplémentaire égal au capital décès de base |

| GARANTIE | NIVEAU DES PRESTATIONS (exprimé en pourcentage du traitement annuel de base) |
|---|--|
| <p>Incapacité de travail</p> <p>Si l'assuré a une ancienneté ⁽²⁾ supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail.</p> <p>Si l'assuré a une ancienneté ⁽²⁾ inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 7 jours d'arrêt continu et total de travail.</p> <p>En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le premier jour d'arrêt de travail.</p> | 40 % TA et 90 % TB |
| <p>Invalidité</p> <p>Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent régime.</p> | 40 % TA et 90 % TB ⁽³⁾ |
| <p>Maternité</p> <p>En cas de maternité d'une assurée, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.</p> | 90 % TB (traitement de base excédent le plafond de la sécurité sociale) |
| <p>(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille "marié" ou "pacsé" ou bien "célibataire", "veuf ou divorcé avec personne à charge".</p> <p>(2) Ancienneté dans l'entreprise adhérente.</p> <p>(3) Pour l'invalidité 1^{re} catégorie, la rente versée est réduite de 1/4.</p> | |

D. – Cotisations du régime de prévoyance et répartition

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

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

(En pourcentage.)

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

Les taux de cotisations sont maintenus pendant 3 ans à compter de la date d'effet du présent avenant, à législation et réglementation constante.

E. – Mutualisation du régime

1. Désignation de l'assureur

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et au regard des objectifs visés en préambule (A), les parties au présent avenant ont désigné, en qualité d'organisme assureur de l'ensemble des garanties du régime de prévoyance, l'institution de prévoyance de groupe Mornay (IPGM), institution de prévoyance agréée régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé au 5 à 9, rue Van-Gogh, 75012 Paris.

Les partenaires sociaux signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné. Pour ce faire, la commission paritaire nationale, se réunira régulièrement et au plus tard 6 mois avant l'échéance qui précédera l'expiration de ce délai de 5 ans en vue de procéder à une analyse comparative.

Il est convenu qu'un ou plusieurs organismes gestionnaires pourront être sollicités pour la gestion de tout ou partie du régime conventionnel dans le cadre de protocole de délégation de gestion à intervenir avec l'organisme assureur désigné.

2. Adhésion des entreprises : clause de migration obligatoire

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant :

- l'adhésion des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale, ainsi que celles qui y ont adhéré ;
- et l'affiliation des salariés non cadres de ces entreprises,

auprès de l'organisme assureur désigné à l'article E.1, ont un caractère obligatoire.

A cette fin, les entreprises sont tenues de régulariser administrativement leur adhésion auprès de l'organisme assureur désigné à l'article E.1, en retournant le bulletin d'adhésion visé à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale, dûment complété.

Ces dispositions s'appliquent y compris pour les laboratoires ayant souscrit un contrat de prévoyance complémentaire au bénéfice de leurs salariés non cadres auprès d'un autre organisme assureur quels que soient les niveaux et conditions de garanties par rapport à celles définies par le présent avenant.

L'adhésion de ces entreprises doit prendre effet, au plus tard, à la date d'échéance de leur contrat d'assurance en cours qui suit l'entrée en vigueur du présent avenant.

3. Sinistres en cours à la date de la résiliation pour changement d'organisme assureur

Dans le cas où un assureur couvre déjà les sinistres intervenus, 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 reste redevable des prestations dues ou en cours de service à leur niveau atteint à la date de résiliation du contrat d'assurance ;
- le changement d'assureur est par principe sans effet sur la prise en charge par l'assureur résilié des prestations à naître, par exemple au titre du maintien de la garantie décès, lorsque le salarié perçoit ou ouvre droit à des prestations liées à une incapacité de travail ou une invalidité indemnisée par ce précédent organisme d'assurance.

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 E.1 prend en charge, dans la mesure où la poursuite de la revalorisation n'est pas garantie par le précédent organisme assureur :

- la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service ;
- la revalorisation des bases de calculs des prestations relatives à la couverture du risque décès.

Cette prise en charge intervient à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au contrat de l'assureur désigné à l'article E.1 ci-dessus, sous réserve de lui présenter la liste détaillée des assurés concernés.

Par ailleurs, l'organisme assureur désigné à l'article E.1 prendra en charge également l'intégralité des prestations en cours de service, au jour de l'adhésion de l'entreprise au contrat, à condition :

- que l'entreprise lui communique un état détaillé des bénéficiaires ;
- que le précédent organisme assureur lui transfère le montant des provisions correspondantes effectivement constituées à la date de résiliation du contrat de l'entreprise, en application de l'article 30-III et 31 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- et sous réserve que ledit montant soit conforme aux règles de provisionnement et donc accepté par l'organisme assureur désigné à l'article E.1 ci-dessus.

Dans tous les cas, pour les entreprises qui vont rejoindre l'organisme assureur désigné à l'article E.1, l'indemnité de résiliation réclamée le cas échéant à l'entreprise par son ancien assureur, en application de l'article 31 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "loi Evin" et des éventuelles évolutions qui seraient intervenues d'ici la date de principe d'adhésion obligatoire, sera financée par le régime, c'est-à-dire immédiatement supportée par l'organisme assureur désigné à l'article E.1.

4. 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 résilié au niveau atteint à cette même 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.

Par ailleurs, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur, étant précisés que les prestations en cours sont maintenues par le précédent organisme assureur par application des articles 7 et 7-1 de la loi Evin.

F. – 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 déchéances, d'exclusions ou de limitations 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 étant précisé que la rédaction de cette notice d'information incombe à l'organisme assureur désigné.

G. – Comptes de résultat

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 au comité de gestion, visée à l'article H, au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos.

H. – Comité de gestion

Il est créé un comité de gestion ayant pour objet le suivi du régime conventionnel de prévoyance complémentaire. Il est composé, à parité, de représentants des organisations syndicales signataires de la convention collective des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers, ou y ayant adhéré.

Ses attributions et ses modalités de fonctionnement sont précisées dans un règlement intérieur.

I. – Portabilité des droits de prévoyance

1. Généralités

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

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

2. Mise en œuvre et déroulement de la portabilité

L'employeur doit informer le salarié dont le contrat est rompu du dispositif de maintien des garanties dont il bénéficiait en tant que salarié.

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

Le maintien des garanties cesse :

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

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

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

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

3. Traitement de base du maintien des garanties de prévoyance

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

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées à l'ancien salarié précisées à l'article C du présent avenant seront déterminés en considérant les droits de l'assuré comme s'il avait été en activité à la date de l'arrêt.

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

4. Financement du dispositif de portabilité

Le financement de ce dispositif de portabilité fait l'objet, pour ce qui concerne les garanties de prévoyance définies au présent avenant, d'une mutualisation intégrée à la cotisation dans les comptes de l'assureur percevant les cotisations.

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

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

J. – Suspension et cessation des garanties et contrôle médical

1. Conditions de suspension des garanties

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail si le salarié bénéficie de la part de son employeur, de façon directe ou indirecte, d'un maintien de salaire.

Le salarié dont la suspension du contrat de travail a pour origine un arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale (y compris les cas de congés de maternité, de paternité ou d'adoption faisant l'objet d'indemnités versées par la sécurité sociale ou la caisse d'allocation familiale ou de maintien de salaire, par subrogation ou non, versé par l'employeur) bénéficie de ce maintien de garanties jusqu'à la date de reprise d'activité, sous réserve des dispositions du contrat d'assurance.

A l'inverse, les garanties sont suspendues de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'entreprise n'est versée pour les salariés qui sont, par exemple, dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-91 et suivants du code du travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-78 et suivants du code du travail ;
- ou pour tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré ou indemnisé.

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

Un maintien des garanties décès pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'entreprise auprès de l'assureur désigné.

2. Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

A titre d'exemple les garanties cessent :

- en cas de cessation d'appartenance du salarié à la catégorie des non-cadres ;
- en cas de radiation du salarié des effectifs de l'entreprise ou de rupture du contrat de travail du salarié quelle qu'en soit la cause, sauf si celle-ci intervient dans le cadre de la clause de maintien des garanties, tel que défini ci-avant ;

- en cas de changement d'activité plaçant l'entreprise en dehors du champ d'application de la convention collective des laboratoires de biologie médicale ;
- en cas de décès du salarié.

3. Contrôle médical

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

Article 2

Cadre juridique

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

Article 3

Entrée en vigueur. – Dépôt. – Extension

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013 pour l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale. Il est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

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

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

Fait à Paris, le 23 avril 2012.

(Suivent les signatures.)