

**Convention collective régionale**

**IDCC : 35. – TISSAGES DE LA SOIERIE DU SUD-EST  
(Employés, techniciens et agents de maîtrise)  
(9 juin 1952)**

(Etendue par arrêté du 7 octobre 1952)

---

**Convention collective régionale**

**IDCC : 642. – TISSAGES DE LA SOIERIE DU SUD-EST  
(Ouvriers)  
(7 janvier 1972)**

(Etendue par arrêté du 1<sup>er</sup> juin 1973,  
*Journal officiel* du 24 juin 1973)

---

**ACCORD DU 26 NOVEMBRE 2012  
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1350146M

IDCC : 35, 642

---

Vu l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale de l'industrie du textile du 9 juin 1952 ;

Vu les accords paritaires des 5 juin 1952 et 7 juin 1972 relatifs au régime de prévoyance des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise des tissages de soierie ;

Vu les avenants des 1<sup>er</sup> février 1961 et 29 octobre 1986 ;

Vu l'accord du 19 septembre 2001 et l'avenant du 24 avril 2002 ;

Vu l'avenant du 23 décembre 2005 consécutif à l'obligation prévue par la réforme de l'assurance maladie ;

Vu l'accord du 22 décembre 2006 et son avenant du 7 juillet 2008 ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et ses avenants,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Il est apparu important aux partenaires sociaux de la branche de renforcer la protection sociale des salariés notamment par la mise en place d'une garantie arrêt de travail obligatoire, et de rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs.

Les partenaires sociaux ont souhaité inscrire cette volonté dans une approche équilibrée et efficiente qui permettrait :

- à la fois de faciliter pour les entreprises de la branche (quelle que soit leur taille ou leur situation démographique) l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux et selon des modalités pratiques simples ;
- sans pour autant remettre en cause les régimes préexistants dans les entreprises ayant anticipé cette démarche (et cela en dehors de toute obligation conventionnelle) et respectant les dispositions du présent accord.

En effet, si une mutualisation d'un régime est gage d'homogénéité des prestations et des garanties, de meilleure pérennité et d'optimisation financière ; il est également apparu nécessaire de ne pas perturber les régimes et les pratiques existantes, notamment au regard de la nécessité :

- de préserver les spécificités, les besoins et l'historique de ces entreprises ;
- de laisser à ces dernières la gestion et le pilotage de leur régime (choix de l'opérateur, négociation de paire avec les frais de santé...) ;
- et de ne pas alourdir le travail de celles-ci sur un sujet complexe notamment pour des TPE/PME ou celles appartenant à des groupes (par exemple : nécessité de devoir opérer une comparaison technique et source d'erreurs avec les garanties définies par la branche ou de devoir revoir l'acte fondateur ayant institué le régime au sein de la structure).

Le présent accord est conclu en application des articles L. 2231-1 et suivants du livre I<sup>er</sup> du code du travail ainsi que des dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin) et de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 afférente à la protection sociale complémentaire des salariés.

Il a vocation à se substituer, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, à l'accord de santé-prévoyance du 14 décembre 2009.

C'est dans ce contexte et après une étude approfondie des pratiques des autres branches et une mise en concurrence d'opérateurs (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance et mutuelles) que les parties signataires se sont accordées sur les points suivants.

## CHAPITRE I<sup>er</sup> PRINCIPES GÉNÉRAUX

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

#### *Objet*

Les salariés définis à l'article 3 du présent accord appartenant aux entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 2 du présent accord bénéficient des régimes de prévoyance (décès, incapacité, invalidité) et de frais de santé dont le détail des prestations servies est annexé au présent accord (annexes I et II).

Le présent accord a pour objet l'instauration, au profit des salariés tels que définis à l'article 3 du présent accord, des entreprises relevant du champ d'application du présent accord, d'un régime de prévoyance et de frais de santé à adhésion obligatoire, au sein de chaque entreprise.

Il a aussi pour objet de proposer aux entreprises, au-delà de ce régime obligatoire, des régimes supplémentaires définis en annexes III et III *bis*.

### **Article 2**

#### *Champ d'application*

#### Sur le plan territorial

Le présent accord territorial s'applique dans les départements suivants : Ain (01), Ardèche (07), Drôme (26), Gard (30), Isère (38), Loire (42), Haute-Loire (43), Puy-de-Dôme (63), Rhône (69),

Saône-et-Loire (71), Savoie (73), Haute-Savoie (74), Vaucluse (84) aux entreprises entrant dans le champ d'application professionnel de la convention collective des tissages de soierie.

Cet accord s'applique à l'ensemble des entreprises et/ou établissements situés dans les 13 départements cités ci-dessus, quelle que soit la localisation géographique du siège.

#### Sur le plan professionnel

Le présent accord professionnel s'applique aux codes NAF concernés par l'accord régional des tissages de soierie, rappelé en annexe IV.

Le présent accord peut également être appliqué aux entreprises qui en font une application volontaire.

### Article 3

#### *Bénéficiaires du dispositif*

##### 3.1. Bénéficiaires du régime

L'accord concerne l'ensemble du personnel non cadre des entreprises ou établissements visés à l'article 2 du présent accord.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, accident du travail ou maladie professionnelle, ainsi que pendant la durée des congés légaux de maternité ou de paternité et durant un congé de solidarité familiale, sont bénéficiaires des garanties instituées par le présent régime.

Leurs cotisations seront assises sur leurs salaires reconstitués au titre des 12 derniers mois d'activité, ou du salaire annualisé, le cas échéant.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour un autre motif ne sont bénéficiaires du régime que dans le cas où ils bénéficient d'un maintien de tout ou partie du salaire par l'employeur.

Ce régime de prévoyance et de frais de santé est un régime à adhésion obligatoire et son application s'impose donc dans les relations individuelles de travail. Les salariés concernés ne peuvent donc s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation par leur employeur.

Par ailleurs, le présent accord ne couvrant pas la population des cadres, les entreprises devront mettre en place par la voie d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un accord collectif ou à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, un régime pour cette population afin de bénéficier des exonérations de charges sociales et fiscales dans les conditions prévues par le décret du 9 janvier 2012.

Les partenaires sociaux discuteront, à partir de 2013, de l'élargissement du dispositif de cet accord aux salariés cadres.

##### 3.2. Dispenses d'adhésion relatives au régime de frais de santé

Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés et apprentis dont le contrat de travail est conclu pour une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs, pourront être dispensés d'adhérer au régime de frais de santé institué par le présent accord.

De même, s'agissant du régime frais de santé, les entreprises pourront décider par voie de décision unilatérale de l'employeur, d'ajouter aux cas de dispense conventionnement définis ci-dessus, les cas de dispenses suivants :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012, à savoir :
  - un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale ;
  - un régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
  - un régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le 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 complémentaire de leurs personnels ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Dans tous les cas, l'employeur devra être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

En revanche, s'agissant des garanties de prévoyance instituées par le présent accord, les salariés ne bénéficient d'aucune dispense d'adhésion.

## CHAPITRE II

### COTISATIONS OBLIGATOIRES

#### **Article 4**

##### *Cotisations prévoyance*

##### 4.1. Principe

La cotisation minimale servant au financement du régime de prévoyance est de 1,43 % du salaire brut (comprenant l'ensemble des primes et gratifications entrant dans l'assiette des cotisations sociales, et ce quelle que soit leur périodicité) assujetti à cotisations sociales compris entre 0 et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

A cette cotisation s'ajoute le coût de la reprise des sinistres en cours tel que défini à l'article 8.5 du présent accord.

Ce taux sera maintenu pour une durée de 3 ans à législation fiscale et sociale constante.

Elle est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 60 % employeur ;
- 40 % salarié.

##### 4.2. Financement des prestations

Dans le cadre du présent accord, le financement des prestations est assuré de la façon suivante.

(En pourcentage.)

|  | PART EMPLOYEUR | PART SALARIÉ | TOTAL |
|--|----------------|--------------|-------|
| Décès, incapacité, invalidité              | 0,858          | 0,572        | 1,43  |
| Reprise des sinistres (pour 3 ans)         | 0,09           | 0,06         | 0,15  |
| Cotisation globale prévoyance (pour 3 ans) | 0,948          | 0,632        | 1,58  |

## Article 5

### *Cotisations frais médicaux*

#### 5.1. Principe

La cotisation minimale servant au financement du régime de frais de santé est de 2,23 % du salaire brut assujetti à cotisations sociales compris entre 0 et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale pour le régime conventionnel obligatoire.

Ce taux sera maintenu pour une durée de 3 ans à législation fiscale et sociale constante.

Elle est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 73 % employeur ;
- 27 % salarié.

Le choix de l'option et du financement des régimes optionnels feront l'objet d'une discussion au niveau de l'entreprise, entre les salariés et l'employeur.

#### 5.2. Financement des prestations

Dans le cadre du présent accord, le financement des prestations est assuré de la façon suivante :

(En pourcentage.)

| COTISATION FAMILLE<br>au sens de la sécurité sociale | PART EMPLOYEUR | PART SALARIÉ | TOTAL |
|--|----------------|--------------|-------|
| Complémentaire santé                                 | 1,63           | 0,60         | 2,23  |

Ces cotisations (patronales et salariales) se voient appliquer un taux d'appel sur 3 ans :

- en 2013 : 85 %, portant ainsi la participation minimale de l'employeur à 1,39 % (hors indexation indice CMT) ;
- en 2014 : 92,5 %, portant ainsi la participation minimale de l'employeur à 1,51 % (hors indexation indice CMT) ;
- en 2015 : 100 %, portant ainsi la participation minimale de l'employeur à 1,63 % (hors indexation indice CMT).

La famille au sens de la sécurité sociale se compose du salarié et de ses ayants droit à charge tel que définis à l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

#### 5.3. Régime optionnel facultatif

Le choix de ces régimes se fait au niveau de l'entreprise pour l'ensemble des salariés concernés et remplacent les garanties complémentaires santé conventionnellement définies à l'article 5.2 ci-dessus.

Chaque entreprise peut choisir parmi les options proposées, à savoir le niveau de garantie : optionnel ou optionnel supérieur et le type de cotisation : famille au sens de la sécurité sociale ou famille au sens large.

La famille au sens large se compose du salarié et de ses ayants droit qu'ils soient ou non à charge au sens de la sécurité sociale (conjoint ou concubin immatriculé personnellement, par exemple).

La cotisation additive est répartie selon le choix fait en entreprise.

Toutefois, la cotisation de l'employeur ne peut être inférieure à celles indiquées à l'article 5.2.

|  | EN POURCENTAGE DU SALAIRE LIMITÉ À 4 PASS |           |                     |
|--|---|-----------|---------------------|
| 2013                                   | Conventionnel                             | Optionnel | Optionnel supérieur |
| Famille au sens de la sécurité sociale | 1,90                                      | 2,55      | 3,49                |
| Famille au sens large                  | 2,57                                      | 3,56      | 5,01                |

La contribution minimale de l'employeur sera de 1,39 % sur chaque option choisie.

Les taux de cotisation pour les années 2014 et 2015 s'entendent comme des cotisations minimales (hors indexation indice CMT et évolutions réglementaires).

|  | EN POURCENTAGE DU SALAIRE LIMITÉ À 4 PASS |           |                     |
|--|---|-----------|---------------------|
| 2014 (hors indexation CMT)             | Conventionnel                             | Optionnel | Optionnel supérieur |
| Famille au sens de la sécurité sociale | 2,06                                      | 2,78      | 3,79                |
| Famille au sens large                  | 2,79                                      | 3,88      | 5,45                |

La contribution minimale de l'employeur sera de 1,51 % (hors CMT) sur chaque option choisie.

|  | EN POURCENTAGE DU SALAIRE LIMITÉ À 4 PASS |           |                     |
|--|---|-----------|---------------------|
| 2015 (hors indexation CMT)             | Conventionnel                             | Optionnel | Optionnel supérieur |
| Famille au sens de la sécurité sociale | 2,23                                      | 3         | 4,10                |
| Famille au sens large                  | 3,02                                      | 4,19      | 5,89                |

La contribution minimale de l'employeur sera de 1,63 % (hors indexation indice CMT) sur chaque option choisie.

#### 5.4. Indexation de la cotisation des régimes complémentaires santé

Les taux afférents aux régimes complémentaires santé évolueront, chaque année, selon l'indice CMT (consommation médicale totale), et ce dès 2014, nonobstant l'application d'un taux d'appl.

### CHAPITRE III

#### PRESTATIONS MINIMALES OBLIGATOIRES

#### Article 6

##### *Définition des prestations*

Le présent accord institue au profit des salariés visés à l'article 3, ou de leurs ayants droit, les garanties suivantes :

- Garanties de base obligatoires prévoyance et frais de santé :
  - le versement d'un capital en cas de décès, lequel peut être accompagné d'une rente éducation ou d'une rente temporaire de conjoint survivant au choix de l'assuré ;
  - le versement de frais d'obsèques ;
  - le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
  - le versement d'un capital ou d'une rente en cas d'invalidité ;
  - le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complément de ceux servis par le régime général de la sécurité sociale.

Ces présentes garanties, définies aux annexes I et II, seront dites « Régimes conventionnels obligatoires ».

## 2. Garanties de frais de santé optionnelles facultatives

L'entreprise peut décider, par voie de décision unilatérale de l'employeur, d'accord collectif ou à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, de mettre en place des garanties supérieures (définies aux annexes III et III *bis*) offrant des prestations supplémentaires à celles des régimes conventionnels obligatoires.

La mise en place de ces garanties optionnelles entraîne, au niveau de l'entreprise, l'affiliation de tous les salariés faisant partie de la catégorie définie à l'article 3 concernés par l'option.

## CHAPITRE IV

### ORGANISATION DE LA MUTUALISATION

#### Article 7

##### *Mutualisation des risques au sein de la branche professionnelle*

#### 7.1. Organisme désigné

Les signataires ont recherché pour les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord les meilleures conditions pour l'établissement d'un régime fondé sur la solidarité professionnelle, laquelle s'organise grâce à :

- une définition unique des prestations et des coûts de cotisations ;
- une mutualisation des risques au niveau régional ;
- l'établissement d'un compte de résultats technique et financier propre à la profession.

Afin d'assurer cette mutualisation des risques, les parties ont décidé de désigner Apicil Prévoyance, 38, rue François-Peissel, Caluire-et-Cuire (69), pour assurer et gérer, respectivement, les garanties frais médicaux, décès-invalidité permanente et totale, incapacité de travail, invalidité et inaptitude totale d'origine professionnelle ou non professionnelle.

Cet organisme est une institution de prévoyance qui relève du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale (art. L. 931-1 à L. 933-8 du code de la sécurité sociale).

Les entreprises relevant du présent accord sont tenues d'affilier à l'organisme désigné ci-dessus la totalité de leurs salariés définis à l'article 3, sous réserve des exceptions prévues à l'article 7.2.

Ces affiliations ont un caractère obligatoire à compter de la date d'effet du présent accord de branche.

#### 7.2. Mise en œuvre du régime conventionnel

7.2.1. Les entreprises ne disposant d'aucun régime de frais de santé et de prévoyance seront tenues d'affilier l'ensemble de leurs salariés définis à l'article 3 auprès d'Apicil Prévoyance dès la date d'effet de l'accord telle que définie à l'article 17 du présent accord.

7.2.2. Les entreprises, ayant souscrit antérieurement à la date d'effet du présent accord, telle que définie à l'article 17 précité, un régime de prévoyance et de frais médicaux peuvent maintenir leur adhésion auprès de l'organisme avec lequel elles ont antérieurement contracté.

Les garanties souscrites doivent être, garantie par garantie, plus favorables que celles instituées par le présent accord.

A défaut, elles devront :

- soit résilier leurs contrats dans un délai maximum de 6 mois suivant la date d'effet de l'accord afin d'affilier leurs salariés auprès de l'organisme assureur désigné. En tout état de cause, ce délai de 6 mois sera prorogé si l'entreprise n'est pas en mesure de résilier son contrat avant l'expiration de ce délai (fin de préavis). Dans l'intervalle ses garanties devront être mises au niveau requis ;



- soit mettre en conformité leurs contrats avec les garanties des régimes conventionnels. Elles disposeront alors d'un délai maximum de 3 mois à compter de la date d'effet de l'accord, ou au plus tard au 31 décembre de l'année.

Ainsi, si un délai d'adaptation ou de dénonciation est opposé par l'organisme avec lequel elles ont contracté, elles appliqueront le délai contractuellement prévu par leur régime pour le résilier et rejoindre les organismes assureurs désignés ou pour l'adapter au présent accord.

En tout état de cause, la survenance d'un événement mettant en jeu les garanties pendant cette période transitoire devra être indemnisée conformément au présent accord.

Il est rappelé à ces entreprises qu'elles doivent notamment :

- prévoir une reprise des sinistres en cours dans les conditions similaires ou équivalentes à celles prévues au titre de l'article 8 du présent accord ;
- conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale et au regard des prestations minimales obligatoires de prévoyance prévues à l'article 4, organiser dans le cadre du changement d'organisme assurant les risques :
  - la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service ;
  - le maintien de la garantie décès pour les bénéficiaires de rente d'incapacité de travail et d'invalidité.

7.2.3. Les groupes composés de plusieurs entités juridiques qui ont, préalablement à l'entrée en vigueur du présent accord, mis en place au sein du groupe un dispositif unique global de prévoyance d'un niveau supérieur aux conditions du présent régime, pourront en cas d'acquisition ou de création d'une nouvelle entité, l'intégrer dans le dispositif global préexistant.

## **Article 8**

### *Reprise des sinistres en cours*

Compte tenu de la mutualisation professionnelle opérée pour les entreprises par le présent accord, l'organisme prendra en charge, les sinistres en cours dans les conditions et limites définies ci-après.

#### 8.1. Obligation de déclaration

L'entreprise adhérente doit déclarer à l'organisme assureur désigné :

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

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

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

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

Si l'entreprise adhérente ne dispose pas d'un précédent contrat de prévoyance complémentaire, l'organisme assureur désigné prend en charge intégralement au titre du régime professionnel les prestations complémentaires incapacité, invalidité, la garantie décès et rente éducation sous réserve que ces risques ne soient pas survenus au jour de l'adhésion.



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

#### 8.3.1. Principe

Si l'entreprise adhérente au régime professionnel a souscrit, avant la date de prise d'effet du présent accord, un précédent contrat de prévoyance complémentaire garantissant l'incapacité, l'invalidité et/ou le décès, l'organisme assureur précédent assure le maintien des prestations versées au titre des garanties incapacité, invalidité et rentes éducation, au niveau atteint au jour de la résiliation dudit contrat, pour les assurés indemnisés à ce titre.

De même, l'organisme assureur précédent continue à assurer le maintien des garanties décès aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement à leur adhésion au présent régime, et ce pendant toute la durée de leur indemnisation.

En revanche, l'organisme assureur désigné prend en charge les revalorisations futures, des rentes éducation, des prestations complémentaires d'incapacité et d'invalidité, en cours de versement à la date de résiliation du précédent contrat selon des modalités au moins aussi favorables que celles du contrat résilié.

De plus, l'organisme assureur désigné prend également en charge le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu au jour de leur adhésion au régime issu du présent accord.

Ainsi, pour ces salariés en arrêt de travail :

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

#### 8.3.2. Transfert des sinistres en cours en application de l'article 31 de la loi Evin

Dans le cas où une entreprise résilierait son contrat en vue d'adhérer au régime professionnel et se verrait réclamer par l'organisme assureur dont le contrat a été résilié, l'indemnité prévue à l'article 31 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'entreprise concernée aura la faculté de demander à transférer la charge des sinistres en cours en contre partie du transfert des provisions techniques constituées conformément à la réglementation en vigueur par l'organisme assureur dont le contrat a été résilié.

### 8.4. Modification de l'organisme assureur au niveau de la branche

Dans le cas où, au terme de la période de désignation, le changement d'organisme assureur serait décidé par les partenaires sociaux, les prestations incapacité, les rentes invalidité et les rentes éducation en cours de service, seront maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation par l'organisme assureur dont la désignation prend fin.

Par ailleurs, la revalorisation de ces prestations sera assurée par le nouvel organisme assureur dans des conditions au moins identiques à celles définies dans le présent accord.

Les salariés en incapacité de travail et en invalidité avant le changement d'organisme assureur se verront maintenir par l'organisme, dont la désignation prend fin, les garanties en cas de décès, nées du présent accord.

### 8.5. Financement des sinistres en cours

Le financement de la reprise des sinistres en cours est assuré par une cotisation qui s'élève à 0,15 % du salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale entre 0 et 4 fois le plafond de la sécurité sociale détaillée à l'article 4.2 du présent accord, et à la charge de l'employeur et des salariés dans les mêmes conditions que celles décidées dans l'entreprise relativement à la répartition de la cotisation. Cette cotisation supplémentaire est applicable pour une durée de 3 ans.

L'entreprise qui n'a pas adhéré au régime de branche dans les 12 mois qui suivront la parution de l'arrêté d'extension du présent accord au *Journal officiel* se verra appliquer une sur cotisation dont le montant sera fixé, au cas par cas, en fonction du niveau de sinistralité en cours au jour de l'adhésion de l'entreprise.

Cette cotisation s'ajoutera à celle visée à l'article 4 du présent accord et sera prise en charge par l'employeur dans les mêmes proportions que celles visées à l'article 4.

## **Article 9**

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

Les salariés d'une entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord dont le contrat de travail est rompu, sauf pour faute lourde, et sous réserve que cette rupture leur ouvre droit à une prise en charge par Pôle emploi, pourront continuer à bénéficier de la couverture de prévoyance et de frais de santé instituées par le présent accord dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, modifié par avenant n° 3 du 18 mai 2009, précisé dans la notice d'information établie par l'organisme assureur désigné.

Les garanties sont celles visées au présent accord et à ses annexes.

Elles s'appliquent dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

Toutefois, le cumul des indemnités journalières servies par le régime général de la sécurité sociale et le régime mis en place dans le cadre du présent accord sera plafonné au montant net de l'allocation qui aurait été versée par le régime d'assurance chômage au titre de la même période.

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

Les modalités de paiement sont définies conjointement entre l'entreprise et l'ancien salarié.

Le non-paiement par l'ancien salarié de sa quote-part de financement de ces garanties, à la date d'échéance des cotisations, libère l'ancien employeur de toute obligation et entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir.

## **Article 10**

### *Commission paritaire de suivi*

#### **10.1. Composition et missions générales**

Une commission sociale paritaire régionale prévoyance et frais médicaux, composée de représentants des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau régional (2 représentants par organisation) et d'au moins 1 représentant d'employeur, est chargée du suivi du présent accord.

Cette commission sera assistée d'un cabinet d'actuariat conseil, le cabinet Adding mandaté pour une durée de 5 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Il interviendra en qualité de conseil avec pour mission l'aide au pilotage du programme défini dans le présent accord et son développement régional.

Cette commission bénéficiera d'informations 3 fois par an (mai, août et novembre) sur la gestion du régime, dont le détail figure dans une convention de gestion signée par ailleurs, pour lui permettre d'en assurer le pilotage. Cette convention déterminera les conditions générales du respect de ces engagements.

Elle pourra à tout moment inviter l'organisme gestionnaire à rendre compte de cette gestion en se réservant le droit de demander la transmission sur tous points de toutes informations ou documents utiles au bon suivi de l'accord.

Des informations annuelles seront également transmises au 31 mai de chaque année.

La commission paritaire de suivi a pour missions principales :

- d'examiner et contrôler les résultats de la gestion administrative et financière du régime institué par le présent accord ;
- d'étudier les demandes d'adhésion tardives ;
- de suivre l'évolution du régime et d'étudier toute mesure utile ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime et d'organiser les évolutions de celui-ci ;
- d'interpréter des dispositions du présent accord et de statuer sur toute difficulté pouvant se présenter quant à son application.

Pour ce faire, la commission paritaire de suivi se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations syndicales signataires du présent accord.

Elle prend ses décisions à l'unanimité des deux collèges. Chaque collègue s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant présents ou représentés.

Les coûts de fonctionnement de cette commission sociale paritaire régionale, notamment l'indemnisation des frais de déplacement de ses membres, sont pris en charge par l'organisme gestionnaire dans la limite totale et globale de 5 000 € par année civile sans que la prise en charge ne puisse excéder 1 000 € par réunion.

## 10.2. Evolution du régime

Toute demande de modification du régime émanant soit de l'une des parties signataires, soit de l'un des organismes assureurs désignés sera adressée à la commission paritaire de suivi.

Après examen, la commission peut proposer la conclusion d'un avenant au présent accord.

La commission peut également proposer, en accord avec l'organisme assureur désigné, l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés aux articles 4 et 5, et ce en vue de préserver l'équilibre du régime.

Ces modifications font l'objet d'un avenant au présent accord lorsqu'elles affectent l'une de ses clauses.

## Article 11

### *Frais*

#### 11.1. Frais de conseil

Les frais de conseil s'élèvent à 3 % des cotisations hors taxes de prévoyance et de complémentaire frais de santé. Ils sont versés au cabinet Adding dans la limite de 30 000 € HT par an.

Ce montant sera versé par l'assureur trimestriellement à terme échu, par virement. Ces frais figureront au débit du compte de participation au bénéfice.

#### 11.2. Frais de gestion

Les frais de gestion des régimes sont fixés à :

- 7 % pour le régime de prévoyance ;
- 12 % pour les régimes complémentaires de frais de santé.

Les frais de gestion pour les régimes complémentaires de frais de santé seront ramenés à 10 % à partir de 2015.

## Article 12

### *Rapport annuel*

La commission paritaire de suivi examine le rapport détaillé des comptes annuels relatifs au présent régime établi par l'organisme assureur désigné conformément à l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et

conformément à la convention de gestion de la branche, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Ce rapport fournit, en effet, les éléments permettant d'analyser les résultats du régime et de le piloter. Les modalités de ce rapport sont fixées au sein du compte de participation au résultat.

### **Article 13**

#### *Règlement de l'organisme gestionnaire*

Le règlement de l'organisme gestionnaire désigné, en vigueur à la date de signature du présent accord, s'appliquera en l'état pendant toute la durée d'exécution de la désignation.

Ce règlement comporte entre autres les procédures de déclaration de sinistres (délais, pièces à fournir...) ou de contrôles médicaux, le salaire de référence pour le calcul des prestations, les exclusions, les cas de majoration pour charges de famille, les modalités de règlement des rentes, etc.

Par ailleurs, une convention de gestion engage l'organisme gestionnaire désigné à fournir des informations semestrielles et annuelles pour les régimes en place, ainsi que des informations sur l'actualité de la protection sociale.

La commission sociale paritaire devra être informée de toutes les modifications et de leurs conséquences éventuelles préalablement à leurs mises en place.

## **CHAPITRE VI CLAUSES GÉNÉRALES**

### **Article 14**

#### *Information sur les garanties souscrites par l'intermédiaire de l'organisme désigné*

Une notice d'information sera adressée par l'organisme assureur aux entreprises qui souscriront des garanties par son intermédiaire. Il reviendra à ces entreprises de la remettre à chaque salarié concerné afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime (détails des garanties, désignation de l'organisme assureur, formalités de prise en charge).

Toute modification des droits et obligations des bénéficiaires donnera lieu à la rédaction, par l'organisme assureur, d'une nouvelle notice d'information qui sera remise aux entreprises adhérentes pour diffusion obligatoire aux salariés concernés.

### **Article 15**

#### *Durée de la désignation de l'organisme assureur*

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur désigné fera l'objet d'un réexamen périodique ne pouvant excéder 5 ans par les parties, à leur propre initiative ou sur proposition de la commission paritaire de suivi du régime de prévoyance.

En l'espèce, les partenaires sociaux ont décidé que la désignation faite à l'article 7.1 en faveur d'Apicil Prévoyance est effectuée pour une durée initiale de 3 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2015.

Cette durée pourra être prorogée de 2 ans.

A cet effet, les partenaires sociaux se réuniront dans le cadre de la commission paritaire de suivi, au moins 6 mois avant cette échéance. Au terme de cet examen, qui donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal, la commission paritaire de suivi se prononce sur le maintien ou non de la désignation de l'organisme assureur. Dans le cas où il est mis un terme à cette désignation, elle en informe sans délai l'organisme assureur et résilie le ou les contrats correspondants. Les signataires organisent alors un nouvel appel d'offres en interrogeant des institutions de prévoyance, des sociétés d'assurances et des mutuelles.

## **Article 16**

### *Dépôt et extension*

Le présent accord est établi en nombre suffisant d'exemplaires originaux pour remise à chacune des organisations syndicales signataires.

Dès lors qu'il n'aura pas fait l'objet d'une opposition régulièrement exercée, le présent accord fera l'objet :

- d'un dépôt dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail ;
- d'une demande d'extension dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants dudit code.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent accord.

## **Article 17**

### *Durée et date d'effet*

Le présent accord prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour une durée indéterminée.

Il est soumis aux clauses de dénonciation.

Pour les entreprises non adhérentes à Unitex, cet accord prendra effet au premier jour du mois suivant la parution au *Journal officiel* de son arrêté d'extension.

## **Article 18**

### *Modification*

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai maximum de 3 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager la conclusion d'un avenant de révision.

L'avenant de révision se substituera aux dispositions du présent accord qu'il modifiera, dans les conditions qu'il fixera et prendra effet au plus tôt au premier jour du mois suivant sa date d'extension.

## **Article 19**

### *Dénonciation*

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 6 mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 6 mois. 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.

## **Article 20**

### *Portée normative*

Il est rappelé que le présent accord s'inscrit dans le cadre de l'article L. 2253-3 du code du travail.

Fait à Lyon, le 26 novembre 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

FTS.

**Syndicats de salariés :**

HACUITEX CFDT ;

URSRHC CGT ;

FO tissage ;

CFE-CGC chimie Lyon ;

UR CFTC TCH.

## ANNEXE I

### GARANTIES MINIMALES OBLIGATOIRES EN PRÉVOYANCE

#### Personnel non cadre

| GARANTIES  | EN POURCENTAGE<br>du salaire annuel brut |
|--|--|
| <b>Garanties décès</b>   |  |
| Option 1 <sup>(*)</sup> : capital décès seul par maladie   |  |
| Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, sans enfant à charge  | 100 %                                    |
| Marié ou pacsé sans enfant à charge  | 150 %                                    |
| Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, avec un enfant à charge   | 150 %                                    |
| Marié ou pacsé avec un enfant à charge   | 180 %                                    |
| Majoration par enfant supplémentaire à charge.   | 30 %                                     |
| Option 2 <sup>(*)</sup> : capital décès par maladie + rente éducation  |  |
| Capital décès :  |  |
| Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, avec un enfant à charge   | 100 %                                    |
| Marié ou pacsé avec un enfant à charge   | 105 %                                    |
| Majoration par enfant supplémentaire à charge.   | 5 %                                      |
| Rente annuelle d'éducation par enfant à charge jusqu'au 26 <sup>e</sup> anniversaire :   |  |
| – jusqu'à la veille du 18 <sup>e</sup> anniversaire  | 10 %                                     |
| – de 18 ans jusqu'au terme du trimestre du 26 <sup>e</sup> anniversaire si poursuite études supérieures  | 12 %                                     |
| Option 3 <sup>(*)</sup> : rente de conjoint temporaire   |  |
| Rente versée au conjoint survivant jusqu'à la date de son départ à la retraite   | 18 %                                     |
| Capital supplémentaire en cas de décès accidentel  | 100 %                                    |
| Capital supplémentaire versé pour tout assuré ayant au moins un enfant à charge  |  |
| Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)   | 210 %                                    |
| Si simultanément ou après le décès de l'assuré, son conjoint, décède à son tour, il est versé, aux enfants de l'assuré encore à charge, un capital égal à celui prévu dans l'option 1. |  |
| Exemple : marié 2 enfants à charge   |  |
| Frais d'obsèques   | 10 % PMSS                                |
| Assuré, conjoint, pacsé, enfant à charge : pour les enfants de moins de 12 ans, le capital est limité au montant des frais d'obsèques réellement engagés                               |  |
| <b>Garantie invalidité absolue et définitive</b>   |  |
| Capital anticipé   | 150 %                                    |
| En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, versement anticipé du capital prévu en cas de décès par maladie de l'option 1.  |  |
| Exemple : marié sans enfant  |  |



| GARANTIES   | EN POURCENTAGE<br>du salaire annuel brut   |
|---|--|
| <b>Garantie incapacité-invalidité</b>   | En pourcentage du salaire annuel brut, y compris les prestations de la sécurité sociale, dans la limite du salaire net |
| Incapacité temporaire totale de travail :<br>– au 91 <sup>e</sup> jour d’arrêt de travail continu | 80 %   |
| Invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie  | 48 %   |
| Invalidité 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégories  | 80 %   |
| Accident du travail ou maladie professionnelle  | 80 %   |
| – rente totale, le taux d’incapacité est supérieur ou égal à 66 %                                 | 48 %   |
| – rente partielle, le taux d’incapacité est compris entre 33 % et 66 %                            |  |
| (*) Au choix du salarié.<br>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.                        |  |

## ANNEXE II

### FRAIS MÉDICAUX

#### Personnel non cadre

| NATURE DES FRAIS   | REMBOURSEMENT<br>du régime complémentaire<br>(ces prestations s'ajoutent à celles<br>servies par la sécurité sociale) |
|--|---|
| <b>Hospitalisation</b>                                       |   |
| Frais de séjour dans un établissement conventionné           | 100 % FR de la sécurité sociale   |
| Frais de séjour dans un établissement non conventionné       | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Honoraires conventionnés                                     | 100 % de la sécurité sociale  |
| Honoraires non conventionnés                                 | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Frais de séjour en maison de repos                           | 0,40 % PMSS par jour  |
| Chambre particulière   | 1 % PMSS par jour   |
| Forfait hospitalier  | 100 % FR  |
| <b>Frais médicaux courants</b>                               |   |
| Frais de transport   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Pharmacie  | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Analyses médicales   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Auxiliaires médicaux   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Consultations et visites                                     | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Actes de spécialités   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Radio, électroradiologie                                     | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Appareillages  | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Appareils auditifs   | 10 % PMSS   |
| <b>Optique. – Dentaire</b>                                   |   |
| Verres   | 100 % FR de la sécurité sociale plafonné<br>à 3 % PMSS limité à 2 verres par A/B                                      |
| Monture  | 3 % PMSS limité à 1 monture par A/B   |
| Lentille acceptée (unité)                                    | 1,5 % PMSS par unité  |
| Soins dentaires  | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale | 120 % BR<br>(étude du devis au-delà de 2 000 €<br>de remboursement par an<br>et par bénéficiaire)                     |

| NATURE DES FRAIS  | REMBOURSEMENT<br>du régime complémentaire<br>(ces prestations s'ajoutent à celles<br>servies par la sécurité sociale) |
|---|---|
| Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale  | 120 % BR<br>(étude du devis au-delà de 2 000 €<br>de remboursement par an<br>et par bénéficiaire)                     |
| Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale   | 50 % BR   |
| Orthodontie non prise en charge   | 50 % BR   |
| <b>Prestations élargies</b>   |   |
| Cure thermique limitée au reste à charge  | 100 % FR de la sécurité sociale<br>plafonné à 10 % PMSS par cure<br>par an et par bénéficiaire                        |
| Allocation maternité limitée au reste à charge  | 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> enfant : 6,5 % PMSS<br>3 <sup>e</sup> enfant et plus : 13 % PMSS                    |
| <p>BR : base de remboursement.<br/>FR : frais réels.<br/>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.<br/>TM : ticket modérateur.</p> <p>Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.</p> <p>En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les actes concernés font l'objet d'une minoration du remboursement complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– non prise en charge de la majoration du ticket modérateur ;</li> <li>– non prise en charge du dépassement d'honoraires prévu par la convention médicale.</li> </ul> <p>Votre contrat prend en charge totalement ou partiellement des prestations liées à la prévention telles que prévues par les textes d'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La participation forfaitaire payée pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse médicale, n'est pas prise en charge par le présent contrat.</p> <p>Le ticket modérateur forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € est pris en charge (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).</p> <p>Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la sécurité sociale : seuls les actes décrits dans la notice d'information font l'objet d'un remboursement.</p> <p>Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la notice d'information.</p> |   |

## ANNEXE III

### RÉGIME CONVENTIONNEL OPTIONNEL (DONT RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE)

#### FRAIS MÉDICAUX

#### Personnel non cadre

| NATURE DES FRAIS   | REMBOURSEMENT<br>du régime complémentaire<br>(Ces prestations s'ajoutent à celles<br>servies par la sécurité sociale) |
|--|---|
| <b>Hospitalisation</b>                                       |   |
| Frais de séjour dans un établissement conventionné           | 100 % FR de la sécurité sociale   |
| Frais de séjour dans un établissement non conventionné       | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Honoraires conventionnés                                     | 100 % de la sécurité sociale  |
| Honoraires non conventionnés                                 | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Frais de séjour en maison de repos                           | 1 % PMSS par jour   |
| Chambre particulière   | 1 % PMSS par jour   |
| Forfait hospitalier  | 100 % FR  |
| <b>Frais médicaux courants</b>                               |   |
| Frais de transport   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Pharmacie  | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Analyses médicales   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Auxiliaires médicaux   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Consultations et visites                                     | 130 % BR de la sécurité sociale   |
| Actes de spécialités   | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Radio, électroradiologie                                     | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Appareillages  | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Appareils auditifs   | 10 % PMSS   |
| <b>Optique. – Dentaire</b>                                   |   |
| Verres   | 100 % FR de la sécurité sociale plafonné<br>à 4 % PMSS limité à 2 verres par A/B                                      |
| Monture  | 3 % PMSS limité à 1 monture par A/B   |
| Lentille acceptée (unité)                                    | 1,5 % PMSS par unité  |
| Soins dentaires  | 150 % BR de la sécurité sociale   |
| Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale | 220 % BR<br>(étude du devis au-delà de 2 000 €<br>de remboursements par an<br>et par bénéficiaire)                    |

| NATURE DES FRAIS  | REMBOURSEMENT<br>du régime complémentaire<br>(Ces prestations s'ajoutent à celles<br>servies par la sécurité sociale) |
|---|---|
| Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale  | 220 % BR (étude du devis au-delà<br>de 2 000 € de remboursement par an<br>et par bénéficiaire)                        |
| Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale   | 150 % BR  |
| Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale   | 150 % BR  |
| <b>Prestations élargies</b>   |   |
| Cure thermique limitée au reste à charge  | 100 % FR de la sécurité sociale<br>plafonné à 10 % PMSS par cure<br>par an et par bénéficiaire                        |
| Allocation maternité limitée au reste à charge  | 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> enfant : 6,5 % PMSS<br>3 <sup>e</sup> enfant et plus : 13 % PMSS                    |
| <p>BR : base de remboursement.<br/>FR : frais réels.<br/>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.<br/>TM : ticket modérateur.</p> <p>Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.</p> <p>En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les actes concernés font l'objet d'une minoration du remboursement complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– non prise en charge de la majoration du ticket modérateur ;</li> <li>– non prise en charge du dépassement d'honoraires prévu par la convention médicale.</li> </ul> <p>Votre contrat prend en charge totalement ou partiellement des prestations liées à la prévention telles que prévues par les textes d'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La participation forfaitaire payée pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse médicale, n'est pas prise en charge par le présent contrat.</p> <p>Le ticket modérateur forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € est pris en charge (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).</p> <p>Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la sécurité sociale : seuls les actes décrits dans la notice d'information font l'objet d'un remboursement.</p> <p>Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la notice d'information.</p> |   |

# ANNEXE III *BIS*

## RÉGIME CONVENTIONNEL OPTIONNEL SUPÉRIEUR (DONT RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE)

### FRAIS MÉDICAUX

#### Personnel non cadre

| NATURE DES FRAIS                                       | REMBOURSEMENT<br>du régime complémentaire<br>(Ces prestations s'ajoutent à celles<br>servies par la sécurité sociale) |
|--|---|
| <b>Hospitalisation</b>                                 |   |
| Frais de séjour dans un établissement conventionné     | 100 % FR de la sécurité sociale   |
| Frais de séjour dans un établissement non conventionné | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 100 % de la sécurité sociale   |
| Honoraires conventionnés                               | 150 % de la sécurité sociale  |
| Honoraires non conventionnés                           | 90 % FR de la sécurité sociale<br>limité à 150 % de la sécurité sociale   |
| Frais de séjour en maison de repos                     | 1 % PMSS par jour   |
| Chambre particulière                                   | 1 % PMSS par jour   |
| Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans)           | 0,50 % PMSS par jour  |
| Forfait hospitalier                                    | 100 % FR  |
| <b>Frais médicaux courants</b>                         |   |
| Frais de transport                                     | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Pharmacie  | 100 % BR de la sécurité sociale   |
| Analyses médicales                                     | 40 % BR   |
| Auxiliaires médicaux                                   | 40 % BR   |
| Consultations et visites                               | 80 % BR   |
| Actes de spécialités                                   | 30 % BR   |
| Radio, électroradiologie                               | 30 % BR   |
| Appareillages  | 40 % BR   |
| Appareils auditifs                                     | 35 % BR + 300 € par an<br>et par bénéficiaire   |
| <b>Optique. – Dentaire</b>                             |   |
| Verres   | 8 % PMSS limité à 2 verres par an<br>et par bénéficiaire  |
| Monture  | 4 % PMSS limité à 1 monture par an<br>et par bénéficiaire   |
| Lentille acceptée (unité)                              | 3 % PMSS par unité  |
| Lentilles non prises en charge                         | 3 % PMSS par lentille limité à 100 €<br>par an et par bénéficiaire  |
| Soins dentaires  | 70 % BR   |

| NATURE DES FRAIS  | REMBOURSEMENT<br>du régime complémentaire<br>(Ces prestations s'ajoutent à celles<br>servies par la sécurité sociale) |
|---|---|
| Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale  | 350 % BR<br>(étude du devis au-delà de 2 000 €<br>de remboursements par an<br>et par bénéficiaire)                    |
| Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale  | 350 % BR<br>(étude du devis au-delà de 2 000 €<br>de remboursement par an<br>et par bénéficiaire)                     |
| Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale   | 200 % BR  |
| Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale   | 150 % BR  |
| <b>Prestations élargies</b>   |   |
| Cure thermique limitée au reste à charge  | 100 % FR de la sécurité sociale plafonné<br>à 10 % PMSS par cure<br>par an et par bénéficiaire                        |
| Implantologie (racine et pilier)  | 5 % PMSS par implant (maxi 2<br>par an et par bénéficiaire)   |
| Parodontologie  | 100 € par an et par bénéficiaire  |
| Chirurgie réfractive de l'œil   | 3 % PMSS par œil par an<br>et par bénéficiaire  |
| Ostéopathe (diplôme d'Etat)   | 40 € par séance limité à 3 séances<br>par an et par bénéficiaire  |
| Allocation maternité limitée au reste à charge  | 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> enfant : 10 % PMSS<br>3 <sup>e</sup> enfant et plus : 13 % PMSS                     |
| <p>BR : base de remboursement.<br/>FR : frais réels.<br/>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.<br/>TM : ticket modérateur.</p> <p>Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.</p> <p>En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les actes concernés font l'objet d'une minoration du remboursement complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– non prise en charge de la majoration du ticket modérateur ;</li> <li>– non prise en charge du dépassement d'honoraires prévu par la convention médicale.</li> </ul> <p>Votre contrat prend en charge totalement ou partiellement des prestations liées à la prévention telles que prévues par les textes d'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La participation forfaitaire payée pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse médicale, n'est pas prise en charge par le présent contrat.</p> <p>Le ticket modérateur forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € est pris en charge (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).</p> <p>Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la sécurité sociale : seuls les actes décrits dans la notice d'information font l'objet d'un remboursement.</p> <p>Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la notice d'information.</p> |   |



## ANNEXE IV

### CHAMP D'APPLICATION PROFESSIONNEL DES TISSAGES DE SOIERIE

#### **Translation des nomenclatures pour les activités entrant dans le champ d'application des accords des tissages de soierie**

| ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE |   | APE            | NAF 1                           |  | NAF 2<br>2008  |
|-----------------------------|---|----------------|---------------------------------|--|--|
| 476.51                      | Fabricants tisseurs   | 44.32<br>47.09 | 17.2G<br>18.2J                  | En totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte.<br>Pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards <sup>(1)</sup>  | 13.20Z<br><br>14.19Z                                       |
| 476.52                      | Façonniers tisseurs   | 44.32          | 17.2G<br>18.2J                  | En totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte.<br>Pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards <sup>(1)</sup>  | 13.20Z<br>14.19Z<br>13.96Z<br>14.19Z<br>13.20Z             |
| 476.54                      | Tissage de soierie comportant un atelier de teinture, apprêt<br>Impression  | 44.32<br>47.09 | 17.2G<br>18.2J                  | En totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte.<br>Pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards <sup>(1)</sup>  | 13.20Z<br><br>14.19Z                                       |
| 476.7                       | Fabricants transformateurs de tissus de soie et plus généralement de tissus de filés de fibres artificielles et synthétiques sur du matériel et selon la technique de soierie   | 44.32<br>47.09 | 17.2G<br><br>17.2J<br><br>17.5G | En totalité et pour les produits<br>17.20.10. Tissus de laine, soie, etc.<br>17.20.31. Tissus en fils de filaments<br>17.20.32. Tissus en fibres synthétiques<br>17.20.33. Tissus en fibres artificielles<br>17.20.40. Tissus spéciaux<br><br>Pour la fabrication de tissus à usage technique<br><br>Pour la fabrication d'articles divers en textile...<br><br>toiles à bluter et filtres | 13.20Z<br>14.19Z<br><br>13.20Z<br><br>13.96Z<br><br>13.20Z |
| 484.6                       | Fabrique de passementerie métallique, fabriques d'ornements d'église et de vêtements sacerdotaux<br><br>484.61. Fabrique de passementerie métallique, or et argent, de galons, de soutache, de broderie métallique, de dorures pour uniformes, pour képis, épaulettes, franges or et argent | 44.42          | 17.4C                           | (pour partie) : fabrication d'autres articles confectionnés en textile<br>– à la fabrication de drapeaux banderoles, de bannières, etc.  | 13.20Z   |

| ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE |   | APE   | NAF 1                     |  | NAF 2<br>2008                             |
|-----------------------------|---|-------|---------------------------|--|---|
|                             | <p>484.62. Fabrique d'ornements d'église et de vêtements sacerdotaux</p> <p>484.63. Guimpiers façonniers, fabrique de fils guipés pour passementerie</p>  |       | 17.5G                     | <p>(pour partie) : industries textiles NCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour la fabrication d'articles de rubanerie</li> <li>– pour la fabrication d'articles de passementerie</li> </ul>   | <p>13.20Z</p> <p>13.96Z</p> <p>13.99Z</p> |
| 484.7                       | <p>Fabrique de tresses, lacets et passementeries mécaniques</p> <p>484.72. Fabrique de tresses en matières textiles diverses ; fabrique de cordelières, de galons, de ganses</p> <p>484.73. Fabrique de passementerie mécanique en matières textiles diverses ; fabrique de cannetilles, de chenilles, de franges, glands, olives en coton, laine, soie</p>   | 44.42 | 17.5G                     | <p>(pour partie) industries textiles NCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour la fabrication d'articles, de passementerie (y compris tresses, cordelières, galons, ganses, etc.)</li> </ul>   | <p>13.20Z</p> <p>13.96Z</p> <p>13.99Z</p> |
| 482.0                       | <p>Fabrique de produits textiles élastiques pour tous usages</p> <p>482.2. Fabrique de dentelles élastiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bobinots élastiques</li> <li>– dentelles, tulles et guipures</li> </ul>  | 44.41 | 17.5G                     | <p>(pour partie) : industries textiles NCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour la fabrication de tulles et autres tissus à mailles nouées, de dentelles ou de broderies en pièces, en bandes ou en motifs</li> <li>– pour les produits : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 17.54.1. Rubans, dentelles et broderies</li> <li>– 17.54.12. Tulles et dentelles</li> <li>– 17.54.32. Fils et cordes élastiques</li> <li>– 17.54.35. Fils guipés, guipures, chenille et chaînettes</li> </ul> </li> </ul>  | <p>13.20Z</p> <p>13.99Z</p>               |
| 483.0                       | <p>Fabrique de dentelles, tulles, guipures, bobinots, broderies</p> <p>483.2. Fabrique de dentelles mécaniques, de tulles, de guipures-bobinots au mètre ou sous forme d'articles à la pièce produits directement sur métiers (rideaux, vitrages, napperons, dessus de lit, etc.), voilettes, réseaux unis ou façonnés au crochet mécanique, fabrique de filets et résilles pour cheveux.</p> <p>Perçage de cartons pour tulles façonnés, dentelles et guipures-bobinots</p> <p>483.5. Fabrique de broderie mécanique (sur métier à fil continu) au mètre ou sous forme d'articles tombant directement du métier.</p> <p>483.6. Fabrique de filets de cheveux, filets de front, résilles en cheveux, tissage de cheveux</p> | 44.41 | <p>17.5G</p> <p>18.2J</p> | <p>(pour partie) : industries textiles NCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour la fabrication de tulles et autres tissus à mailles nouées, de dentelles ou de broderies en pièces, en bandes ou en motifs</li> <li>– pour les produits : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 17.54.1. Rubans, dentelles et broderies</li> <li>– 17.54.12. Tulles et dentelles</li> <li>– 17.54.32. Fils et cordes élastiques</li> <li>– 17.54.35. Fils guipés, guipures, chenille et chaînettes</li> </ul> </li> <li>(pour partie) : fabrication d'autres vêtements et accessoires</li> <li>– pour la fabrication d'accessoires divers de l'habillement en toutes matières : filets pour cheveux, etc.</li> <li>– pour le lissage de dessins</li> </ul> | <p>13.20Z</p> <p>13.99Z</p>               |

| ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE  | APE | NAF 1 | NAF 2<br>2008 |
|--|-----|-------|---------------|
| <p>(1) Les parties signataires conviennent en outre des dispositions suivantes visant les activités relevant des classes 18 qui entrent dans le champ d'application respectif de la convention collective nationale des industries de l'habillement, d'une part, et des accords des tissages de soierie, d'autre part : « les entreprises relevant des champs d'application visés ci-dessus qui appliquent au moment de l'entrée en vigueur du présent accord la convention collective de l'industrie du textile resteront régies exclusivement par cette dernière convention ».</p> <p>Par ailleurs, les ateliers de confection rattachés accessoirement à des établissements textiles bénéficient de la convention textile et des accords soierie, sauf s'il s'agit d'établissements juridiquement ou matériellement distincts.</p> <p>Accord du 8 novembre 2000 portant adhésion des entreprises de dentelles, tulles, broderies, et guipures aux accords de la branche tissage de soierie pour les ouvriers.</p> |     |       |               |