

Brochure n° 3098

Convention collective nationale
IDCC : 247. – INDUSTRIES DE L'HABILLEMENT

ACCORD DU 3 DÉCEMBRE 2012
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ
(RHÔNE-ALPES)
NOR : ASET1350224M

Vu l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;
Vu la convention collective nationale de l'industrie de l'habillement n° 3098,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Il est apparu important aux partenaires sociaux de la branche :

- d'assurer l'égalité de traitement des salariés cadres et non cadres en matière de protection sociale complémentaire ;
- de rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs ;
- de renforcer les garanties de prévoyance et de complémentaire santé pour l'ensemble des salariés.

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 pair 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 est 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^{er} 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 se substitue, à compter du 1^{er} janvier 2013, à l'accord « Prévoyance » du 22 décembre 2010 et son avenant du 12 décembre 2011.

C'est dans ce contexte, après une étude approfondie des pratiques des autres branches, 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^{er}

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1^{er}

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 complémentaires définis en annexes III et IV et dont les garanties s'ajouteraient à celles susmentionnées.

Article 2

Champ d'application

Sur le plan professionnel

Le présent accord professionnel s'applique aux codes NAF concernés par l'application de la convention collective nationale de l'industrie de l'habillement n° 3098 et rappelés en annexe V.

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

Sur le plan territorial

Le présent accord territorial s'applique dans les départements suivants : Ain (01), Ardèche (07), Drôme (26), Isère (38), Loire (42), Rhône (69), Savoie (73), Haute-Savoie (74).

Les établissements non distincts des entreprises dont le siège social est situé dans l'un des 8 départements ci-dessus cités sont également soumis au présent accord.

Article 3

Bénéficiaires du dispositif

Bénéficie du dispositif, sous réserve de cumuler une ancienneté de 3 mois dans l'entreprise, l'ensemble du personnel salarié, y compris les travailleurs à domicile, relevant du champ d'application de la convention collective tel que défini 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 sont bénéficiaires des garanties instituées par le présent régime.

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.

CHAPITRE II

COTISATIONS OBLIGATOIRES

Article 4

Cotisations

4.1. Prévoyance

4.1.1. Régime de base obligatoire

Les taux de cotisation sont en pourcentage du salaire brut (tranches A et B).

Un maintien des taux de cotisation sur 3 ans est prévu, sous réserve que l'accord soit étendu dans le courant de l'année 2013, à législation sociale et fiscale constante.

	NON-CADRES	CADRES
Tranches A et B	1,15 %	1,15 %

Pour les cadres, il est rappelé que l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 prévoit une cotisation de 1,5 % calculé sur la tranche A du salaire.

Pour les non-cadres, la répartition de la cotisation s'établit, a minima, de la manière suivante :

- la participation patronale sera de 60 % ;
- la participation salariale sera de 40 %.

La cotisation pour le risque décès est à la charge exclusive de l'employeur.

La cotisation pour le risque incapacité est à la charge exclusive du salarié.

RISQUES	COTISATION GLOBALE tranches A et B	À LA CHARGE de l'employeur tranches A et B	À LA CHARGE du salarié tranches A et B
Décès	0,30 %	0,30 %	–
Décès accidentel	0,03 %	0,03 %	–
Incapacité	0,37 %	–	0,37 %
Invalidité	0,45 %	0,36 %	0,09 %
Total	1,15 %	0,69 %	0,46 %

4.1.2. Régime optionnel

Le choix de ce régime optionnel se fait au niveau de l'entreprise.

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

Le taux de cotisation s'ajoute à celui du régime conventionnel obligatoire.

	CADRES ET NON-CADRES
Tranches A et B	0,41 %

La répartition de cette cotisation est laissée à l'initiative de l'entreprise.

Toutefois, elle ne saurait être à la charge exclusive du salarié.

4.2. Frais de santé

4.2.1. Régime de base

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

	NON-CADRES	CADRES
Famille au sens sécurité sociale	1,81 %	2,06 %

La cotisation patronale afférente à la garantie de base frais de santé ne saurait être inférieure à 1,09 % du plafond de la sécurité sociale pour les cadres et les non-cadres.

4.2.2. Régime optionnel

Le choix de ce régime se fait au niveau de l'entreprise pour l'ensemble des salariés cadres, d'une part, et l'ensemble des salariés non cadres, d'autre part.

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

	CADRES ET NON-CADRES	
	Option 1	Option 2
Famille au sens sécurité sociale	0,56 %	0,92 %

La répartition de cette cotisation est laissée à l'initiative de l'entreprise.

Toutefois, elle ne saurait être à la charge exclusive du salarié.

CHAPITRE III

PRESTATIONS MINIMALES OBLIGATOIRES

Article 5

Définition des prestations

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

5.1. Régimes conventionnels obligatoires

Le versement d'un capital en cas de décès (éventuellement assorti d'une rente d'éducation) ou d'une rente de conjoint temporaire ;

Le versement d'une rente d'invalidité permanente en cas de reconnaissance de cet état ;

Le versement d'une indemnité journalière d'incapacité temporaire de travail en cas d'arrêt de travail ;

Les remboursements total ou partiel des dépenses de santé en complément de celles servies par le régime général de la sécurité sociale.

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

5.2. Régimes optionnels facultatifs

L'entreprise peut décider de mettre en place des garanties supérieures (définies aux annexes III et IV) 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 concernés par l'option.

La décision peut résulter d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'entreprise.

Option de prévoyance : cette option peut s'appliquer distinctement à la catégorie cadre et/ou à la catégorie non cadre.

Options de santé : deux options peuvent s'appliquer distinctement à la catégorie cadre et/ou à la catégorie non cadre.

CHAPITRE IV

ORGANISATION DE LA MUTUALISATION

Article 6

Mutualisation des risques au sein de la branche professionnelle

6.1. Organismes désignés

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.

Afin d'assurer cette mutualisation des risques, les parties ont décidé que :

- Micils, 38, rue François-Peissel, Caluire-et-Cuire (69), relevant du code de la mutualité ;
- Apicil-Prévoyance, 38, rue François-Peissel, Caluire-et-Cuire (69), relevant du code de la sécurité sociale,

seront désignés, pour une période de 3 ans, pour assurer et gérer, respectivement, les garanties frais médicaux, d'une part, et décès-invalidité permanente et totale, incapacité de travail, invalidité et inaptitude totale d'origine professionnelle ou non professionnelle, d'autre part.

Les entreprises relevant du présent accord sont tenues d'affilier aux organismes désignés ci-dessus la totalité de leurs salariés définis à l'article 3, sous réserve des exceptions prévues à l'article 6.2.

Ces affiliations ont un caractère obligatoire à compter de la date d'effet du présent accord de branche défini à l'article 16.

6.2. Mise en œuvre du régime conventionnel

6.2.1. 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 des organismes désignés dès la date d'effet de l'accord.

6.2.2. Les entreprises ayant souscrit antérieurement à la date d'effet du présent accord un régime de prévoyance et de frais médicaux peuvent maintenir leur adhésion auprès de l'organisme auprès duquel elles ont antérieurement contracté pour le régime concerné seulement.

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

A défaut, elles devront :

- soit résilier leur contrat 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 2013.

6.2.3. 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, s'agissant du régime de prévoyance :

- prévoir une reprise des sinistres en cours dans les conditions similaires ou équivalents à celles prévues au titre de l'article 7 du présent accord ;
- conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale et au regard des garanties prévues à l'article 5, 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.

6.2.4. 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 et de frais de santé 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 7

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.

7.1. 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'organiser, 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.

7.2. 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, en application des dispositions de l'article 7.5.

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

7.3.1. Principe

Si l'entreprise adhérente au régime professionnel a souscrit, avant la date de prise d'effet du présent accord, un 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.

7.3.2. 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 mutualisé, l'organisme assureur dont le contrat a été résilié devra transférer les provisions techniques constituées à l'organisme assureur désigné afin de reprendre la charge des sinistres en cours.

7.4. Modification de l'organisme assureur au niveau de la branche

Dans le cas où, au terme de la période de désignation définie à l'article 6.1, 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.

7.5. Financement des sinistres en cours

Le financement de la reprise des sinistres en cours est assuré par une 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. Il est précisé que ce financement sera pris en compte entreprise par 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 8

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

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

Ce droit étant conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de L'ANI, aucune prestation ne pourra être versée à ce titre pour des périodes au titre desquelles Pôle emploi ne verse aucune allocation chômage exceptés les délais de carence.

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.

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.

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié ou ses ayants droit devront notamment apporter la preuve d'une ouverture de droit à indemnisation de chômage à la date du sinistre et de la cessation de leur activité au sein de l'entreprise adhérente.

De plus, les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité de travail ne pourront conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'ancien salarié ouvre droit et qu'il aurait perçu au titre de la même période.

Article 9

Commission paritaire de suivi

9.1. 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 (au maximum deux représentants par organisation) et d'au moins un représentant d'employeur, est chargée du suivi du présent accord.

Cette commission sera assistée d'un consultant externe au sein du cabinet Busybi, mandaté pour une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2013. Celui-ci 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 trois fois par an 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. 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 30 juin de chaque année. Tout manquement à ces obligations pourra entraîner une non-consultation de l'organisme présentement désigné lors du renouvellement du choix du gestionnaire.

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 collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant présents ou représentés.

Les coûts de fonctionnement de cette commission sociale paritaire régionale, notamment ses coûts logistiques et 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.

9.2. Evolution du régime

Les taux de cotisation pour le financement des présents régimes sont arrêtés pour la durée du présent accord, soit 3 ans.

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.

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

Article 10

Frais

Frais de gestion et de conseil

Les frais des régimes sont fixés à :

- 10 % pour les régimes de prévoyance ;
- 15 % pour les régimes complémentaires de frais de santé.

Article 11

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 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 selon les modalités figurant en annexe VI.

Article 12

Règlement de l'organisme gestionnaire

Le règlement de l'organisme gestionnaire désigné, en vigueur à la date de signature du présent accord et annexé à ce dernier (annexe VII), s'appliquera en l'état pendant toute la durée d'exécution dudit accord.

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 (annexe VIII) 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 leur mise en place.

CHAPITRE VI

CLAUSES GÉNÉRALES

Article 13

Information sur les garanties souscrites par l'intermédiaire des organismes désignés

Une notice d'information faisant référence à l'accord et à ses signataires sera adressée par les organismes assureurs 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 les organismes assureurs, d'une nouvelle notice d'information qui sera remise aux entreprises adhérentes pour diffusion obligatoire aux salariés concernés.

Article 14

Durée de la désignation des organismes assureurs

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le choix des organismes assureurs désignés 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 les désignations faites à l'article 6.1 en faveur d'Apicil-Prévoyance et de Micils sont effectuées pour une durée de 3 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2016.

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 des organismes assureurs. 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 15

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra à tout moment être révisé ou dénoncé par les parties signataires sous réserve d'un préavis de 2 mois dans les conditions fixées aux articles L. 2261-9 et L. 2261-10 du code du travail.

De nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la notification de la dénonciation.

Sauf signature d'un texte de substitution, le présent accord continuera à produire ses effets pendant au maximum 1 an, à compter de la date d'expiration du préavis de dénonciation.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'organisme assureur désigné à l'article 5.1 du présent accord, les garanties en cas de décès sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité et invalidité par l'organisme faisant l'objet de la résiliation ou du non-renouvellement, et ce au niveau de prestation tel que défini au présent accord au jour de la résiliation ou du non-renouvellement.

Les prestations incapacité, invalidité, rente éducation et rente de conjoint en cours continueront à être servies à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement ;

La revalorisation des prestations périodiques en cours (incapacité, invalidité, rente éducation, rente de conjoint) sera assurée par le nouvel assureur selon l'évolution de la valeur du point ARRCO avec effet au 1^{er} janvier de chaque année.

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 à compter du 1^{er} janvier 2013, et ce pour une durée de 3 ans.

Pour les non-signataires, le présent accord prendra effet au plus tard le lendemain de la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension.

Article 18

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 3 décembre 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

MH Rhône-Alpes.

Syndicats de salariés :

CGT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC ;

FS CFDT.

ANNEXE I

PRÉVOYANCE DÉCÈS-INCAPACITÉ INVALIDITÉ

Régime conventionnel obligatoire

GARANTIES	REMBOURSEMENT en pourcentage du salaire annuel brut TA + TB
Garanties décès	
Option 1 : capital décès	
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 : capital décès + 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'à 26 ans :	
– jusqu'à 18 ans	10 %
– de 18 ans à 26 ans si poursuite d'études	12 %
Option 3 : rente de conjoint	
En cas de décès de l'assuré, paiement au conjoint survivant :	
Rente temporaire jusqu'à liquidation de la pension de réversion	18 %
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel (ou d'IAD accidentelle)	
Quelle que soit la situation de l'assuré, il est versé un capital égal à :	100 %
Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)	
Si simultanément ou après le décès de l'assuré, son conjoint, non remarié, décède à son tour, il est versé aux enfants de l'assuré encore à charge un capital égal à celui de l'option 1 prévu par maladie (ex. : marié 2 enfants à charge)	210 %
Garantie invalidité absolue et définitive	
Capital anticipé	
En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, versement anticipé du capital décès par maladie prévu par l'option 1 (ex. : marié sans enfant)	150 %

GARANTIES	REMBOURSEMENT en pourcentage du salaire annuel brut TA + TB
Capital anticipé décès accidentel En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, versement anticipé du capital décès par maladie prévue par l'option 1 et du capital décès accidentel (ex : marié avec deux enfants à charge)	210 % + 100 %
Garantie incapacité-invalidité	Y compris les prestations de la sécurité sociale TA + TB
Incapacité temporaire totale de travail – à l'issue de la période de maintien de salaire prévue par la convention collective nationale des industries de l'habillement ou au 31 ^e jour d'arrêt de travail continu pour les salariés ne bénéficiant pas de ces dispositions conventionnelles	80 %
Invalidité 2 ^e et 3 ^e catégories	80 %
Invalidité 1 ^e catégorie	48 %
Accident du travail ou maladie professionnelle – rente totale, le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 66 % – rente partielle, le taux d'incapacité est compris entre 33 % et 66 %	80 % $(N - 33) / 33 * 80 \%$
N : taux d'incapacité permanente partielle retenu par la sécurité sociale. TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS. TB : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS.	

ANNEXE II

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS MÉDICAUX

Régime de base conventionnel obligatoire

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime complémentaire (ces prestations s'ajoutent à celles servies par la sécurité sociale)
Hospitalisation	
Frais de séjour hospitalier conventionné	100 % FR de la sécurité sociale
Frais de séjour hospitalier non conventionné	90 % FR de la sécurité sociale Maximum 400 € par jour
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Honoraires chirurgicaux, honoraires médicaux conventionnés y compris maternité	100 % RSS
Honoraires chirurgicaux, honoraires médicaux non conventionnés y compris maternité	90 % FR de la sécurité sociale Maximum 100 % RSS
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS par jour
Frais médicaux courants	
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 généralistes, spécialistes	30 % BR
Actes techniques médicaux	30 % BR
Radio, électroradiologie	30 % BR
Appareillage auditif	10 % PMSS par A/B
Appareillage (grand appareillage)	90 % FR de la sécurité sociale Maximum 400 % BR
Appareillage (petit appareillage)	90 % FR de la sécurité sociale Maximum 400 % BR
Optique	
Monture	3 % PMSS limité à 1 monture par A/B
Verres par paire	3 % PMSS par paire, maximum 2 verres par A/B Doublé en N3 si pas de consommation pendant 2 années (N1 + N2)
Lentilles tous types	4 % PMSS par A/B

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime complémentaire (ces prestations s'ajoutent à celles servies par la sécurité sociale)
Dentaire	
Soins dentaires (y compris inlay, onlay)	30 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	140 % BR L'acceptation du remboursement des prestations conduisant au dépassement du seuil de 2 000 € par A/B, est soumise à la présentation d'un devis pour étude et validation préalable
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	140 % BR reconstituée L'acceptation du remboursement des prestations conduisant au dépassement du seuil de 2 000 € par A/B, est soumise à la présentation d'un devis pour étude et validation préalable
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	50 % BR Maximum 6 semestres et 2 années de contention
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale (+ de 16 ans au début des soins)	50 % BR reconstituée Maximum 4 semestres et 1 année de contention pour l'orthodontie
Prestations élargies	
Ostéopathe (diplômé d'Etat)	Forfait 50 € par A/B, maximum 1 séance par A/B
Allocation maternité	10 % PMSS par enfant
Allocation obsèques (limité au reste à charge)	10 % PMSS par A/B dans la limite des frais réels
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale (limité au reste à charge)	10 % PMSS par A/B Limité à une cure par A/B maximum 21 jours par cure paiement limité au reste à charge
<p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale. SS : sécurité sociale. B : bénéficiaire. A : année. FR : frais réels. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. TM : ticket modérateur. RSS : remboursement sécurité sociale. Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les actes concernés font l'objet d'une minoration du remboursement complémentaire : – non prise en charge de la majoration du TM ; – non prise en charge du dépassement d'honoraires prévu par la convention médicale. 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 (voir notice d'information). 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. 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>	

ANNEXE III

PRÉVOYANCE DÉCÈS-INCAPACITÉ INVALIDITÉ

Régime conventionnel optionnel (incluant le régime conventionnel obligatoire)

GARANTIES	REMBOURSEMENT en pourcentage du salaire annuel brut TA + TB
Garanties décès	
Option 1 : capital décès	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans enfant à charge	200 %
Marié ou pacsé sans enfant à charge	300 %
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, avec un enfant à charge	300 %
Marié ou pacsé avec un enfant à charge	360 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge	60 %
Option 2 : capital décès + rente éducation	
Capital décès :	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement avec un enfant à charge	200 %
Marié ou pacsé avec un enfant à charge	210 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge	10 %
Rente annuelle d'éducation par enfant à charge jusqu'à 26 ans :	
– jusqu'à 18 ans	20 %
– de 18 ans à 26 ans si poursuite d'études	24 %
Option 3 : rente de conjoint	
En cas de décès de l'assuré, paiement au conjoint survivant :	
Rente temporaire jusqu'à liquidation de la pension de réversion	36 %
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel (ou d'IAD accidentelle)	
Quelle que soit la situation de l'assuré, il est versé un capital égal à :	100 %
Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)	
Si simultanément ou après le décès de l'assuré, son conjoint, non remarié, décède à son tour, il est versé aux enfants de l'assuré encore à charge un capital égal à celui de l'option 1 prévu par maladie (ex. : marié 2 enfants à charge)	420 %
Garantie invalidité absolue et définitive	
Capital anticipé	
En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, versement anticipé du capital décès par maladie prévu par l'option 1 (ex. : marié sans enfant.)	300 %

GARANTIES	REMBOURSEMENT en pourcentage du salaire annuel brut TA + TB
Capital anticipé décès accidentel En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, versement anticipé du capital décès par maladie prévue par l'option 1 et du capital décès accidentel (ex. : marié avec 2 enfants à charge)	420 % + 100 %
Garantie incapacité-invalidité	Y compris les prestations de la sécurité sociale TA + TB
Incapacité temporaire totale de travail – à l'issue de la période de maintien de salaire prévue par la convention collective nationale des industries de l'habillement ou au 31 ^e jour d'arrêt de travail continu pour les salariés ne bénéficiant pas de ces dispositions conventionnelles	80 %
Invalidité 2 ^e et 3 ^e catégories	80 %
Invalidité 1 ^{re} catégorie	48 %
Accident du travail ou maladie professionnelle – rente totale, le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %	80 %
– rente partielle, le taux d'incapacité est compris entre 33 % et 66 %	$(N - 33) / 33 * 80 \%$
N : taux d'incapacité permanente partielle retenu par la sécurité sociale. TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS. TB : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS.	

ANNEXE IV

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS MÉDICAUX

Régime conventionnel optionnel

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par la sécurité sociale)	
	Option 1	Option 2
Hospitalisation		
Frais de séjour hospitalier conventionnés	–	–
Frais de séjour hospitalier non conventionnés	–	Maximum 200 € par jour
Forfait journalier hospitalier	–	–
Honoraires chirurgicaux, honoraires médicaux conventionnés y compris maternité	60 % BR (si RSS = 100 % BR) 80 % BR (si RSS = 80 % BR)	100 % BR (si RSS = 100 % BR) 120 % BR (si RSS = 80 % BR)
Honoraires chirurgicaux, honoraires médicaux non conventionnés y compris maternité	–	–
Chambre particulière y compris maternité	–	1 % PMSS par jour
Frais médicaux courants		
Frais de transport	–	–
Pharmacie	–	–
Analyses médicales	–	–
Auxiliaires médicaux	–	–
Consultations et visites généralistes, spécialistes	40 % BR	70 % BR
Actes techniques médicaux	–	–
Radio, électroradiologie	–	–
Appareillage auditif	–	5 % PMSS
Appareillage (grand appareillage)	maximum 100 % BR	maximum 100 % BR
Appareillage (petit appareillage)	maximum 100 % BR	maximum 100 % BR
Optique		
Monture	–	–
Verres par paire	2 % PMSS par paire Maximum 2 verres par A/B Doublé en N3 si pas de consommation pendant 2 années (N1 + N2)	2 % PMSS par paire Maximum 2 verres par A/B Doublé en N3 si pas de consommation pendant 2 années (N1 + N2)
Lentilles tous types	1 % PMSS par A/B	1 % PMSS par A/B

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par la sécurité sociale)	
	Option 1	Option 2
Dentaire		
Soins dentaires (y compris inlay, onlay)	–	–
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	60 % BR L'acceptation du remboursement des prestations conduisant au dépassement du seuil de 2 000 € par A/B est soumise à la présentation d'un devis pour étude et validation préalable	140 % BR L'acceptation du remboursement des prestations conduisant au dépassement du seuil de 2 000 € par A/B est soumise à la présentation d'un devis pour étude et validation préalable
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	60 % BR reconstituée L'acceptation du remboursement des prestations conduisant au dépassement du seuil de 2 000 € par A/B est soumise à la présentation d'un devis pour étude et validation préalable	140 % BR reconstituée L'acceptation du remboursement des prestations conduisant au dépassement du seuil de 2 000 € par A/B est soumise à la présentation d'un devis pour étude et validation préalable
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	50 % BR Maximum 6 semestres et 2 années de contention	50 % BR Maximum 6 semestres et 2 années de contention
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale (+ de 16 ans au début des soins)	50 % BR reconstituée Maximum 4 semestres et 1 année de contention pour l'orthodontie	50 % BR reconstituée Maximum 4 semestres et 1 année de contention pour l'orthodontie
Prestations élargies		
Dentaire :		
Implantologie (prise en charge exclusive de l'implant)	–	5 % PMSS par implant (maximum 2 implants par A/B)
Parodontologie	–	Forfait 150 € par A/B
Autres actes :		
Ostéopathe (diplômé d'Etat)	100 € par A/B (5 séances par A/B)	100 € par A/B (5 séances par A/B)
Vaccins prescrits non pris en charge par la sécurité sociale : anti-grippe	6 % PMSS par A/B	6 % PMSS par A/B
Allocation maternité	–	–
Allocation obsèques (limité au reste à charge)	–	–
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale (limité au reste à charge)	–	–
BR : base de remboursement sécurité sociale. SS : sécurité sociale. B : bénéficiaire. A : année. FR : frais réels. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. TM : ticket modérateur. RSS : remboursement sécurité sociale. Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.		

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par la sécurité sociale)	
	Option 1	Option 2
<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"> – non prise en charge de la majoration du TM ; – non prise en charge du dépassement d'honoraires prévu par la convention médicale. <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 (voir notice d'information).</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>		

ANNEXE V
CHAMP D'APPLICATION

Champ d'application territorial : région Rhône-Alpes.

Champ d'application professionnel : la présente convention s'applique aux activités référencées sous les codes NAF suivants :

NAF	ACTIVITÉ
181Z	Fabrication de vêtements en cuir
182A	Fabrication de vêtements de travail
182D	Fabrication de vêtements de dessus pour hommes et garçonnets N'est pas visée dans cette classe la fabrication de vêtements de dessus en bonneterie
182E	Fabrication de vêtements de dessus pour femmes et fillettes N'est pas visée dans cette classe la fabrication de vêtements de dessus en bonneterie
182G	Fabrication de vêtements de dessous Cette classe comprend notamment : – la fabrication d'articles de chemiserie et de lingerie – la fabrication de soutiens-gorge, gaines et corsets N'est pas visée dans cette classe la fabrication de sous-vêtements en bonneterie
182J	Fabrication d'autres vêtements et accessoires Sont visées dans cette classe : – la fabrication de casquettes, chapeaux piqués et coiffures d'uniforme – la fabrication de cravates et pochettes, d'écharpes et de foulards Ne sont pas visées dans cette classe : – la fabrication d'autres vêtements (y compris la layette) en bonneterie et d'articles divers en bonneterie – la fabrication des jarretelles, supports-chaussettes, accessoires de passementerie et filets pour cheveux – la fabrication de bretelles et de ceintures
252G	Fabrication d'articles divers en matières plastiques Est visée dans cette classe la fabrication de vêtements en matières plastiques et de casques d'uniforme
366E	Autres activités manufacturières NCA Est visée dans cette classe la fabrication de parapluies, d'ombrelles et de parasols

Il est rappelé que l'activité « industrie de l'habillement » recouvre non seulement les entreprises assurant la fabrication des articles énumérés et référencés ci-dessus, mais également la création, la conception desdits articles ainsi que leur commercialisation.

Sont visés :

- les salariés divers occupés dans l'industrie de l'habillement ;
- les salariés n'appartenant pas directement aux industries de la confection mais employés constamment par elles à l'entretien, tels que mécaniciens, électriciens, menuisiers, etc., les ouvriers des services de livraison et de transport.

Cependant, la classification professionnelle de ces ouvriers devra leur assurer pour des postes occupés dans des conditions équivalentes, une rémunération qui ne pourra être inférieure à celle résultant des dispositions concernant les professions d'origine, rémunération comprenant les accessoires de salaires inhérents aux conditions spécifiques de leur travail.

NAF 2008

Selon correspondance établie sous toutes réserves par nos soins, ces activités relèvent des codes NAF 2008 suivants :

1399Z ;
1411Z, 1412Z, 1413Z, 1414Z, 1419Z ;
1512Z ;
2219Z ;
2599B ;
3299Z.