

Brochure n° 3011

Convention collective nationale

IDCC : 700. – **PRODUCTION DES PAPIERS-CARTONS
ET CELLULOSES**
(Ingénieurs et cadres)

Brochure n° 3068

Convention collective nationale

IDCC : 707. – **TRANSFORMATION DES PAPIERS-CARTONS
ET DE LA PELLICULE CELLULOSIQUE**
(Ingénieurs et cadres)

Brochure n° 3242

Convention collective nationale

IDCC : 1492. – **PRODUCTION DES PAPIERS-CARTONS
ET DE CELLULOSES**
(OEDTAM)

Brochure n° 3250

Convention collective nationale

IDCC : 1495. – **TRANSFORMATION DES PAPIERS-CARTONS
ET INDUSTRIES CONNEXES**
(OEDTAM)

ACCORD DU 25 FÉVRIER 2013

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1350714M

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la recherche d'un progrès social, le présent accord a pour objet de mettre en place des garanties minimales collectives de prévoyance garantissant l'accès à une protection sociale pour tous les salariés, quelle que soit leur catégorie professionnelle.

Le présent accord a pour objectif de tendre à une plus grande solidarité par une mutualisation au niveau national. Les partenaires sociaux engageront, en ce sens, un partenariat avec un ou plusieurs organismes assureurs, et ce afin d'offrir aux entreprises une garantie de tarifications et de prestations.

L'institution d'un régime de prévoyance conventionnelle constitue un coût assumé par l'entreprise et le salarié. Les parties signataires décident d'un délai de mise en conformité permettant d'éventuelles concertations dans les entreprises.

Enfin, d'une manière plus générale, les parties signataires jugent que l'accès à une protection sociale constitue une opportunité nouvelle pour responsabiliser les entreprises et les salariés, co-financeurs de la prévoyance conventionnelle, sur les risques couverts et leurs impacts financiers.

TITRE I^{ER}

CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD. – OBJET DÉLAI DE MISE EN CONFORMITÉ ET CLAUSES D'APPLICATION

Article 1.1

Champ d'application

Le présent accord est conclu dans le champ d'application de :

- la convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la production des papiers, cartons et celluloses du 20 janvier 1988 ;
- la convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 16 février 1988 ;
- la convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la production des papiers, cartons, et celluloses du 4 décembre 1972 ;
- la convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 21 décembre 1972.

Article 1.2

Objet

Le présent accord a pour objet de mettre en place des garanties minimales collectives de prévoyance garantissant l'accès à une protection sociale pour tous les salariés, quelle que soit leur catégorie professionnelle.

Ces garanties minimales visent les risques décès et arrêt de travail respectivement prévus aux titres II et III du présent accord.

Les salariés sont considérés comme couverts par les garanties de prévoyance mentionnées aux titres II et III à compter du 1^{er} janvier 2013.

Les entreprises ne disposant pas, à compter du 1^{er} mars 2013, d'un organisme assureur pour les risques considérés sont tenues de s'affilier auprès de l'organisme référencé au niveau national (voir annexe II).

TITRE II

GARANTIES RISQUE DÉCÈS

Article 2.1

Garanties décès, double effet, invalidité absolue et définitive et frais d'obsèques

En fonction de leur situation de famille, les salariés, ou les ayants droit à défaut de choix de ces derniers, peuvent opter au sein de la garantie décès pour le versement du capital décès ou pour le versement d'un capital décès minoré accompagné d'une rente éducation.

2.1.1. Capital décès

En cas de décès d'un salarié, il est versé à ses ayants droit un capital en fonction de sa situation de famille et de son salaire annuel brut de référence défini à l'article 5.2 du titre V du présent accord :

- salarié sans enfant : 100 % du salaire annuel brut de référence ;
- majoration par enfant à charge : 20 % du salaire annuel brut de référence.

Exemple :

1. Salarié ayant un enfant : versement d'un capital décès égal à 120 % du salaire annuel brut de référence.
2. Salarié ayant deux enfants à charge : versement d'un capital décès égal à 140 % du salaire annuel brut de référence.

2.1.2. Double effet

Le décès postérieur ou simultané du conjoint ou concubin ou de la personne liée par le pacte civil de solidarité, et alors qu'il reste des enfants à charge de l'assuré, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal à 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes.

L'invalidité absolue et définitive est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation « Double effet ».

2.1.3. Invalidité absolue et définitive

Le salarié reconnu par la sécurité sociale en invalidité de 3^e catégorie peut demander à bénéficier du capital décès par anticipation. Le versement met fin à la garantie capital décès.

2.1.4. Frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge (conformément à la définition de l'article 2.3), est versé un capital ayant pour but d'indemniser forfaitairement le bénéficiaire des conséquences du décès. Ce capital est équivalent à 100 % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale).

2.1.5. Ayants droit du capital décès

A défaut de désignation de bénéficiaire, le capital sera versé :

- au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou à la personne liée par le pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants du salarié, reconnus ou adoptés ;
- à défaut à ses descendants ;
- à défaut aux ascendants directs, aux pères et mères survivants ;
- à défaut aux autres héritiers.

Le salarié peut, à tout moment, modifier la désignation du ou des bénéficiaires par lettre recommandée adressée à l'organisme assureur, qui en accusera réception.

Article 2.2

Garanties rente éducation

En cas de décès d'un salarié, ce dernier peut avoir opté, au regard de sa situation de famille, pour le versement d'un capital décès minoré à hauteur de 75 % et d'une rente éducation par enfant à charge ; celle-ci varie en fonction de l'âge de l'enfant à charge :

- 5 % de la tranche A du salaire annuel brut jusqu'au 10^e anniversaire ;
- 10 % de la tranche A du salaire annuel brut du 10^e au 16^e anniversaire ;
- 15 % de la tranche A du salaire annuel brut du 17^e au 26^e anniversaire si poursuite d'études.

La rente est doublée pour les orphelins de père et de mère. Elle est viagérée pour les enfants reconnus invalides avant leur 26^e anniversaire.

Son choix prévaut, sous réserve que la situation de famille initiale ayant conditionné son choix n'ait pas changée. Dans le cas contraire, le choix entre la majoration du capital par enfant à charge ou du versement de la rente éducation s'effectue au moment de la survenance du décès du salarié.

Article 2.3

Définition de l'enfant à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants de l'assuré nés ou à naître ou ceux de son conjoint ou concubin, qu'ils soient légitimes, adoptifs, reconnus ou recueillis, s'ils vivent sous le toit de l'assuré et sont à la date du décès :

- âgés de moins de 17 ans, sans condition ;
- âgés de 18 à 20 ans, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'assuré quelle que soit leur activité et s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100 % du Smic ;
- âgés de 21 à 25 ans s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'assuré et à condition qu'ils poursuivent des études et ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100 % du Smic ;
- atteints d'un handicap fiscalement à charge de l'assuré et titulaire d'une carte d'invalidité avant leur 26^e anniversaire.

TITRE III

GARANTIES RISQUE ARRÊTS DE TRAVAIL

Article 3.1

Garantie d'indemnisation relative à l'incapacité temporaire de travail

Il sera versé au salarié en arrêt de travail, consécutif à une maladie ou à un accident, qu'ils soient professionnels ou non et pris en charge par la sécurité sociale, des indemnités journalières complémentaires aux indemnités journalières nettes versées par la sécurité sociale visant à lui garantir 70 % de son salaire brut d'activité.

Cette indemnisation intervient à compter des jours présentés dans le tableau ci-dessous, décomptés en jours d'arrêt de travail discontinu sur une période de 12 mois consécutifs.

TOUTE CATÉGORIE professionnelle	ANCIENNETÉ	PRÉVOYANCE CONVENTIONNELLE Maintien du salaire brut ou 70 % (sous déduction des IJSS)
Maladies Accidents	1 an à 5 ans	A partir du 76 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour
	5 ans à 10 ans	A partir du 91 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour
	10 ans à 15 ans	A partir du 106 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour
	15 ans à 20 ans	A partir du 121 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour
	20 ans à 25 ans	A partir du 151 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour
	25 ans à 30 ans	A partir du 181 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour
	> 30 ans	A partir du 196 ^e jour jusqu'au 1 095 ^e jour

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la sécurité sociale, du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (salaire à temps partiel, indemnités chômage...) ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle.

Le service des indemnités journalières complémentaires cesse notamment :

- lors de la reprise du travail ;
- au décès du salarié ;
- lors de la mise en invalidité ;
- à la date possible de liquidation de la pension vieillesse à taux plein au sens du code de la sécurité sociale.

Article 3.2

Garantie rente invalidité

Le salarié reconnu en situation d'invalidité par la sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire dont le niveau est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle il a été classé.

Pour une invalidité de 1^{re} catégorie, le montant de la rente est de 42 % du salaire annuel brut de référence, sous déduction des prestations brutes versées par la sécurité sociale.

Pour une invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, le montant de la rente est de 70 % du salaire annuel brut de référence, sous déduction des prestations brutes versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la sécurité sociale, du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu, salaire à temps partiel ou un quelconque revenu de substitution, ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle.

Le service des rentes est maintenu sous réserve du versement des prestations de la sécurité sociale jusqu'à la date de liquidation de la retraite à taux plein au sens du code de la sécurité sociale.

TITRE IV

AMÉNAGEMENT DES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES RELATIVES À L'INDEMNISATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIES ET ACCIDENTS

Article 4.1

Garanties de ressources en cas de maladies, d'accidents

Le salarié malade ou victime d'un accident bénéficie d'une garantie de ressources versée par l'employeur, sous réserve qu'il ait informé l'entreprise de sa situation, avec le cas échéant les justificatifs idoines.

La garantie de ressources est fonction d'une durée de versement calculée conformément à l'ancienneté du salarié. Elle ne peut au cours de 12 mois consécutifs dépasser les durées fixées ci-dessous :

	ANCIENNETÉ	MAINTIEN DU SALAIRE BRUT (sous déduction des IJSS) à 90 %
Accident du travail	4 mois à 1 an	60 jours
Maladies Accidents	1 an à 5 ans	75 jours
	5 ans à 10 ans	90 jours
	10 ans à 15 ans	105 jours
	15 ans à 20 ans	120 jours
	20 ans à 25 ans	150 jours
	25 ans à 30 ans	180 jours
	> 30 ans	195 jours

La garantie de ressources due par l'employeur est subordonnée au versement des indemnités journalières de sécurité sociale. Elle est atteinte par l'addition des indemnités journalières de sécurité sociale, de la quote-part patronale des indemnités de tout autre régime de prévoyance ou de compensation et d'un versement complémentaire assuré par l'entreprise.

Sous réserve des dispositions légales applicables pour les maladies professionnelles et les accidents du travail et des dispositions particulières en vigueur pour les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, la garantie de ressources due au titre de la maladie est versée par l'entreprise à compter :

- du 2^e jour de l'arrêt de travail pour une première absence sur 12 mois consécutifs ;
- du 3^e jour de l'arrêt de travail hors rechute pour une deuxième absence sur 12 mois consécutifs ;
- du 4^e jour de l'arrêt de travail hors rechute à partir d'une troisième absence sur 12 mois consécutifs.

Ces dispositions ne sont pas applicables en cas d'hospitalisation ou en cas d'actes chirurgicaux.

La garantie de ressources assurée à l'intéressé est égale à 90 % de la rémunération brute qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler. En tout état de cause, cette garantie ne doit pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

L'entreprise est invitée à recourir à la subrogation pour l'application du présent régime d'indemnisation. Les sommes touchées par le salarié et que l'employeur est autorisé à déduire de ses versements doivent lui être déclarées par l'intéressé.

TITRE V

MODALITÉS D'APPLICATION DE L'ACCORD

Article 5.1

Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont l'ensemble des salariés et ce quelle que soit la nature du contrat de travail.

Le droit à garantie est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail ou pendant la durée de versement d'une prestation au titre du régime mis en œuvre par le présent accord.

Le cas échéant, il appartient au salarié d'informer l'employeur des éventuels changements de situations de famille. Les parties signataires conseillent aux entreprises d'organiser un suivi régulier permettant de tenir compte de ces changements de situation et ce, au moins une fois par an.

Article 5.2

Salaire de référence servant au calcul des prestations de prévoyance

Par salaire de référence pour le calcul des prestations, il faut entendre le salaire brut total, limité à la tranche B, ayant donné lieu à cotisation au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou le décès.

Pour les salariés ayant été en arrêt de travail au cours de l'année précédant l'arrêt de travail ou le décès, ou n'ayant pas 12 mois de présence dans l'entreprise employeur, le salaire est reconstitué *pro rata temporis*.

Article 5.3

Répartition des cotisations

Sauf accord d'entreprise ou d'établissement les améliorant, la quote-part salariale du salarié consacrée au financement des garanties de prévoyance prévues dans le présent accord au titre II « Garan-

ties risque décès » et au titre III « Garanties risques arrêts de travail » ne peut globalement excéder 50 %.

Article 5.4

Revalorisation

5.4.1. Revalorisation des garanties invalidité ou incapacité permanente

Les prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées selon l'évolution du point de retraite AGIRC.

5.4.2. Revalorisations des garanties rentes éducation

Les coefficients et la périodicité des revalorisations à appliquer aux prestations en cours de service sont fixés par le conseil d'administration de l'Union-OCIRP. En cas de résiliation, l'OCIRP assure le paiement des rentes en cours de service et les revalorisations futures sans surcoût, tout en conservant les provisions afférentes.

Article 5.5

Suspension du contrat de travail

Les garanties prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Toutefois, les garanties sont maintenues à l'assuré moyennant paiement des cotisations :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la sécurité sociale.

Dès lors que l'assuré dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'organisme tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'assureur. Si l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

Pour les éventuelles absences non indemnisées, l'employeur informera le salarié, par écrit lors de la notification d'autorisation d'absence, des éventuelles possibilités dont il dispose pour continuer à bénéficier des garanties de prévoyance.

Article 5.6

Rupture du contrat de travail

Les salariés d'une entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord et dont le contrat de travail est rompu, sauf pour faute lourde, à la condition que la rupture de leur contrat de travail ouvre droit à leur prise en charge par l'assurance chômage, pourront continuer à bénéficier de manière temporaire de la couverture de prévoyance instituée par le présent accord.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par avenant en date du 18 mai 2009.

Ce système dit de « portabilité » est assuré par un système de mutualisation, son coût est intégré à la cotisation versée au titre de la couverture des salariés sous contrat de travail.

Toutefois, le cumul des indemnités journalières servies par le régime général de la sécurité sociale et le régime mis en œuvre 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. Par conséquent leur versement prendra fin à la date à laquelle les droits à allocations chômage, que l'intéressé aurait perçus s'il n'avait pas été en arrêt de travail, seront inférieurs aux prestations sécurité sociale.

L'ancien salarié qui refuse le bénéfice de ce dispositif doit le notifier à son ancien employeur dans les 10 jours qui suivent la rupture de son contrat de travail.

Article 5.7

Conséquences d'un changement d'organisme assureur

La résiliation d'un contrat de prévoyance justifié par un changement d'organisme assureur met fin aux garanties.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les prestations périodiques, versées sous forme de rente en cours de versement cessent d'être revalorisées par l'organisme assureur quitté et sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Le nouvel organisme assureur auquel adhère l'employeur assumera les revalorisations futures.

Conformément aux stipulations de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée, les garanties décès sont maintenues par l'organisme de prévoyance, y compris en cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat d'assurance, aux salariés en incapacité temporaire ou en invalidité et bénéficiant à ce titre de prestations complémentaires de la part de cet organisme.

Les garanties maintenues en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance sont celles prévues à la date de résiliation du contrat d'assurance.

Les garanties décès sont maintenues tant que le salarié bénéficie des prestations complémentaires (incapacité ou invalidité) de l'organisme de prévoyance, y compris après rupture du contrat de travail.

Article 5.8

Exclusions générales

Ne sont pas garanties dans le cadre du présent accord les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant ;

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour homicide volontaire ou tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au contrat national de référence, à l'exception de ceux reconnus comme coauteurs ou complices.

Article 5.9

Suivi de l'accord

Une commission paritaire de contrôle et de gestion est créée à l'initiative des partenaires sociaux. La représentation des partenaires sociaux est assumée, d'une part, par un représentant désigné par chacune des organisations syndicales de salariés signataires et, d'autre part, par un nombre égal de

représentant de l'UNIDIS. Chacun de ces représentants pourra se faire assister par un conseiller technique. Le ou les organismes de prévoyance désignés siègent à la commission avec voix consultative.

Les membres de la commission de contrôle et de gestion représentant les organisations signataires sont révocables à tout moment par leur organisation.

La commission de contrôle et de gestion se réunit au moins une fois par an, et exceptionnellement à la demande d'une des parties signataires de la convention d'assurance dans les 45 jours qui suivent la demande. La demande exceptionnelle de réunion devra être accompagnée d'un écrit motivant la cause de cette demande.

La commission de contrôle et de gestion est chargée de suivre et de contrôler l'application du régime de prévoyance et de l'adapter aux modifications législatives ou réglementaires pouvant intervenir. En ce sens, elle est notamment compétente pour :

- l'étude de l'évolution du régime de prévoyance et des modifications éventuelles de garanties ;
- l'examen des comptes de résultats et bilan financier ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- se prononcer sur les partenariats avec les organismes assureurs et/ou de courtage référencé au niveau national ;
- le suivi des éventuelles actions sociales avec le ou les organismes assureurs ;
- la négociation avec le ou les organismes assureurs, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude d'accès des entreprises au régime de mutualisation ;
- la commande d'études statistiques auprès du ou des organismes assureurs ;
- proposer aux représentants en charge de la négociation collective toute mesure visant à améliorer les résultats financiers du régime de prévoyance, notamment en cas de déséquilibres techniques, et/ou à développer les périmètres de garantie ;
- examiner les éventuelles questions relatives à l'application de l'accord.

Le ou les organismes assureurs référencés s'engagent à donner, périodiquement et au moins une fois par an à la commission, un compte rendu sur l'évolution du régime, sur ses résultats, le cas échéant sur les problèmes particuliers qu'il soulève, et, d'une manière générale, à fournir tout renseignement sur ses conditions d'application demandé par les partenaires sociaux.

Article 5.10

Entrée en vigueur de l'accord. – Clauses d'application

L'accord entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2013.

Il annule et remplace l'accord professionnel non étendu du 6 octobre 2011.

Des avenants de cohérence aux conventions collectives sont signés concomitamment à l'occasion de la signature du présent accord. Ils visent à ce que les présentes dispositions concernant la couverture du risque arrêt de travail et décès annulent et remplacent celles des dispositions générales et/ou catégorielles des conventions collectives OETAM et ingénieurs et cadres. Il est entendu que ces avenants perdraient de leur sens en cas de mise en application de la procédure de dénonciation prévue à l'article précédent.

Le présent accord ne remet pas en cause les accords et avantages plus favorables existant dans les entreprises. Ils pourront néanmoins être rediscutés dans le cadre d'accords collectifs y compris pour ce qui concerne la carence maladie visée à l'article 4.1.

Article 5.11

Durée de l'accord. – Révision. – Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée, les parties signataires convenant de se revoir dans le courant de l'année 2013 afin d'étudier les possibilités d'intégration des nouvelles mesures interprofessionnelles et/ou législatives issues de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

En cas de disposition législative ou réglementaire modifiant les textes et/ou les équilibres ayant permis sa conclusion, les parties conviennent de se réunir afin d'étudier les aménagements utiles dans le cadre d'une commission de suivi réunie à l'initiative de la partie la plus diligente.

L'accord pourra, le cas échéant, être révisé dans le cadre d'une négociation déclenchée à l'initiative d'une des parties par lettre écrite recommandée à l'ensemble des signataires et précisant la motivation tenant à la demande de révision. Ainsi, chaque partie signataire peut demander la révision de tout ou partie de l'accord suivant les modalités suivantes :

- toute demande devra être adressée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties signataires et comporter outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, les propositions de remplacement et les motivations qui les justifient ;
- dans le délai maximum de 3 mois, les parties ouvriront une négociation ;
- les dispositions de l'accord dont la révision est demandée resteront en vigueur, le cas échéant, jusqu'à la conclusion d'un nouvel accord.

La révision de l'accord s'effectuera en fonction des règles attachées à la négociation collective de branche.

Le présent accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, après un préavis de 3 mois. Cette décision devra faire l'objet d'une notification par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties et au directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. En cas de dénonciation et au cas où un nouvel accord ne pourrait voir le jour, les dispositions générales et catégorielles des conventions collectives applicables au 31 décembre 2012 visant l'indemnisation de la maladie trouveront à s'appliquer.

Article 5.12

Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des mesures de publicité prévues par le code du travail.

La délégation patronale s'emploiera à obtenir son extension hors ses annexes I et II.

Fait à Paris, le 25 février 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

UNIDIS.

Syndicats de salariés :

FCE CFDT chimie-énergie ;

FFSCEGA CFTC ;

FG FO bâtiment papiers-cartons ;

FILPAC CGT ;

FIBOPA CFE-CGC.

ANNEXES

Les annexes I et II qui suivent sont la reprise intégrale des annexes signées de l'accord du 6 octobre 2011.

ANNEXE I

ORGANISMES PARTENAIRES

Les parties signataires décident de recourir aux services de Mercer Prévoyance et frais de santé.

Mercer Prévoyance et Frais de santé intervient comme intermédiaire afin :

- d'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre l'appel d'offre à destination des organismes de prévoyance, de négocier la tarification proposée par les organismes de prévoyance ;
- d'aider les parties signataires dans leur choix final ;
- d'organiser le suivi annuel visé à l'article 7 du chapitre III de l'accord professionnel ;
- d'informer les parties signataires sur l'évolution de la législation et de la réglementation en matière de prévoyance ;
- de préconiser, le cas échéant, les ajustements rendus nécessaires aux vues des équilibres régissant l'accord professionnel ;
- de suggérer les éventuelles améliorations.

La rémunération des services de Mercer Prévoyance et Frais de santé prendra la forme de frais de courtage prélevés directement sur les flux de cotisations. Ces frais de courtage seront versés par l'organisme ou les organismes d'assurance retenus à compter de la mise en place du régime de prévoyance.

La rémunération sous forme d'honoraires est fixée à 28 000 € par an pour les années 2010 et 2011 et à 20 000 € au titre des autres années de partenariat entre l'UNIPAS et l'organisme assureur ci-dessous visé.

En considération des réponses à l'appel d'offres et des prestations et tarifications proposées par les organismes assureurs, les partenaires sociaux ont décidé de référencer les organismes suivants en fonction de critères tenant à la solidité financière, à la dimension sociale et aux fonctions de conseil :

- Vauban Humanis Prévoyance et Aprionis Prévoyance, entités du groupe Humanis ;
- OCIRP pour les garanties rente éducation visées à l'article 2.2 du titre II.

Une convention d'assurance tripartite sera conclue avec l'organisme visé ci-dessus. Celle-ci mentionnera notamment les engagements en matière de tarification pour la couverture des risques considérés.

Les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet de la convention, réexaminer le choix des organismes référencés au niveau national.

ANNEXE II

CONTRAT DE GARANTIES COLLECTIVES PRÉVOYANCE

Le présent contrat est souscrit par :

- l'UNIPAS ;
- la FCE CFDT ;
- la FFSCEGA CFTC ;
- la FG FO papier-carton ;
- la FILPAC CGT ;
- la FIBOPA CFE-CGC,

ci-après dénommés « les partenaires sociaux », auprès de :

- Vauban Humanis Prévoyance, institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 18, avenue Léon-Gaumont, 75020 Paris ;
- Aprionis Prévoyance, institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff,
- et, pour la garantie rente éducation, l'organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 10, rue Cambacérès, 75008 Paris,

ci-après dénommé l'assureur.

Article 1^{er}

Objet du contrat

Par accord collectif en date du 6 octobre 2011, les partenaires sociaux ont défini les modalités de mise en place de garanties minimales d'un régime de prévoyance. Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le présent contrat fixe le modèle du contrat auquel vont adhérer les entreprises relevant de :

- la convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la production des papiers, cartons et celluloses du 20 janvier 1988 ;
- la convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 16 février 1988 ;
- la convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la production des papiers, cartons, et celluloses du 4 décembre 1972 ;
- la convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 21 décembre 1972.

Les entreprises ressortissant à ces conventions collectives nationales sont ci-après désignées sous le terme « adhérentes ».

Le présent contrat a pour objet de couvrir l'ensemble des salariés de l'adhérente, quelle que soit leur catégorie professionnelle, contre les risques décès et arrêt de travail.

L'adhésion de ces salariés, ci-après dénommés les assurés, au contrat d'assurance collective est obligatoire

Article 2

Prise d'effet. – Durée. – Renouvellement du contrat de garanties collectives

Le présent contrat de garanties collectives prend effet le 1^{er} janvier 2012 pour une période de 3 ans.

Il peut être dénoncé par les partenaires sociaux ou l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant le respect d'un délai de préavis de 3 mois.

Article 3

Formalités d'adhésion

Acquiert la qualité d'adhérente de l'assureur toute personne physique ou morale relevant des conventions collectives nationales définies à l'article 1^{er} qui emploie un ou plusieurs salariés et qui adhère au présent contrat.

L'adhésion est soumise à la signature, par le représentant légal de l'adhérente ou toute personne dûment mandatée par elle, d'un bulletin d'adhésion retourné au siège social de l'assureur. En retour l'assureur émet les dispositions particulières qui précisent les éléments propres à l'adhérente.

Les statuts, le présent contrat de garanties collectives, le bulletin d'adhésion et les dispositions particulières définissent les droits et obligations de l'adhérente, des assurés et de leurs bénéficiaires et de l'assureur.

Article 4

Prise d'effet. – Durée. – Renouvellement de l'adhésion

Pour l'adhérente, les présentes garanties prennent effet à la date indiquée sur les dispositions particulières.

L'adhésion est souscrite à l'origine, pour la période comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année en cours ; elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée de 1 an sauf utilisation par l'une des parties de sa faculté de résiliation.

Par principe, la partie contractante qui prend l'initiative de la résiliation doit le signifier au siège de l'autre partie, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les procédures de résiliation sont décrites comme suit :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérente ou de l'assureur, la résiliation prend effet au 31 décembre minuit de l'année en cours si la demande est envoyée par lettre recommandée avec avis de réception à l'autre partie au moins 2 mois avant cette date. Si l'adhérente prend l'initiative de la résiliation, elle doit en informer préalablement les instances représentatives du personnel de son entreprise ;
- en cas de non-paiement des cotisations par l'adhérente, la résiliation prend effet après la procédure décrite à l'article 23 « Défaut de paiement ».

Article 5

Effets de la résiliation de l'adhésion

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties.

Les prestations en cours de versement sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

L'assuré indemnisé par l'assureur au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité permanente au jour où l'adhésion de l'entreprise prend fin, conserve le droit aux garanties en cas de décès, sans contrepartie de cotisations, tant qu'il perçoit les prestations de l'assureur au titre de la garantie incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente.

Article 6

Revalorisation des prestations après résiliation ou non-renouvellement

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations cessent d'être revalorisées par l'assureur et sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation.

Article 7

Prise en charge des risques en cours

Les sinistres en cours à la date d'adhésion et non indemnisés par un autre assureur peuvent être pris en charge par l'assureur sous réserve de l'acceptation contractuelle de ce dernier.

Dans ce cas, l'assureur calculera la prime additionnelle, due par l'adhérente nécessaire à la constitution des provisions correspondantes. Cette cotisation sera à la charge unique de l'adhérente.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès et des rentes d'incapacité, d'invalidité, décès et de rente d'éducation est égale à celle prévue à l'article 20 du présent contrat.

Article 8

Obligations de l'adhérente

L'adhérente s'engage à remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur qui définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'application.

L'adhérente s'engage également à fournir le document de suivi du régime qui lui sera envoyé annuellement.

L'adhérente doit adresser à l'assureur les pièces suivantes :

1. A la souscription :

- un justificatif de son appartenance à la convention collective de la production des papiers-cartons et celluloses ou à celle de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes ;
- un état nominatif du personnel à assurer indiquant notamment pour chaque intéressé :
 - a) son numéro de sécurité sociale ;
 - b) ses nom et prénoms ;
 - c) son sexe ;
 - d) sa date de naissance ;
 - e) sa date d'embauche ;
 - f) sa situation de famille ;
 - g) le salaire servant au calcul des cotisations et tel que figurant à la DADS de l'établissement ;
 - h) sa catégorie socioprofessionnelle (cadre ou non-cadre).

L'état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en mi-temps thérapeutique, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu.

2. En cours d'exercice :

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au paragraphe 1 avec indication de la date d'engagement ;
- sortie des assurés : un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et les motifs de départ ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au paragraphe 1 avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- personnes en congé parental ou sans solde.

Ces états doivent être transmis dans les 3 mois suivant l'événement.

3. A chaque renouvellement de l'adhésion :

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf. paragraphe 1 ci-dessus).

L'adhérente atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

Article 9

Modalités d'affiliation des assurés

Sont immédiatement admis dans l'assurance les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'adhérente qui remplissent les conditions prévues par les conventions collectives pour bénéficier des prestations.

Les salariés en arrêt de travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion doivent être déclarés à l'assureur.

Pour les salariés engagés postérieurement, leur adhésion prend effet à la date de leur engagement et ils doivent être déclarés à l'assureur dans les 3 mois suivants et avoir effectivement pris leurs fonctions. Au-delà de ce délai, la garantie ne prend effet qu'au premier jour du mois civil suivant la réception par l'assureur de la déclaration de l'adhérente.

Article 10

Suspension de la garantie

Les garanties prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Toutefois, les garanties sont maintenues à l'assuré moyennant paiement des cotisations :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'adhérente ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'adhérente ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la sécurité sociale.

Pour les éventuelles absences non indemnisées, l'adhérente informera l'assuré, par écrit lors de la notification d'autorisation d'absence, des éventuelles possibilités dont il dispose pour continuer à bénéficier des garanties de prévoyance.

Article 11

Terme des garanties

Les garanties cessent au plus tard :

- à la date à laquelle prend fin l'adhésion de l'adhérente ;
- et, en tout état de cause, à la rupture du contrat de travail du salarié.

Article 12

Portabilité des droits

1. Principes

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, l'assuré dont le contrat de travail est rompu ou prend fin, et qui bénéficie du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage peut demander à rester affilié au régime de prévoyance décès-incapacité-invalidité dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par avenant en date du 18 mai 2009.

2. Date d'effet et durée maximale

Ce maintien prend effet au jour de la rupture ou de la fin du contrat de travail, sauf si l'ancien salarié en exprime expressément le refus par écrit auprès de l'adhérente dans les 10 jours qui suivent cet événement.

En l'absence de refus de la part de l'assuré dans le délai de 10 jours, l'adhérente doit retourner à l'assureur le bulletin individuel d'affiliation dédié à ce dispositif.

Le maintien a lieu pour une durée qui correspond à celle du dernier contrat de travail de l'assuré calculée en mois entiers et de date à date, sans pouvoir excéder 9 mois.

Exemple de durée de portabilité des garanties :

- contrat de travail ayant eu une durée de 15 jours : pas de portabilité ;
- contrat de travail ayant eu une durée de 2,5 mois : 2 mois de portabilité ;
- contrat de travail ayant eu une durée de 36 mois : 9 mois de portabilité.

3. Garanties

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise adhérente pendant la période de portabilité, pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait l'assuré avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

Les garanties obéissent aux règles de fonctionnement prévues au présent contrat. En cas de sinistre, l'assureur demandera tous les justificatifs établissant la preuve des droits à portabilité au jour de sa réalisation, notamment les attestations émises par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Les prestations sont versées sur la base du dernier salaire de référence, tel que défini à l'article 19 du présent règlement, versé au cours de la période précédant la fin ou la rupture du contrat de travail. Il est rappelé que toutes les sommes ayant pour origine la cessation du contrat de travail ne sont pas prises en compte dans le calcul du salaire de référence.

Dans le cadre de la garantie « incapacité temporaire » définie à l'article 16 du présent règlement, le cumul des sommes versées en cas d'incapacité de travail par les différents intervenants (sécurité sociale, organismes complémentaires, Pôle emploi, etc.) ne saurait en aucun cas conduire l'assuré intéressé à percevoir un revenu de remplacement excédant le montant des allocations chômage qu'il aurait perçues s'il n'avait pas été en « incapacité temporaire ». Dans le cas contraire, l'assureur diminuera sa prestation en conséquence. Si l'assuré est en incapacité de travail lors de la période de carence du régime d'assurance chômage, l'assureur reconstitue le montant futur de son allocation chômage pour déterminer sa limite d'intervention.

4. Cotisations

Le financement du dispositif est assuré par un système de mutualisation. Son coût est intégré à la cotisation versée au titre de la couverture des salariés sous contrat de travail.

5. Fin de la portabilité des droits

Le maintien des garanties prend fin :

- au jour où l'assuré ne bénéficie plus des allocations chômage, notamment s'il trouve un emploi ;
- si l'assuré ne justifie pas mensuellement auprès de l'adhérente du bénéfice des allocations chômage ;
- en tout état de cause, au terme de la période de droit à portabilité telle que définie ci-dessus.

L'adhérente doit notifier par écrit à l'assuré la fin anticipée de la portabilité pour non-présentation des justificatifs mensuels.

Article 13

Objet et montant de la garantie

1. Décès, invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité absolue et définitive, il est versé aux bénéficiaires tels que définis ci-après un capital égal à 100 % du salaire de référence défini à l'article 19.2.

Ce capital est majoré si l'assuré avait des enfants à charge (cf. les définitions en fin de document) le jour de son décès. Le montant de cette majoration est de 20 % par enfant à charge.

Exemple :

1. Salarié ayant un enfant à charge le jour du sinistre : versement d'un capital décès égal à 120 % du salaire annuel brut de référence.

2. Salarié ayant deux enfants à charge le jour du sinistre : versement d'un capital décès égal à 140 % du salaire annuel brut de référence.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'IAD met fin à la garantie décès.

Bénéficiaires de la prestation

En cas d'invalidité absolue et définitive, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré.

En cas de décès, les bénéficiaires des capitaux dus par les organismes assureurs lors du décès de l'assuré sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme ayant recueilli son adhésion.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital leur revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou à la personne liée par le pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, reconnus ou adoptés ;
- à défaut, aux descendants de l'assuré ;
- à défaut, aux ascendants directs de l'assuré, aux pères et mères survivants ;
- à défaut, aux autres héritiers.

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir et, sous réserve, le cas échéant pour l'IAD, du contrôle médical prévu à l'article 27.

2. Double effet

Le décès postérieur ou simultané du conjoint non remarié ou concubin non marié ou de la personne liée par le pacte civil de solidarité, et alors qu'il reste des enfants à charge de l'assuré, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal à 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes.

L'invalidité absolue et définitive est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation « double effet ».

3. Capital décès minoré et rente éducation

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou d'invalidité absolue et définitive (3^e catégorie de la sécurité sociale), le bénéficiaire de la prestation peut opter, en lieu et place de l'attribu-

tion du capital prévu au paragraphe 1 ci-dessus, pour le versement d'un capital décès réduit à 75 % du salaire de référence défini à l'article 19.2.

Ce capital ne fait l'objet d'aucune majoration pour enfant à charge. Il est par contre accompagné du versement d'une rente temporaire d'éducation pour chaque enfant à charge, dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 10^e anniversaire : 5 % du salaire de référence limité à la tranche A ;
- du 10^e au 17^e anniversaire : 10 % du salaire de référence limité à la tranche A.
- du 17^e au 26^e anniversaire : 15 % du salaire de référence limité à la tranche A.

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

La rente est viagérée pour les enfants reconnus invalides avant leur 26^e anniversaire.

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie.

Le versement débute le 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou la reconnaissance de l'état d'IAD. Si la demande est présentée plus de 1 an après le décès ou l'IAD, l'indemnisation débute le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande.

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme d'avance.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant atteint son 18^e anniversaire et, au plus tard, son 26^e anniversaire s'il est en apprentissage, poursuit des études ou est inscrit auprès de Pôle emploi comme demandeur d'emploi ou effectue un stage préalablement, dans l'un ou l'autre cas, à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La rente est versée sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue par la sécurité sociale avant le 26^e anniversaire de l'enfant, le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle (justifié par un avis médical et tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou demeure titulaire de la carte d'invalidité civile).

Les garanties rente éducation sont assurées par l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dont le siège est situé 10, rue Cambacérès, 75008 Paris, qui a confié la gestion de ses garanties à Vauban-Humanis Prévoyance.

L'OCIRP est seul porteur de la présente garantie et est seul responsable de la bonne fin des prestations.

4. Choix entre le capital décès et le capital minoré et la rente d'éducation

Le choix entre le capital décès (art. 1^{er}) et le capital minoré et la rente d'éducation (art. 3) est effectué par le ou les bénéficiaires de la prestation. En cas de pluralité de bénéficiaires, ceux-ci doivent communiquer leur choix commun à l'assureur. En cas de désaccord entre eux, c'est la prestation capital décès (art. 1^{er}) qui est versée.

5. Frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge (art. 31 « Définitions »), est versé un capital ayant pour but d'indemniser forfaitairement le bénéficiaire des conséquences du décès. Ce capital est équivalent à 100 % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale).

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Article 14

Objet et montant de la garantie

Il s'agit de faire bénéficier d'indemnités journalières les assurés qui se trouvent momentanément dans l'incapacité totale médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident.

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non, pris en compte par la sécurité sociale, l'assureur verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies en relais des obligations de maintien de salaire de l'adhérente :

TOUTE CATÉGORIE professionnelle	ANCIENNETÉ de l'assuré dans l'entreprise adhérente	FRANCHISE discontinue
Maladie Accident de travail Accident de trajet	1 an à 5 ans	75 jours
	5 ans à 10 ans	90 jours
	10 ans à 15 ans	105 jours
	15 ans à 20 ans	120 jours
	20 ans à 25 ans	150 jours
	25 ans à 30 ans	180 jours
	> 30 ans	195 jours

La franchise discontinue est appréciée au premier jour d'arrêt de travail en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des 12 derniers mois.

Toutefois, dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail entrant dans le cadre de l'appréciation du crédit d'indemnisation défini ci-dessous fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

2. Montant de la prestation

70 % du salaire de référence défini à l'article 19.2, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

2. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- dès la reprise du travail ;
- à la liquidation de sa pension de retraite ou au jour de son décès ;
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle ;
- et, au plus tard, au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Article 15

Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès réception des décomptes de prestations de la sécurité sociale auprès de l'assureur sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir (cf. annexe).

Les indemnités journalières sont versées par l'assureur directement à l'adhérente, sauf en cas de rupture du contrat de travail où elles sont versées directement à l'assuré, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la sécurité sociale.

Article 16

Objet et montant de la garantie

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % de l'assuré cadre ou non cadre, l'assureur verse une rente complémentaire à celle de la sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la sécurité sociale, est défini comme suit :

1. En cas d'invalidité 1^{re} catégorie de la sécurité sociale ou d'IPP d'un taux compris entre 33 % et 66 % : 42 % du salaire de référence défini à l'article 19.2.
2. En cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 % : 70 % du salaire de référence défini à l'article 19.2.

Dans tous les cas, le total perçu par le salarié (sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

Article 17

Durée du service des prestations

La prestation cesse d'être versée à compter :

- du jour de l'attribution de la pension de vieillesse ou au jour du décès de l'assuré ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 66 % en ce qui concerne les rentes visées à l'article 16.2 ci-dessus ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes visées à l'article 16.1 ci-dessus ;
- du jour de la reprise à temps complet ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques.

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus, est automatiquement repris dans les limites fixées par le contrat à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité de travail est redevenue supérieure à 66 % (pour les rentes visées à l'article 16.2) ou à 33 % (pour les rentes visées à l'article 16.1).

Article 18

Conditions de règlement des prestations

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la sécurité sociale auprès de l'assureur et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les rentes sont versées par l'assureur à l'assuré à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la sécurité sociale.

Article 19

Mode de calcul

1. Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;

- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et 4 fois ce plafond.

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

2. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire fixe brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations. Pour la garantie rente éducation le salaire de référence est limité à la tranche A de la rémunération.

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée définie à l'alinéa ci-dessus, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Concernant les garanties indemnitaires, en aucun cas, le cumul des prestations de la sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement ne peut conduire le salarié à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut – charges sociales légales et conventionnelles et prélèvements sociaux).

Article 20

Revalorisation

Les prestations sont revalorisées de la façon suivante :

- les prestations incapacité de travail, invalidité incapacité permanente professionnelle sont revalorisées le 1^{er} juillet de chaque année selon l'évolution du point de retraite AGIRC. Ces revalorisations ne s'appliquent qu'aux arrêts de plus de 6 mois continus ;
- pour la prestation rente éducation, les coefficients et la périodicité des revalorisations à appliquer aux prestations en cours de service sont fixés par le conseil d'administration de l'OCIRP. En cas de résiliation, l'OCIRP assure le paiement des rentes en cours de service et les revalorisations futures sans surcoût, tout en conservant les provisions afférentes.

Article 21

Cotisation due

La cotisation est déterminée en appliquant le taux de cotisation à la base des cotisations.

Le taux de cotisation est de 0,80 % tranches A et B.

La cotisation annuelle est payable par l'adhérente trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

Article 22

Exonération du paiement

Dès lors que l'assuré dont le contrat de travail est en vigueur bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'organisme tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'assureur. Si l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

Article 23

Défaut de paiement

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivant sa date d'exigibilité et indépendamment du droit pour l'assureur d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse en recommandé avec avis de réception à l'adhérente, l'assureur informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'assureur a le droit de dénoncer l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non dénoncée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La pénalité de retard est égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2 % de la cotisation totale.

Les frais de recouvrement sont mis à la charge de l'adhérente.

Article 24

Versement des prestations

Les prestations garanties par l'assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérente, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

Article 25

Prescription

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérente, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérente, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit contre celui prescrit).

Article 26

Exclusions

Ne sont pas garanties, dans le cadre du présent contrat, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- d’une guerre ou d’une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d’accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d’explosion, de chaleur ou de radiations provenant d’une transmutation de l’atome, telles que, par exemple, la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l’accélération artificielle de particules atomiques ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l’occasion d’exercices de préparation militaire ou en résultant.

Le bénéficiaire ayant fait l’objet d’une condamnation pénale pour l’homicide volontaire ou la tentative d’homicide volontaire de l’assuré est déchu de tout droit au capital décès. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au contrat national de référence, à l’exception de ceux reconnus comme coauteurs ou complices.

Article 27

Contrôle et expertise médicale

A toute époque, les médecins missionnés par l’assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès de l’assuré en état d’incapacité ou d’invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l’assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l’assureur.

Pour l’ensemble des garanties prévues au présent règlement, l’assureur se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l’ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation de l’assuré.

Les décisions de l’assureur, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu’il a missionné, sont notifiées à l’assuré par courrier recommandé.

Elles s’imposent à lui s’il n’en a pas contesté le bien-fondé dans les 30 jours suivant leur envoi, au moyen d’une attestation médicale détaillée.

Cette contestation doit être adressée au service médical de l’assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l’état de santé de l’assuré, celui-ci et l’assureur choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager.

Faute d’entente sur son choix, la désignation en est faite par le président du tribunal de grande instance du domicile de l’assuré.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s’impose à l’assuré et à l’assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d’arbitrage n’a pas été menée jusqu’à son terme, les parties s’interdisent d’avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

En sus de ce contrôle mené à l’initiative de l’assureur, l’adhérente donne mandat à l’assureur pour diligenter en son nom et pour son compte des contre-visites médicales, à l’encontre d’un assuré, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite seront transmis à l’adhérente.

Article 28

Fausse déclaration

La garantie accordée à l'assuré par l'assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 29

Subrogation

Pour les garanties incapacité temporaire totale, invalidité-incapacité permanente, l'assureur est subrogé de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Article 30

Autorité de contrôle

Le contrôle de l'assureur est effectué par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP), 61, rue Taitbout, 75009 Paris, mentionnée à l'article L. 951-1 du code de la sécurité sociale.

Article 31

Définitions

Chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

Invalidité et incapacité permanente

1. Invalidité

Par invalidité il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

2. Incapacité égale ou supérieure à 66 %

Il s'agit de la reconnaissance par la sécurité sociale (en application de l'article L. 434-2, alinéa 1, du code de la sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (art. L. 434-2 dudit code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^e catégorie ou de 3^e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

3. Incapacité entre 33 % et moins de 66 %

Est visée par le présent paragraphe l'incapacité permanente (au sens de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale) d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la sécurité sociale au titre de

(1) Art. L. 341-4 du code de la sécurité sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1° Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2° Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3° Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

l'article L. 434-2. Le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est calculé en fonction de la formule $R \times 3N$:

N étant le taux d'incapacité permanente ;

R le montant trimestriel de la rente d'invalidité 2^e catégorie qui serait versé par l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion.

Invalidité absolue et définitive (IAD)

Il faut entendre par invalidité absolue et définitive, l'invalidité 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale : « Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

L'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la sécurité sociale est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour l'application des garanties décès et rentes éducation.

Accident et accident du travail

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la sécurité sociale.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants de l'assuré ou ceux de son conjoint ou concubin, qu'ils soient légitimes, adoptifs, reconnus ou recueillis, s'ils vivent sous le toit de l'assuré et sont à la date du décès :

- âgés de moins de 17 ans, sans condition ;
- âgés de 18 à 21 ans, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'assuré quelle que soit leur activité et s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100 % du Smic ;
- âgés de 21 à 25 ans, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'assuré et à condition qu'ils poursuivent des études et ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100 % du Smic ;
- atteints d'un handicap, fiscalement à charge de l'assuré, titulaire d'une carte d'invalidité et reconnus invalides avant leur 26^e anniversaire ;
- nés dans les 300 jours postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie.

Conjoint et concubin

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé par un jugement définitif.

Le concubinage notoire et permanent ouvre droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que le salarié et son concubin sont célibataires, veufs ou divorcés et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union ;
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune ;
- ou qu'il existe entre les deux partenaires un pacte civil de solidarité.

ANNEXE

Pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations.

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ de travail (IJ)	RENTES (invalidité, IPP)	DÉCÈS IAD Frais d'obsèques	RENTE éducation
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	X			
Décomptes d'indemnités journalières de la sécurité sociale	X			
Photocopie des 3 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt	X			
Demande de rente, signée de l'entreprise		X		
Notification d'attribution de pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la sécurité sociale		X		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		X	X	
Demande de capital décès signée de l'entreprise			X	
Acte de décès (bulletin de décès)			X	X
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut, un acte de naissance du défunt			X	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			X	X
Justificatif de la qualité de conjoint ou, à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de sécurité sociale des ayants droit			X	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			X	
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié et, le cas échéant, du concubin ou partenaire			X	X
En présence d'enfants ou de personnes à charge, un certificat de scolarité ou, à défaut, pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage...			X	X

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ de travail (IJ)	RENTES (invalidité, IPP)	DÉCÈS IAD Frais d'obsèques	RENTE éducation
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				x
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone...)			x	
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			x	
Notification de la pension d'invalidité de la sécurité sociale 3 ^e catégorie (ou IPP = 100 %)			x	x
Attestation détaillée du médecin traitant du salarié			x	x
Demande de rente signée de l'entreprise				x
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			x	x
Attestation d'inscription à Pôle emploi			x	x
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			x	x