

BULLETIN OFFICIEL

CONVENTIONS COLLECTIVES



Premier ministre

Direction
de l'information
légale
et administrative



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail,
de l'emploi,
de la formation
professionnelle
et du dialogue social

Ministère de l'agriculture,
de l'agroalimentaire
et de la forêt

BULLETIN OFFICIEL
CONVENTIONS COLLECTIVES

BULLETIN OFFICIEL CONVENTIONS COLLECTIVES

FASCICULE N° 2013/40 DU 26 OCTOBRE 2013

	<u>Pages</u>
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social....	1
Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	116

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

CONVENTIONS COLLECTIVES

SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2013/40

CONVENTIONS, AVENANTS ET ACCORDS

	<u>Pages</u>
Assistants maternels (particulier employeur) : avenant du 10 juillet 2013 relatif à la création d'un fonds d'action sociale	3
Assistants maternels (particulier employeur) : avenant du 10 juillet 2013 relatif au financement du paritarisme (annexe III)	6
Assurances (sociétés) : avenant du 27 mai 2013 relatif au régime de retraite professionnel (RRP fermé)	9
Assurances (sociétés) : accord du 24 juin 2013 relatif au dispositif professionnel de fonds de pension.....	11
Assurances (sociétés) : accord du 24 juin 2013 relatif au régime professionnel de prévoyance	32
Bâtiment et travaux publics : avenant n° 14 du 26 juin 2013 relatif aux règlements et aux statuts des régimes de prévoyance	60
Particulier employeur (salariés, assistants maternels) : accord du 10 juillet 2013 relatif à la création du conseil du dialogue social	107
Particulier employeur (salariés) : avenant du 10 juillet 2013 relatif à la création du fonds d'action sociale prévoyance	111
Particulier employeur (salariés) : avenant du 10 juillet 2013 relatif au financement du paritarisme	113

Brochure n° 3317

Convention collective nationale
IDCC : 2395. – ASSISTANTS MATERNELS
DU PARTICULIER EMPLOYEUR

AVENANT DU 10 JUILLET 2013
RELATIF À LA CRÉATION D'UN FONDS D'ACTION SOCIALE

NOR : ASET1351051M
IDCC : 2395

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche des assistants maternels du particulier employeur, réunis en commission mixte paritaire, ont convenu de compléter l'annexe II – Accord de prévoyance et ses avenants du 20 janvier 2009, du 8 septembre 2009, du 29 octobre 2010 et du 1^{er} octobre 2012 (textes qui seront annulés et remplacés dès l'extension de l'avenant du 3 décembre 2012 qui annule et remplace l'annexe II et ses avenants de la convention collective nationale de travail des assistants maternels du particulier employeur) en créant un fonds d'action sociale prévoyance dédié à la branche des assistants maternels du particulier employeur.

Le règlement du fonds d'action sociale précisera les règles de fonctionnement du fonds et les modalités d'attribution des aides.

Le fonds social ainsi constitué est dénommé « fonds social de la branche des assistants maternels du particulier employeur ».

1. CHAMP D'APPLICATION DE L'AVENANT

Le présent avenant s'applique à tous les membres participants du régime de prévoyance des assistants maternels du particulier employeur par référence à l'annexe II – Accord de prévoyance et ses avenants du 20 janvier 2009, du 8 septembre 2009, du 29 octobre 2010 et du 1^{er} octobre 2012 (textes qui seront annulés et remplacés dès l'extension de l'avenant du 3 décembre 2012 qui annule et remplace l'annexe II et ses avenants de la convention collective nationale de travail des assistants maternels du particulier employeur) de la convention collective nationale de travail des assistants maternels du particulier employeur.

Par membre participant on entend tout salarié en activité dans la branche, ou en arrêt de travail, ou en invalidité, ou en période de maintien de garanties dans les conditions fixées à l'article 6.9 de l'avenant du 3 décembre 2012.

2. OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE

Le fonds a pour objet de consentir des aides ou secours à titre exceptionnel et/ou ponctuel, au profit des membres participants du régime de prévoyance dont la situation matérielle, financière, physique ou psychologique est particulièrement digne d'intérêt.

Le fonds peut également intervenir dans des actions collectives ayant pour objectifs de mettre à la disposition des participants des outils ou des structures leur permettant de trouver des compléments d'information ou soutiens sur le plan tant matériel que psychologique.

Elles ont un caractère non contributif.

3. BÉNÉFICIAIRES DU FONDS

Les bénéficiaires sont les participants et leurs ayants droit couverts par le régime de prévoyance de la branche des assistants maternels du particulier employeur, assuré et géré par IRCCEM Prévoyance.

4. MODE DE FINANCEMENT DU FONDS D'ACTION SOCIALE

Le fonds d'action sociale est alimenté à hauteur de 10 % du résultat technique du régime de prévoyance de la branche des assistants maternels du particulier employeur.

5. DÉFINITION DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

La commission paritaire de suivi et de pilotage de l'accord de prévoyance des assistants maternels du particulier employeur est chargée de la définition et du suivi des actions individuelles et des actions collectives, dans le cadre des orientations stratégiques définies et validées par la commission mixte paritaire de la branche.

La commission paritaire de suivi et de pilotage de l'accord de prévoyance des assistants maternels du particulier employeur peut conjointement avec celle de l'accord de prévoyance des salariés du particulier employeur mettre en œuvre une ou plusieurs actions communes aux salariés du particulier employeur et aux assistants maternels du particulier employeur dans le cadre des orientations stratégiques définies et validées par les commissions mixtes paritaires des deux branches.

6. MODE DE GESTION DU FONDS

La mise en œuvre de la gestion du fonds d'action sociale est déléguée, pour la durée de la désignation de l'organisme d'assurance et de gestion de l'accord de prévoyance selon les critères définis par la commission paritaire mixte des assistants maternels du particulier employeur, à l'institution assureur et gestionnaire du régime de prévoyance, IRCCEM Prévoyance.

Cette gestion déléguée fait l'objet de comptes rendus réguliers à chaque réunion de la commission de suivi et de pilotage de l'accord de prévoyance.

Le bilan de la gestion du fonds fait l'objet d'une présentation annuelle à la commission paritaire mixte, selon des règles définies dans le règlement du fonds d'action sociale.

La délégation consentie à IRCCEM Prévoyance peut prendre fin par décision de la commission paritaire mixte, moyennant un délai de prévenance de 6 mois avant la date anniversaire du renouvellement de l'accord.

7. DÉPÔT, EXTENSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR

Le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au greffe du conseil des prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail (service du dépôt des accords collectifs), 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie signataire la plus diligente, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Le présent avenant entrera en application à compter du 1^{er} janvier 2014.

Fait à Paris, le 10 juillet 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FEPEM.

Syndicats de salariés :

FS CFDT ;

FSS CFTC ;

CGT commerce ;

FGTA FO ;

SPAMAF.

Brochure n° 3317

Convention collective nationale

**IDCC : 2395. – ASSISTANTS MATERNELS
DU PARTICULIER EMPLOYEUR**

**AVENANT DU 10 JUILLET 2013
RELATIF AU FINANCEMENT DU PARITARISME (ANNEXE III)**

NOR : ASET1351052M
IDCC : 2395

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 ont intégré à cette convention une annexe III relative au développement de la négociation collective.

Cet accord a permis à la branche professionnelle des assistants maternels du particulier employeur de se structurer au plan conventionnel et de se doter d'accords importants tels que, notamment, la formation professionnelle et la prévoyance.

Afin de continuer à développer un dialogue social de qualité, les partenaires sociaux ont décidé de :

- créer le conseil national paritaire du dialogue social des branches des assistants maternels et des salariés du particulier employeur ;
- développer un dialogue social territorial (en métropole et dans les DOM).

En tenant compte notamment des missions confiées au conseil national paritaire du dialogue social et des enjeux liés au développement du dialogue social territorial, les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles représentatives et signataires de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur ont décidé ce qui suit.

Article 1^{er}

Contribution au financement du paritarisme

1.1. Le dernier alinéa de l'article 1.1 de l'accord sur le développement de la négociation collective de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur est modifié comme suit :

« Le fonds est alimenté par une contribution des employeurs égale à 0,22 % du montant des salaires bruts soumis à cotisation. »

Le reste de l'article est inchangé.

1.2. L'article 3.1 de l'annexe III est modifié comme suit :

« La cotisation est égale à 0,22 % du montant des salaires bruts soumis à cotisations.

Cette cotisation est recouvrée par l'organisme chargé de la gestion de la prévoyance en même temps et dans les mêmes conditions que la cotisation prévoyance. »

1.3. L'article 3.2 de l'annexe III est modifié comme suit :

« Article 3.2

Affectation du montant des cotisations recueillies et à venir

Le montant triennal, total et global des cotisations recueillies par l'association paritaire et de celles à venir est affecté :

- pour une part fixée au règlement intérieur de l'association paritaire pour le financement d'actions communes du dialogue social au sein de la branche comprenant notamment la création du conseil national paritaire du dialogue social, son fonctionnement et ses actions orientées vers les territoires et l'Europe. Cette part ne pourra pas excéder 30 % de la collecte, après déduction de la dotation à la CPNEFP et des frais de gestion ;
- le solde :
 - pour moitié au financement de l'exercice du droit à la négociation collective des salariés ;
 - pour moitié au financement de l'exercice du droit à la négociation collective des employeurs.

Chacune de ces deux parts est elle-même répartie en :

- une part A égale à 2,5 % affectée au financement des frais exposés par les salariés et les employeurs à l'occasion de la négociation collective ;
- une part B égale à 97,5 % destinée au financement des frais exposés par les organisations syndicales et professionnelles participant régulièrement aux réunions paritaires, pour l'organisation et le suivi de la négociation collective.

Le montant des frais liés à la gestion administrative, financière et comptable sera inscrit au budget annuel. »

1.4. Le dernier alinéa de l'article 3.4 de l'annexe III de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 ci-après reproduit : « A la fin du second exercice, toutes les sommes non consommées sont partagées entre les organisations représentatives des salariés au prorata des sommes dépensées, en vue de la négociation pour la branche » est supprimé.

Le reste de l'article est inchangé.

1.5. Au dernier alinéa de l'article 3.5 de l'annexe III de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 après les mots « part B » et avant les mots « (art. 3.6 ci-après) » sont insérés les mots « de l'organisation concernée ».

Le reste de l'article est inchangé.

1.6. Le dernier alinéa de l'article 3.6 de l'annexe III de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 ci-après reproduit : « A la fin de l'exercice, le solde de la part B destinée aux employeurs est affecté à un compte de réserves "employeurs" destinées à mener toute étude d'observation de l'emploi et d'identification des besoins des employeurs et des salariés de la branche professionnelle » est supprimé et remplacé par l'alinéa qui suit :

« Si à la fin de l'exercice une organisation n'a pas épuisé sa part, les sommes restantes sont reportées à son crédit sur l'exercice suivant. »

Le reste de l'article est inchangé.

Article 2

Dépôt et extension

Le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au greffe du conseil des prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail (service du dépôt des accords collectifs), 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie signataire la plus diligente, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en application à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la parution au *Journal officiel* de son arrêté.

Fait à Paris, le 10 juillet 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FEPEM.

Syndicats de salariés :

FS CFDT ;

FSS CFTC ;

CGT commerce ;

FGTA FO ;

SPAMAF.

Brochure n° 3265

Convention collective nationale
IDCC : 1672. – SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

AVENANT DU 27 MAI 2013
RELATIF AU RÉGIME DE RETRAITE PROFESSIONNEL (RRP FERMÉ)
NOR : ASET1351049M

Vu le règlement du régime de retraite professionnel (RRP fermé) en date du 28 décembre 1995, mis à jour au 1^{er} juillet 2009, et compte tenu des avenants modificatifs des 18 novembre 1997, 9 juillet 1998, 5 janvier 2000, 22 novembre 2000, 14 janvier 2003, 22 décembre 2003, 27 novembre 2006, 20 octobre 2008 et 23 avril 2009 ;

Vu l'article 14 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ;

Vu l'article 10 de l'accord du 18 mars 2011 relatif aux retraites complémentaires AGIRC, ARRCO, AGFF,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 2 du règlement RRP précité est remplacé par les dispositions ci-après :

« La retraite RRP consolidée est déterminée en multipliant le nombre de points notifié à chaque nouveau retraité par la valeur du point en vigueur à la date de mise en service.

La Crepsa en assure la mise en service, puis le versement, après avoir vérifié que les conditions de cette mise en service prévues ci-après sont remplies.

Les bénéficiaires sont tenus de fournir tous les renseignements qui leur sont demandés par B2V, représentant la Crepsa.

La retraite est viagère, payable mensuellement et d'avance.

L'entrée en jouissance est fixée au premier jour du mois suivant la date où le bénéficiaire, s'il satisfait aux dispositions du présent règlement et en a fait la demande. L'entrée en jouissance ne peut être antérieure au premier jour du mois suivant la date de cessation des fonctions alors exercées chez l'employeur.

La retraite est réversible dans les conditions fixées ci-après (art. 7). »

Article 2

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2014.

Fait à Paris, le 27 mai 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FFSA ;
GEMA.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;
SNAATAM CFE-CGC ;
SNACPA CFE-CGC ;
SNIA CFE-CGC ;
FEC FO ;
FSPBA CGT ;
CFE-CGC assurance ;
FBA CFDT.

Brochure n° 3265

Convention collective nationale
IDCC : 1672. – **SOCIÉTÉS D'ASSURANCES**

ACCORD DU 24 JUIN 2013
RELATIF AU DISPOSITIF PROFESSIONNEL DE FONDS DE PENSION
NOR : ASET1351048M

PRÉAMBULE

L'accord du 17 juillet 1996, réalisant la mise en œuvre de l'accord du 2 février 1995, a institué le fonds de pension professionnel caractérisant un régime de retraite supplémentaire à cotisations définies.

Cet accord du 17 juillet 1996 a fait l'objet des avenants suivants :

- avenant du 8 septembre 1997 reportant l'échéance à laquelle les entreprises de la profession avaient la possibilité de conclure un accord dérogatoire ;
- avenant du 17 juillet 1998 organisant la méthodologie de mise en place du traité de coassurance conclu entre la FFSA et le GEMA, d'une part, le BCAC, d'autre part ; ce contrat était en dernier lieu finalisé en date du 27 janvier 2003 ;
- avenant du 18 juin 2008 adaptant certaines dispositions de l'accord initial afin de tenir compte des évolutions de la réglementation.

L'accord a été complété par un protocole d'accord du 14 janvier 1999 dont l'objet était d'ouvrir le fonds de pension aux personnels producteurs salariés de base et échelons intermédiaires.

Initialement signé par la CFDT, les organisations syndicales visées en tête du présent protocole y ont expressément adhéré par la suite.

Les évolutions législatives et réglementaires et l'évolution des marchés financiers ont conduit les signataires à souhaiter adapter l'accord du 17 juillet 1996 et ses avenants. Afin de rétablir une unité au texte en favorisant la compréhension, il est convenu que le présent protocole reprend l'intégralité du texte initial tel qu'adapté en application des précédents avenants susvisés et des mesures nouvelles.

Sauf dispositions contraires, les mesures nouvelles et d'une façon générale le présent protocole prennent effet au 1^{er} janvier 2014 dans les conditions visées à l'article 3.

Il est rappelé que les personnels producteurs salariés de base et échelons intermédiaires ne bénéficient du fonds de pension qu'à effet du 1^{er} janvier 1999 dans les conditions visées par l'article 4 du protocole du 14 janvier 1999.

Le présent protocole a été conclu par les organisations syndicales représentatives ayant signé ou adhéré à l'accord du 17 juillet 1996 et représentant au moins 30 % des suffrages exprimés à l'occasion des récentes élections au sein de la profession. Il a donc été négocié et conclu conformément

aux dispositions des articles L. 911-1 du code de la sécurité sociale et L. 2231-1 et suivants du code du travail ce qui suit.

I. – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Un dispositif de fonds de pension fonctionnant selon le mécanisme de la capitalisation et destiné à la constitution d'une retraite supplémentaire sous forme de rente viagère, en contrepartie de cotisations prédéfinies, a été mis en place :

- à effet du 1^{er} janvier 1996 pour tous les salariés répondant aux définitions des conventions collectives nationales de travail des 27 mai et 27 juillet 1992 et de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction ;
- à effet du 1^{er} janvier 1999 pour tous les salariés répondant aux définitions des conventions collectives nationales des 27 mars 1972 et 13 novembre 1967 (personnels producteurs salariés de base et échelons intermédiaires).

A cet effet, les entreprises entrant dans le champ d'application des conventions collectives susvisées sont tenues d'en faire bénéficier leur personnel visé à l'article 2 du dispositif de retraite supplémentaire répondant aux prescriptions du présent protocole.

Article 2

Sont bénéficiaires du fonds de pension tous les salariés ayant acquis une ancienneté de 1 année au sein d'une ou plusieurs entreprises visées à l'article 1^{er}, au titre d'un ou plusieurs contrats de travail successifs ou non ⁽¹⁾.

Ont la qualité de salarié au sens du présent avenant les personnes affiliées au régime général de la sécurité sociale en application des articles L. 311-1 à L. 311-3 du code de la sécurité sociale, au titre d'un contrat de travail ou d'un mandat social exercé au sein d'une entreprise concernée.

Article 3

Le présent protocole et le fonds de pension dont il définit les caractéristiques ont vocation à s'appliquer sans limitation de durée. Il prend effet, sous réserve de l'absence d'opposition, au 1^{er} janvier 2014.

Il se substitue, à cette date, aux dispositions initiales de l'accord du 17 juillet 1996 et à ses avenants.

Article 4

Le présent protocole peut être révisé dans les conditions prévues par la loi.

Il peut être dénoncé par toute partie signataire conformément aux articles L. 2261-11 et L. 2261-12 du code du travail.

La dénonciation doit être signifiée par son auteur aux autres signataires au plus tard le 30 septembre de chaque année pour prendre effet au 31 décembre suivant, date à laquelle débute la période de survie de 1 an au maximum prévu par la loi.

La dénonciation du présent protocole a pour effet d'entraîner à la même date la fermeture du fonds de pension. Cette fermeture ne produit d'effet que pour l'avenir ; l'ensemble de l'épargne individuelle constituée à partir des cotisations versées jusqu'à la date d'effet de la fermeture reste acquise pour chaque salarié et continue à être gérée, sauf transfert dans les conditions fixées par le contrat d'assurance ou le traité de réassurance visés à l'article 7 ci-après.

(1) L'affiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'entrée dans l'entreprise. Une fois acquise cette première affiliation, la réaffiliation est immédiate en cas de changement d'employeur.

Les organisations signataires se réunissent obligatoirement dans les plus brefs délais suivant toutes modifications législatives ou réglementaires, notamment sociales ou fiscales, de nature à affecter les conditions socio-économiques ou organisationnelles du fonds de pension.

Article 5

Le présent protocole fait l'objet, à l'initiative de la FFSA ou du GEMA, des mesures de publicité requises.

II. – DISPOSITIONS TECHNIQUES

Article 6

Le fonds de pension constitue un régime collectif et obligatoire de retraite supplémentaire à cotisations définies.

La cotisation à la charge des entreprises est fixée à 1 % des salaires bruts des personnels concernés. Les salaires qui servent d'assiette au calcul des cotisations sont les salaires bruts sur la base desquels sont calculées les cotisations au régime général de la sécurité sociale.

Chaque entreprise peut décider de majorer le taux de 1 % par le biais d'un acte juridique institué en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. Elle peut répartir la cotisation excédant le taux de 1 % entre l'entreprise et le salarié.

Article 7

Les cotisations visées aux articles 6 et 8 sont versées dans le cadre du traité de coassurance (et ses avenants) annexé au présent protocole.

Article 8

Chaque salarié a la possibilité d'effectuer des versements volontaires complémentaires, soit périodiques, soit exceptionnels, notamment dans le cadre et les limites prévus aux articles L. 3153-3 et, le cas échéant, L. 3334-8 du code du travail.

Chaque entreprise définit, autant que de besoin, les modalités pratiques applicables à ces versements.

Article 9

Que les cotisations soient versées au titre du traité de coassurance ou d'un contrat d'assurance ⁽¹⁾, l'engagement de l'entreprise est strictement limité à leur versement.

Sont définies dans le traité de coassurance ou le contrat d'assurance ⁽¹⁾, et à ce titre opposables aux salariés, les dispositions relatives :

- à la gestion de l'épargne réalisée ;
- à la liquidation et au service des rentes ;
- aux éventuelles revalorisations ;
- aux éventuelles réversions ;
- aux conditions et modalités de transfert individuel ou collectif des fonds.

Le traité de coassurance auquel adhère l'entreprise en application du 1^{er} alinéa de l'article 7 est annexé à titre d'information (annexe I) dans sa rédaction applicable à effet du 1^{er} janvier 2014.

Le contenu ainsi que toute modification du traité de coassurance ou du contrat d'assurance ⁽¹⁾ sont opposables, de droit, aux salariés et le cas échéant aux retraités, à la condition qu'ils aient été préalablement portés à la connaissance des intéressés, notamment par la transmission d'une nouvelle notice.

(1) Les sociétés d'assurances et organismes professionnels avaient la possibilité, lors de la mise en place du régime, de conclure des accords dérogoratoires reconnus conformes au cahier des charges par la commission d'habilitation créée à cet effet, et leur permettant de faire un autre choix que celui du mécanisme de coassurance en souscrivant un contrat d'assurance.

Article 10

Le salarié quittant son entreprise avant la liquidation de sa rente a la possibilité de demander le transfert de l'épargne constituée au profit d'un organisme assureur gérant un régime équivalent pour le compte de son nouvel employeur ou d'un PERP. Le transfert est réalisé dans les conditions fixées par le traité de coassurance ou le contrat d'assurance ⁽¹⁾.

L'arrêt de l'activité professionnelle ou sa poursuite dans une entreprise non couverte par le présent avenant ne compromet en aucun cas l'épargne constituée jusqu'à la date de la cessation du contrat de travail. Sauf transfert réalisé dans les conditions précisées au 1^{er} alinéa, cette épargne continue à être gérée conformément au traité de coassurance ou contrat d'assurance ⁽¹⁾.

Article 11

L'assureur est tenu de remettre à chaque salarié sous la responsabilité de l'employeur la notice (actualisée) du traité de coassurance ou du contrat d'assurance ⁽¹⁾, ainsi que chaque année le relevé des droits constitués au cours de l'année précédente.

Article 12

Un comité de surveillance est réuni trimestriellement.

Il exerce pour le compte des entreprises adhérentes des participants actifs et retraités un rôle de veille et de contrôle de fonctionnement du fonds.

Il est composé de représentants des organisations d'employeurs et des organisations syndicales signataires du présent accord.

Le comité est constitué de trois représentants des organisations syndicales signataires par fédération syndicale et d'un nombre égal de représentants d'employeurs.

Les représentants des organisations syndicales de salariés sont désignés par leurs organisations respectives et les représentants des employeurs sont désignés par la FFSA et le GEMA.

Le comité de surveillance a pour missions :

- d'être destinataire de toutes les informations techniques et financières relatives au traité de coassurance ;
- d'émettre, chaque année, un avis sur l'éventuel taux de revalorisation susceptible d'être appliqué aux rentes liquidées ;
- de surveiller les opérations réalisées au titre du traité de coassurance ;
- de proposer aux signataires du présent accord l'habilitation des organismes assureurs pour participer à la coassurance du régime ;
- de faire toute suggestion visant à améliorer le fonctionnement du fonds de pension.

Article 13

La commission paritaire professionnelle se réunit annuellement pour examiner les conditions d'atteinte des objectifs de rendement du fonds de pension.

Article 14

Les annexes I, II et III de l'accord du 17 juillet 1996 sont supprimées et remplacées par une nouvelle annexe I correspondant au traité de coassurance visé au dernier alinéa de l'article 7.

Fait à Paris, le 24 juin 2013.

(1) Les sociétés d'assurances et organismes professionnels avaient la possibilité, lors de la mise en place du régime, de conclure des accords dérogoires reconnus conformes au cahier des charges par la commission d'habilitation créée à cet effet, et leur permettant de faire un autre choix que celui du mécanisme de coassurance en souscrivant un contrat d'assurance.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FFSA ;
GEMA.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;
SNCAPA CFE-CGC ;
SNIA CFE-CGC ;
CFE-CGC assurance ;
SNAATAM CFE-CGC ;
FBA CFDT.

ANNEXE I

TRAITÉ DE COASSURANCE RELATIF AU FONCTIONNEMENT DU FONDS DE PENSION ORGANISÉ ET GÉRÉ AU NIVEAU PROFESSIONNEL

PRÉAMBULE

Le présent contrat s'inscrit dans le contexte de l'ensemble des dispositions conventionnelles adoptées au plan professionnel ⁽¹⁾ pour mettre en place, à effet du 1^{er} janvier 1996, un dispositif de fonds de pension fonctionnant selon le mécanisme de la capitalisation et destiné à la constitution d'une retraite supplémentaire sous forme de rente viagère, en contrepartie de cotisations prédéfinies.

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Objet

Le présent contrat, régi par le code des assurances, a pour objet de définir les règles et modalités de fonctionnement du fonds de pension organisé et géré dans le cadre professionnel, en application de l'article 5 de l'accord professionnel du 17 juillet 1996 et de l'article 1^{er} de l'avenant du 17 juillet 1998 auxquels se substitue le protocole d'accord du 24 juin 2013.

Article 2

Entreprises adhérentes

Ce sont toutes les sociétés et organismes qui, en application de l'accord professionnel du 17 juillet 1996 auquel se substitue le protocole d'accord du 24 juin 2013, adhèrent obligatoirement au contrat, sauf à avoir souscrit un régime dérogatoire avant le 31 décembre 1999.

Peuvent également adhérer au contrat les entreprises ou organismes qui, sans être tenus par ledit accord, relèvent du champ du code des assurances.

L'adhésion résulte d'un bulletin d'adhésion par lequel l'entreprise s'engage à satisfaire aux obligations du contrat.

Article 3

Prise d'effet. – Durée. – Résiliation du contrat

Le présent contrat produit ses effets du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2013. Au-delà, il est reconduit d'année en année par tacite reconduction, sauf résiliation par les souscripteurs ou par l'assureur au moins 6 mois avant la date anniversaire de sa date d'effet.

Hormis le cas de transfert des provisions mathématiques à un autre assureur, l'assureur garantit le versement aux assurés des rentes viagères constituées sur la tête de ceux-ci et de leurs ayants droit, conformément à la réglementation en vigueur.

La résiliation doit être exprimée sous forme de lettre recommandée avec avis de réception.

La dénonciation du protocole d'accord du 24 juin 2013 entraîne la résiliation du contrat à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit.

(1) Accord du 2 février 1995, avenant du 7 juillet 1995, accord du 28 décembre 1995, accord du 17 juillet 1996, avenant du 28 novembre 1996, avenant du 8 septembre 1997, avenant du 17 juillet 1998, accord du 14 janvier 1999, avenant du 17 février 1999 à l'accord du 6 décembre 1995, avenant du 18 juin 2008 et protocole d'accord du 24 juin 2013.

Article 4

Adhésion et cessation d'adhésion des entreprises

L'adhésion des entreprises existantes à la date du 1^{er} janvier 1996 prend effet rétroactivement à cette même date.

Pour les entreprises créées ultérieurement, l'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la date de leur entrée en activité telle que fixée par leurs statuts.

La cessation d'adhésion ne peut résulter que de la cessation d'activité de l'entreprise.

Article 5

Les assurés

A effet du 1^{er} janvier 2014, sont obligatoirement assurés tous les salariés (ci-après désignés « les participants ») des entreprises adhérentes qui relèvent des conventions et accords collectifs des 27 mai et 27 juillet 1992, 3 mars 1993 concernant les cadres de direction, 27 mars 1972 et 13 novembre 1967, qui ont acquis une ancienneté de 1 année au sein d'une ou plusieurs entreprises visées au même article, au titre d'un ou plusieurs contrats de travail successifs ou non.

L'affiliation prend effet au premier jour du mois au cours duquel la condition d'ancienneté est remplie.

Article 6

Obligations des entreprises adhérentes

Les entreprises adhérentes s'engagent à :

- verser à l'assureur les cotisations aux échéances fixées ;
- affilier tout leur personnel concerné ;
- fournir à l'assureur toutes les données techniques, administratives, notamment les déclarations de rémunération, servant au calcul et à la vérification des cotisations ;
- transmettre au personnel affilié les informations visées à l'article 7 qui lui sont destinées.

Article 7

Information des participants et des entreprises

L'assureur s'engage à établir, à l'intention de l'ensemble des bénéficiaires, une notice d'information ainsi qu'un relevé de compte individuel annuel. Il communique aux participants, chaque année, les informations prévues à l'article L. 132-22 du code des assurances et d'une façon générale toutes informations imposées par la réglementation.

Par ailleurs, outre l'information du comité prévu au titre IV, l'assureur fournira annuellement aux entreprises ainsi qu'aux participants en activité et retraités une information sur les résultats de sa gestion et sur les décisions prises en matière de revalorisation des rentes.

Article 8

Informatique et libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, l'assureur est amené à recueillir auprès des entreprises adhérentes des données personnelles concernant les participants, protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Les données recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter.

Le responsable du traitement de ces données personnelles est l'assureur qui les utilise pour les finalités suivantes : gestion de la relation d'assurance, études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent.

A ce titre, le participant est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec l'assureur pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de l'assureur qui interviennent dans la réalisation de tout service aux seules fins d'exécution du présent traité ;
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'assureur.

Enfin, toute déclaration fausse ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. A cet effet, le participant peut obtenir une copie des données personnelles le concernant par courrier adressé à l'assureur en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Article 8.1

Informations générales

L'autorité de contrôle est l'ACP située 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

TITRE II

COTISATIONS

Article 9

Assiette et taux des cotisations

Les salaires qui servent d'assiette au calcul des cotisations sont les salaires bruts sur la base desquels sont déterminées les cotisations au régime général de la sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont ceux prévus à l'article 6 du protocole d'accord du 24 juin 2013.

Article 10

Versement des cotisations

Les entreprises adhérentes sont tenues de régler mensuellement les cotisations à l'assureur, au début de chaque mois pour le mois écoulé.

Des pénalités sont appliquées en cas de retard.

Article 11

Précompte des cotisations

Les cotisations qui seraient mises à la charge des salariés font l'objet d'un précompte par l'employeur sur le bulletin de paie.

Article 12

Déclarations à l'assureur

Les entreprises adhérentes fournissent à l'assureur, au début de chaque mois, les informations nécessaires au calcul et à la vérification des cotisations du mois écoulé, ainsi que les éléments d'identification des participants entrés dans l'entreprise ou l'ayant quittée au cours de ce mois.

En outre, elles adressent à l'assureur, au début de chaque année civile, les informations nécessaires aux régularisations éventuelles de cotisations de l'année écoulée et toutes données individuelles sur les participants nécessaires au fonctionnement et à la gestion du contrat.

Article 13

Affectation des cotisations

Les cotisations nettes de chargements et de taxes réglées pour le compte de chaque participant sont affectées à un compte individuel ouvert à son nom.

Article 14

Maintien du versement des cotisations dans certaines circonstances

Les cotisations mentionnées à l'article 9 ci-dessus restent dues tant par l'entreprise que par le salarié dans tous les cas où, malgré l'absence de ce dernier pour cause de maladie, maternité, l'entreprise est tenue, en application des conventions collectives de travail, de compléter les indemnités journalières de la sécurité sociale à concurrence du salaire net.

En cas de travail à temps partiel, quelles qu'en soient les modalités, il est possible de verser des cotisations d'un montant équivalent à celles qui seraient versées pour la même activité exercée à temps complet, sous réserve soit d'un accord conclu au niveau de l'entreprise, soit, pour la cotisation à la charge de l'entreprise, d'une décision expresse de la direction.

Article 14.1

Régime d'entreprise

Les entreprises adhérentes en application de l'article 4 ont la possibilité de compléter ladite adhésion afin que les cotisations dues au titre d'un régime de retraite supplémentaire à cotisations définies institué par elles en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale soient versées au titre du présent contrat. Les articles 10 à 13 sont applicables. Un avenant spécifique d'adhésion complémentaire est signé par chaque entreprise concernée.

Article 14.2

Versements volontaires

Chaque salarié ayant la qualité de participant a la possibilité d'effectuer des versements volontaires complémentaires, soit périodiques, soit exceptionnels, notamment dans le cadre et les limites prévus aux articles L. 3153-3 et, le cas échéant, L. 3334-8 du code de travail. Ces versements sont réalisés dans les conditions définies au sein de chaque entreprise. Les articles 12 et 13 sont applicables à ces versements.

TITRE III PRESTATIONS

CHAPITRE I^{ER}

CONSTITUTION DE LA RETRAITE

Article 15

Principes généraux de constitution

La phase de constitution de la retraite est celle qui précède la mise en service de celle-ci, sous forme d'une rente, selon les modalités fixées aux chapitres II, III et IV ci-après.

La constitution des droits à retraite s'effectue, sauf choix différent du participant, selon le mode de la rente viagère différée et conformément aux modalités déterminées dans la section 1 ci-dessous.

Le participant a toutefois la faculté, s'il le désire, d'opter pour le mode « compte de retraite en euros », ou le mode « compte de retraite en unités de compte », selon les dispositions des sections 2 et 3 ci-après. Dans ce cas, le participant doit exprimer son choix par écrit au moment de son affiliation, par lettre recommandée avec avis de réception.

Ce choix est modifiable chaque année à effet du 1^{er} janvier qui suit. La modification ne s'applique qu'aux cotisations versées à partir de ce 1^{er} janvier et sous réserve qu'elle ait été communiquée à l'assureur avant le 1^{er} décembre précédent.

Le choix et ses éventuelles modifications sont transmis à l'assureur par l'entreprise employeur sous forme de lettre recommandée avec avis de réception.

Section 1 Rente viagère différée

Article 16

Constitution de la retraite sous le mode « rente viagère différée »

Les cotisations affectées au compte individuel du participant, nettes de taxes et de chargements sur primes visés à l'article 27, sont immédiatement traduites en éléments de rente viagère future, servie à 65 ans et non réversible, générant ainsi, au fur et à mesure de leur versement, des droits de retraite exprimés en euros.

A compter du 1^{er} janvier 2014, la conversion en éléments de rente viagère différée des cotisations nettes de taxes et de chargements pour frais de gestion tient compte :

- de l'âge du participant déterminé à la date d'affectation de la cotisation (déterminé par différence entre le millésime de la date de calcul et le millésime de naissance) ;
- d'un taux technique net ⁽¹⁾ nul ;
- de la table de mortalité en vigueur à la date d'affectation de la cotisation ;
- d'un prélèvement pour frais de gestion des rentes visé à l'article 27.

L'assureur garantit au début de chaque exercice un taux minimum de revalorisation pour l'exercice civil conformément aux articles A. 132-2 et A. 132-3 du code des assurances.

Si un compte est clôturé en cours d'année, la somme des éléments de rente inscrits sur ce compte sera augmentée par le jeu des intérêts acquis depuis le 1^{er} janvier au prorata de la durée d'investissement. Ces intérêts sont calculés sur la base de ce taux minimum garanti.

Au cours de cette phase de constitution de la retraite, la somme des éléments de rentes inscrits au compte de chaque participant sera augmentée, chaque année, par le jeu de la participation aux excédents telle qu'elle a été fixée pour l'exercice en application de l'article 25, et déterminée par les comptes annuels de résultat (art. 17, 18.1, 23), et par le compte administratif (art. 28).

Article 17

Rente viagère différée. – Compte annuel de résultats

L'assureur établit chaque année un compte de résultats de la gestion de l'ensemble des éléments de rente viagère en cours de constitution pour la totalité des participants concernés.

A cet effet sont portés respectivement :

Au crédit :

- les provisions mathématiques des rentes viagères différées en cours de constitution au 31 décembre précédent ;
- les cotisations de l'exercice qui s'achève, nettes de taxes ;
- les transferts provenant d'un dispositif de même nature ;

(1) Définitions des taux techniques :

Taux technique brut : couvre les chargements sur provisions mathématiques tels que définis à l'article 27 ainsi que les frais de gestion financière indiqués à l'article 26.

Taux technique net : correspond au taux technique brut déduction faite des chargements sur provisions mathématiques (art. 27) et frais (art. 26). Ce taux ne pourra jamais être négatif.

- les produits financiers de l'exercice qui s'achève, au taux de placement brut de l'assureur, tel que défini à l'article 26, après dotation et prélèvement aux provisions légales ;
- les capitaux constitutifs nécessaires à la revalorisation des éléments de rente viagère différée de l'exercice précédent affectés au 1^{er} janvier de l'exercice qui s'achève prévus à l'article 24.

Au débit :

- les provisions mathématiques des rentes viagères différées en cours de constitution au 31 décembre de l'exercice qui s'achève ;
- les capitaux constitutifs des rentes mises en service pendant l'exercice qui s'achève ;
- les capitaux en cas de décès, invalidité, chômage, versés pendant l'exercice qui s'achève ;
- les transferts vers un dispositif de même nature ;
- les chargements sur cotisations et sur provisions mathématiques pour leur montant indiqué à l'article 27 ;
- le report éventuel du solde débiteur de l'exercice précédent.

Lorsque le solde de ce compte est créditeur, l'assureur reçoit 10 % de ce solde lui-même augmenté des intérêts du taux technique net, cette participation ne pouvant en aucun cas excéder le montant du solde lui-même. Il affecte le reliquat éventuel du solde, net de ce prélèvement, au compte de revalorisation (art. 24) à titre de participation aux excédents.

Section 2

Compte de retraite en euros

Article 18

Constitution de la retraite sous le mode « compte de retraite en euros »

Les cotisations affectées au compte individuel du participant, nettes de taxes et de chargement pour frais sur primes visés à l'article 27, sont capitalisées à un taux technique net ⁽¹⁾ nul à effet du premier jour de la quinzaine qui suit la date de leur encaissement par l'assureur. Elles viennent augmenter les provisions mathématiques du compte individuel du participant.

L'assureur garantit au début de chaque exercice un taux minimum de revalorisation pour l'exercice civil conformément aux articles A. 132-2 et A. 132-3 du code des assurances.

Si un compte est clôturé en cours d'année, les provisions mathématiques inscrites au compte de chaque participant seront augmentées par le jeu des intérêts acquis depuis le 1^{er} janvier au prorata de la durée d'investissement. Ces intérêts sont calculés sur la base de ce taux minimum garanti.

Au cours de cette phase de constitution de la retraite, les provisions mathématiques inscrites au compte de chaque participant seront augmentées, chaque année, par le jeu de la participation aux excédents telle qu'elle a été fixée pour l'exercice en application de l'article 25, et déterminée par les comptes annuels de résultat (art. 17, 18.1, 23), et par le compte administratif (art. 28).

L'assureur établit chaque année un compte de résultats pour la totalité des participants concernés.

Article 18.1

Compte de résultat

A cet effet sont portés respectivement :

Au crédit :

- les provisions mathématiques au 31 décembre précédent ;
- le montant correspondant à la revalorisation des provisions mathématiques de l'exercice précédent affectée au 1^{er} janvier de l'exercice qui s'achève prévu à l'article 24 ;

(1) Définitions des taux techniques :

Taux technique brut : couvre les chargements sur provisions mathématiques tels que définis à l'article 27 ainsi que les frais de gestion financière indiqués à l'article 26.

Taux technique net : correspond au taux technique brut déduction faite des chargements sur provisions mathématiques (art. 27) et frais (art. 26). Ce taux ne pourra jamais être négatif.

- les cotisations de l'exercice qui s'achève, nettes de taxes ;
- les transferts provenant d'un dispositif de même nature ;
- les produits financiers de l'exercice qui s'achève, au taux de placement brut de l'assureur, tel que défini à l'article 26, après dotation et prélèvement aux provisions légales.

Au débit :

- les provisions mathématiques au 31 décembre de l'exercice qui s'achève ;
- les capitaux constitutifs des rentes mises en service pendant l'exercice qui s'achève ;
- les capitaux en cas de décès, invalidité, chômage, versés pendant l'exercice qui s'achève ;
- les transferts vers un dispositif de même nature ;
- les chargements sur prime et sur provisions mathématiques pour leur montant indiqué à l'article 27 ;
- le report éventuel du solde débiteur de l'exercice précédent.

Lorsque le solde de ce compte est créditeur, l'assureur reçoit 10 % de ce solde lui-même augmenté des intérêts du taux technique net, cette participation ne pouvant en aucun cas excéder le montant du solde lui-même. Il affecte le reliquat éventuel du solde, net de ce prélèvement, au compte de revalorisation (art. 24) à titre de participation aux excédents.

Section 3

Compte de retraite en unités de compte

Article 19

Constitution de la retraite sous le mode « compte de retraite en unités de compte »

Les cotisations affectées au compte individuel du participant, nettes de taxes et de chargements pour frais sur primes visés à l'article 27, sont consacrées à l'achat d'unités de compte en nombre égal au rapport entre ces cotisations nettes et la valeur liquidative de l'unité de compte à la date de valeur de l'opération.

La date de valeur est fixée au premier mardi de la semaine qui suit l'encaissement de la cotisation par l'assureur. Si ce jour est férié pour la Bourse, on retient le premier jour ouvré qui suit.

L'assureur prélève chaque année, par la vente d'unités de compte, un montant égal au produit des encours gérés par le chargement sur provisions mathématiques visé à l'article 27.

Article 20

Compte de retraite en unités de compte. – Modalités

La valeur liquidative de chaque unité de compte est fixée à la date d'effet du contrat. Elle suit quotidiennement l'évolution de la valeur liquidative des OPCVM qui la composent.

Le montant en euros inscrit au compte individuel du participant est déterminé par la multiplication du nombre d'unités de compte qui y sont inscrites par la valeur liquidative de l'unité de compte à la date considérée.

Les participants âgés d'au moins 55 ans peuvent demander la conversion en euros des droits exprimés en unités de compte. S'ils le font, à compter de la date de conversion, les nouveaux versements de cotisations sont affectés dans les conditions visées à l'article 18.

Cette possibilité de conversion est rappelée par l'assureur aux participants lorsqu'ils atteignent l'âge de 55 ans.

Article 21

Compte de retraite en unités de compte. – Information des assurés

A compter du 1^{er} janvier 2000, le descriptif de l'OPCVM sera remis aux assurés.

L'évolution de la composition de l'OPCVM et de la valeur de la part de l'OPCVM sera communiquée tous les trimestres au comité prévu au titre IV et transmise une fois par an aux assurés.

CHAPITRE II

MONTANT ET REVALORISATION DE LA RETRAITE

Article 22

Montant de la retraite

Selon le mode de constitution retenu par le participant, le montant initial de sa retraite à la date de mise en service est obtenu comme suit.

1. Rente viagère différée

Le montant initial de la retraite acquise est égal au cumul des éléments de rente constitués année après année sur le compte individuel du participant, selon les modalités prévues aux articles 16 et 17 ci-dessus.

Ce montant est affecté, s'il y a lieu :

- d'un coefficient d'abattement pour anticipation, en cas de liquidation avant 65 ans ;
- d'un coefficient de majoration pour prorogation, en cas de liquidation après 65 ans ;
- d'un coefficient d'abattement pour réversion au profit des bénéficiaires visés à l'article 34.

Les coefficients d'anticipation, de prorogation et de réversion sont fixés de façon à assurer la neutralité actuarielle, sur la base de la table en vigueur à la date de liquidation, et seront révisés en fonction de l'évolution de celle-ci.

L'âge est calculé par différence entre le millésime de la date de calcul et le millésime de naissance.

2. Compte de retraite en euros ou en unités de compte

A compter du 1^{er} janvier 2014, le montant individuel de la retraite acquise résulte de la conversion en rente viagère immédiate du montant du compte individuel de retraite du participant, en fonction de son âge, de la table de mortalité en vigueur à la date de liquidation, du taux technique net ⁽¹⁾ nul et s'il y a réversion, en fonction du taux de réversion retenu, de l'âge des bénéficiaires visés à l'article 34 à la date de liquidation.

L'âge est calculé par différence entre le millésime de la date de calcul et le millésime de naissance.

Au cours de cette phase de liquidation de la retraite, les provisions mathématiques inscrites au compte de chaque participant seront augmentées, chaque année, par le jeu de la participation aux excédents telle qu'elle a été fixée pour l'exercice en application de l'article 25, et déterminée par les comptes annuels de résultat (art. 17, 18.1, 23), et par le compte administratif (art. 28).

L'assureur garantit au début de chaque exercice un taux minimum de revalorisation pour l'exercice civil conformément aux articles A. 132-2 et A. 132-3 du code des assurances.

(1) Définitions des taux techniques :

Taux technique brut : couvre les chargements sur provisions mathématiques tels que définis à l'article 27 ainsi que les frais de gestion financière indiqués à l'article 26.

Taux technique net : correspond au taux technique brut déduction faite des chargements sur provisions mathématiques (art. 27) et frais (art. 26). Ce taux ne pourra jamais être négatif.

Article 23

Compte de résultat des rentes en cours de service

Chaque année, l'assureur établit un compte de résultat technique et financier pour l'ensemble des rentes en cours de service au 31 décembre de l'exercice, quel qu'ait été leur mode de constitution.

On y porte :

Au crédit :

- les provisions mathématiques des rentes viagères en cours de service au 31 décembre de l'exercice précédent ;
- les capitaux constitutifs des rentes viagères mises en service pendant l'exercice qui s'achève ;
- les capitaux constitutifs des éléments de revalorisation des rentes en cours de service prélevés au cours de l'exercice sur le compte de revalorisation prévus à l'article 24 ;
- les produits financiers de l'exercice qui s'achève, au taux de placement brut de l'assureur, tel que défini à l'article 26, après dotation et prélèvement aux provisions légales.

Au débit :

- les provisions mathématiques des rentes en cours de service au 31 décembre de l'exercice qui s'achève ;
- le report du solde débiteur éventuel du compte de résultat de l'exercice précédent ;
- les arrérages de rente versés au cours de l'exercice qui s'achève ;
- les chargements de gestion sur arrérages et sur provisions mathématiques, pour leur montant indiqué à l'article 27.

Lorsque le solde de ce compte est créditeur, l'assureur reçoit 10 % de ce solde lui-même augmenté des intérêts du taux technique net, cette participation ne pouvant en aucun cas excéder le montant du solde lui-même. Il affecte le reliquat éventuel du solde, net de ce prélèvement, au compte de revalorisation (art. 24) à titre de participation aux excédents.

Article 24

Compte de revalorisation

L'assureur fait fonctionner le compte de revalorisation visé aux articles 17, 18.1 et 23 ci-dessus en portant :

Au crédit :

- le solde créditeur au 31 décembre précédent ;
- la participation aux excédents dégagée par les comptes annuels de résultat comme il est dit aux articles 17, 18.1 et 23 ;
- la participation aux excédents dégagée par le compte administratif comme il est dit à l'article 28 ;
- les produits financiers de l'exercice qui s'achève, au taux de placement brut de l'assureur, tel que défini à l'article 26, après dotation et prélèvement aux provisions légales.

Au débit : les montants nécessaires à la revalorisation des provisions mathématiques figurant aux comptes individuels des participants (art. 17, 18.1 et 23), tels qu'ils auront été fixés pour l'exercice et pour chaque mode de constitution, en application de l'article 25.

En aucun cas, le compte de revalorisation ne peut être débiteur.

Le compte de revalorisation est débité, chaque année, des sommes nécessaires à la revalorisation décidée en application de l'article 25. En tout état de cause, ce prélèvement ne peut être inférieur à la quote-part éventuelle de la participation aux excédents affectée à ce compte de revalorisation, huit années plus tôt et non distribuée, conformément au code des assurances.

Article 25

Revalorisation des retraites

Chaque année, à compter de l'exercice 2014, après établissement du compte de résultat prévu à l'article 23, l'assureur informe le comité de surveillance prévu au titre IV desdits résultats et de la situation du compte de revalorisation.

En fonction de ces informations, le comité de surveillance émet un avis sur :

- l'éventuel taux de revalorisation susceptible d'être appliqué aux rentes liquidées, en tenant compte de la situation respective des rentes liquidées avec le taux technique net en vigueur avant le 1^{er} janvier 2014 et des rentes liquidées avec le taux technique net en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2014 ;
- l'éventuel taux de revalorisation susceptible d'être appliqué aux rentes différées, en tenant compte de la situation respective des rentes différées constituées avec le taux technique net en vigueur avant le 1^{er} janvier 2014 et des rentes différées constituées avec le taux technique net en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2014 ;
- l'éventuel taux de participation bénéficiaire susceptible d'être appliqué aux provisions mathématiques pour les comptes de retraite en euros.

Au vu de cet avis et compte tenu des perspectives à moyen et long termes, l'assureur arrête les 3 taux évoqués, sachant que ces derniers ne pourraient pas être inférieurs aux 3 taux garantis en début d'année par l'assureur.

CHAPITRE III

Taux de placement et chargements pour frais de gestion

Article 26

Taux de placement de l'assureur

Les produits financiers visés dans les comptes annuels de résultats sont égaux à 100 % des revenus des placements réalisés par l'assureur, afférents aux provisions mathématiques.

Les revenus des placements correspondent aux éléments suivants :

- les revenus du portefeuille, nets des frais de gestion financière, ces frais étant eux-mêmes évalués à 0,10 % des actifs gérés ;
- les plus-values réalisées, nettes des moins-values ;
- la variation de la réserve de capitalisation ;
- la variation des provisions pour dépréciation de valeurs en portefeuille ;
- la variation de toute autre provision réglementaire.

Le taux de placement brut de l'assureur correspond au rapport entre les produits financiers ainsi définis et les provisions mathématiques pondérées par les durées de placement (en fonction des dates de valeur).

Le taux de placement net de l'assureur correspond au taux de placement brut de l'assureur diminué du chargement sur provisions mathématiques.

Concernant les comptes de retraite en unités de compte, le taux de placement net de l'assureur correspond à l'accroissement de la valeur totale de la part d'OPCVM, diminué du chargement sur provisions mathématiques.

Article 27

Chargements pour frais de gestion

Un chargement sur cotisations est prélevé lors de chaque versement de cotisations nettes, à raison de 3 % desdites cotisations. Le taux est, à effet du 1^{er} janvier 2014, fixé à 2,3 %.

Un chargement sur provisions mathématiques est déterminé en fin d'exercice sur la base de 0,5 % de la demi-somme des provisions mathématiques constatées au 1^{er} janvier et au 31 décembre de l'exercice. Le taux est, à effet du 1^{er} janvier 2014, fixé à 0,3 %.

Un chargement sur arrérages de rentes est provisionné lors de la conversion des cotisations en rente viagère différée ou des provisions mathématiques en rente viagère immédiate, à raison de 3 % des provisions mathématiques des rentes différées ou immédiates, selon le cas.

Au terme de chaque exercice, l'écart entre les frais de gestion réellement exposés et les ressources résultat des taux de chargement ci-dessus prévus est pris en compte dans le mécanisme de compte technique administratif décrit à l'article 28.

Article 28

Compte administratif

Ce compte technique est commun aux phases d'acquisition des droits et de service de la retraite.

A cet effet, sont portés respectivement :

Au crédit : les chargements pour frais de gestion définis à l'article 27, sur cotisations, sur provisions mathématiques et sur rentes.

Au débit : les frais réels de l'assureur, au titre de la gestion.

Lorsque le solde de ce compte est créditeur, il est affecté au compte de revalorisation visé à l'article 24 au titre de la participation aux excédents de gestion administrative.

Lorsque le solde de ce compte est débiteur, il est imputé en priorité sur le solde créditeur des comptes de résultat, après prélèvement de l'assureur, des phases d'acquisition des droits et de service de la retraite.

En cas d'insuffisance de ce dernier solde, le solde débiteur du compte technique administratif est reporté au débit du compte technique administratif de l'exercice suivant.

CHAPITRE IV

SERVICE DE LA RETRAITE

Article 29

Conditions de mise en service

La liquidation, c'est-à-dire le premier versement de la rente viagère, intervient à la demande du participant, à condition que celui-ci ait cessé son activité professionnelle.

L'âge normal de mise en service de la rente est 65 ans.

Mais cette liquidation peut être obtenue avant d'avoir atteint cet âge, au plus tôt à partir de l'âge où la liquidation de la retraite peut intervenir dans le régime général de la sécurité sociale.

Elle peut également intervenir à un âge quelconque au choix du participant après l'âge normal de la retraite, soit 65 ans.

Article 30

Modalités de versement de la rente

La rente est versée trimestriellement et d'avance. La prise d'effet est fixée au premier jour du mois qui suit celui de la demande de mise en service par le participant.

La demande de liquidation est adressée à l'assureur par écrit.

Le premier versement trimestriel intervient au début du trimestre civil qui suit la demande de liquidation dès lors que celle-ci a été formulée par le participant 2 mois au moins avant le premier jour dudit trimestre civil. Sinon, le premier versement, reporté au début du trimestre civil suivant, sera rétroactif à la date de prise d'effet fixée au premier alinéa.

Article 31

Exceptions au service d'une rente viagère

Par exception au principe posé à l'article 15, la retraite peut faire l'objet d'un versement unique, sous forme d'un capital égal à la provision mathématique en euros constituée sur le compte du participant, dans les cas ci-après.

1. Retraite de faible montant

Lorsque le montant de retraite acquis par le participant conduit à une rente viagère trimestrielle inférieure à un montant fixé par l'article A. 160-2 du code des assurances, il est proposé au participant, ou à ses ayants droit, le choix entre le versement du capital mentionné ci-dessus ou une périodicité de versement semestrielle ou annuelle de la rente.

2. Autres cas

Dans les cas limitativement énoncés ci-après, le participant peut obtenir, sans condition d'âge, sur sa demande, le versement du capital mentionné ci-dessus :

- expiration des droits de l'assuré aux allocations chômage prévues par le code du travail en cas de licenciement, ou le fait pour un assuré qui a exercé des fonctions d'administrateur, de membre du directoire ou de membre de conseil de surveillance, et n'a pas liquidé sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse, de ne pas être titulaire d'un contrat de travail ou d'un mandat social depuis 2 ans au moins à compter du non-renouvellement de son mandat social ou de sa révocation ;
- cessation d'activité non salariée de l'assuré à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire en application des dispositions du livre VI du code de commerce ou toute situation justifiant ce rachat selon le président du tribunal de commerce auprès duquel est instituée une procédure de conciliation telle que visée à l'article L. 611-4 du code de commerce, qui en effectue la demande avec l'accord de l'assuré ;
- invalidité de l'assuré correspondant au classement dans les 2^e ou 3^e catégories prévues à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- décès du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- situation de surendettement de l'assuré définie à l'article L. 330-1 du code de la consommation, sur demande adressée à l'assureur, soit par le président de la commission de surendettement des particuliers, soit par le juge lorsque le déblocage des droits individuels résultant de ces contrats paraît nécessaire à l'apurement du passif de l'intéressé.

Par ce versement, le participant et ses ayants droit sont définitivement remplis de tous leurs droits à l'égard du présent contrat.

Article 32

Cas de décès du participant avant la mise en service de la rente

Si le participant décède avant la liquidation de la rente, le montant de la provision mathématique en euros constituée sur son compte est affecté au versement, à son ou ses ayants droit définis ci-dessous, d'une rente viagère ou d'un capital, au choix du ou des intéressés.

Le versement est effectué dans l'ordre suivant : au conjoint, à défaut aux descendants par égales parts entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses propres descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendant, à défaut aux père et mère par égales parts entre eux ou au survivant en cas de prédécès ou, à défaut, aux héritiers.

Le participant a cependant la faculté, s'il le souhaite, de désigner par avance un ou plusieurs autres bénéficiaires. Leur désignation et toute modification éventuelle de celle-ci peuvent intervenir à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'assureur.

Article 33

Cas de décès du participant après la mise en service de la rente

Lorsque le participant décède après la mise en service de sa rente, son ou ses ex-conjoints ou bien ses enfants à charge tels que définis à l'article 34 reçoivent une rente de réversion déterminée sur la base de 60 % de la rente en cours de service.

Toutefois, le participant a la faculté, au moment de la mise en service de sa rente, de renoncer à toute réversion ou de choisir une réversion au taux de 100 % au lieu de 60 %. Ce choix est irréversible puisqu'il constitue un élément déterminant de la rente trimestrielle versée au participant lui-même, le montant de cette rente étant naturellement calculé en fonction de ce paramètre. La renonciation à la réversion ou le choix du taux de 100 % doivent faire l'objet d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'assureur.

Pendant le service de la rente, si la situation matrimoniale du participant se modifie par divorce ou remariage ou celle des ex-conjoints par remariage, le montant de la rente est recalculé en fonction de cette nouvelle situation, sauf naturellement le cas de renonciation irréversible à la réversion, comme il est prévu ci-dessus. Le participant a l'obligation d'informer l'assureur de sa situation matrimoniale passée et actuelle lors de la liquidation de sa retraite et de toute évolution ultérieure.

Les dispositions de l'article 31.1 s'appliquent le cas échéant.

Article 34

Bénéficiaire(s) de la réversion

Sont susceptibles d'ouvrir droit au service d'une rente de réversion au titre de l'article 33 :

1. Le conjoint et/ou les ex-conjoints survivants non remariés, quelle que soit, le cas échéant, la cause de la séparation de corps ou du divorce.

En cas de pluralité d'ayants droit répondant, en tant que conjoint ou ex-conjoint(s), aux conditions ci-dessus, les droits à réversion de chacun d'eux sont déterminés au prorata de la durée respective de chaque mariage appréciée à cette date et ultérieurement selon les informations que le participant est tenu de communiquer à l'assureur en application de l'article 35.

2. A défaut de conjoint survivant, au sens ci-dessus, au moment du décès : le ou les enfants à charge et tant qu'il(s) le demeure(nt).

Les enfants à charge sont ceux reconnus comme tels pour l'application de la législation fiscale.

La rente servie aux enfants à charge est déterminée :

- sur la base de la provision mathématique des rentes leur revenant, répartie par parts égales entre chacun d'eux ;
- et, une fois cette répartition opérée, en fonction de la durée, compte tenu de la législation fiscale, pendant laquelle, vu son âge, chaque enfant serait resté à la charge du participant décédé.

En cas de présence d'ex-conjoints survivants non remariés, la part des provisions mathématiques revenant aux enfants à charge est réduite de celle correspondant à la durée du mariage du participant décédé avec ce ou ces ex-conjoints.

Le versement de la rente de réversion au bénéfice du conjoint survivant ou d'ex-conjoint(s) ne peut intervenir avant que ceux-ci aient atteint l'âge de 50 ans.

Pour le ou les enfants à charge, elle est immédiate dans les mains, soit de l'enfant s'il est majeur, soit de la personne qui en a légalement la garde.

CHAPITRE V
PORTABILITÉ ET TRANSFÉRABILITÉ DES DROITS

Article 35

Portabilité

Le participant qui quitte l'entreprise adhérente a toujours la possibilité de conserver son compte individuel dans le cadre du contrat, même s'il n'est plus alimenté de cotisations nouvelles.

Lorsqu'un participant quitte l'entreprise avant d'avoir fait liquider ses droits, l'assureur lui adresse dans un délai de 3 mois à compter de la date à laquelle les cotisations ne sont plus versées, une note d'information sur ses droits mentionnant notamment, les modalités et conditions selon lesquelles il en obtiendra la liquidation et les conditions et délais de leur transfert à un autre assureur.

L'intéressé qui n'est plus tenu d'être participant parce que son contrat de travail a cessé peut demander le transfert de son compte individuel :

- vers un autre contrat d'assurance destiné au financement des prestations d'un régime supplémentaire de retraite revêtant un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, si le participant devient salarié d'une autre entreprise ayant souscrit un tel contrat, ou
- vers un plan d'épargne retraite populaire défini à l'article 108 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

La demande de transfert s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception. La valeur de transfert, dont le montant est égal à la valeur du compte individuel de retraite le dernier jour du mois précédant la date de réception de la demande, est notifiée à l'intéressé ainsi qu'à l'entreprise d'assurance du contrat d'accueil dans un délai de 3 mois à compter de la date de la demande. Cette notification est accompagnée de l'indication des délais et modalités selon lesquelles l'intéressé peut renoncer au transfert.

L'intéressé dispose d'un délai de 15 jours à compter de la date de notification de la valeur de transfert pour renoncer au transfert.

Le transfert est réalisé, sans valeur de réduction et sans frais, au plus tard 2 mois après présentation de la demande de transfert, laquelle doit indiquer clairement les références du contrat au titre duquel doit être réalisé le transfert. L'assureur vérifie que le contrat correspond à un contrat susceptible de recevoir le transfert.

Article 36

Transférabilité

L'entreprise qui cesse d'adhérer au contrat dans les conditions prévues à l'article 4 peut demander le transfert de l'ensemble des provisions mathématiques correspondant aux comptes individuels de ses propres salariés. Dans ce cas, si le portefeuille représentatif de ces provisions se trouve en moins-value latente, le montant transféré est affecté d'un coefficient de moins-value égal au rapport entre la valeur de marché et la valeur comptable de l'actif à la date considérée. En outre, l'entreprise sera tenue d'acquitter les frais afférents au coût de ce transfert. Le transfert ne concerne pas les provisions mathématiques correspondant aux rentes liquidées ou aux comptes individuels des participants qui, à la date du transfert, ne sont plus salariés de l'entreprise, sauf accord exprès de chaque intéressé.

TITRE IV

COMITÉ DE SURVEILLANCE

Article 37

Constitution

Il est constitué un comité composé des organisations d'employeurs et des organisations syndicales de salariés signataires du protocole d'accord du 24 juin 2013.

Le comité est constitué de trois représentants des organisations syndicales signataires par fédération syndicale et d'un nombre égal de représentants des employeurs.

Les représentants des organisations syndicales de salariés sont désignés par leurs organisations respectives et les représentants des employeurs sont désignés conjointement par la FFSA et le GEMA.

Article 38

Attributions

Ce comité exerce un rôle de surveillance des opérations réalisées par l'assureur en application du présent contrat. Il est en outre consulté comme il est dit à l'article 25.

A cet effet, le comité est réuni trimestriellement par l'assureur qui lui rend compte de l'exécution de sa mission.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 39

Révision et adaptation du contrat

Le présent contrat ne peut être modifié que par accord entre l'assureur et les souscripteurs, après avis favorable du comité prévu au titre IV, ou bien par avenant au protocole d'accord du 24 juin 2013.

Ces modifications devront, le cas échéant, intervenir dans les hypothèses envisagées à l'article 10 dudit accord.

Fait à Paris, le 24 juin 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Souscripteurs :

FFSA ;
GEMA.

Assureur :

BCAC.

ANNEXE

Liste des coassureurs du contrat d'assurances relatif au fonctionnement du fonds de pension organisé et géré au niveau professionnel

COASSUREUR	PART
ALLIANZ ex-AGF	13
ALLIANZ ex-Allianz	5
ALLIANZ ex-PFA assurances	5
AVIVA VIE	8
AXA France	30
CNP	1
GROUPAMA GAN VIE	10
GENERALI VIE	7
Groupe PREVOIR	1
MONDIALE (La)	2
QUATREM	12
SWISS LIFE assurances et patrimoine	1
SWISS LIFE prévoyance et santé	1
Total	96

Brochure n° 3265

Convention collective nationale
IDCC : 1672. – SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

ACCORD DU 24 JUIN 2013
RELATIF AU RÉGIME PROFESSIONNEL DE PRÉVOYANCE
NOR : ASET1351047M

PRÉAMBULE

Le présent protocole a pour objet d'intégrer au règlement du régime professionnel de prévoyance les évolutions législatives et réglementaires récentes dont notamment la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire.

La loi du 14 juin 2013 susvisée qui transpose l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 a renforcé la portabilité des droits des salariés en matière de couverture complémentaire santé et prévoyance (augmentation de la durée du maintien des garanties, financement mutualisé du maintien des garanties) et ces évolutions doivent être transposées dans notre règlement.

Le décret susvisé précise la notion de caractère collectif et obligatoire des garanties du régime et liste les critères permettant de définir une catégorie objective de salariés. La prise en compte de ces critères a pour objectif de sécuriser le régime.

Les partenaires sociaux réaffirment leur attachement au régime professionnel de prévoyance, véritable acquis social dans la profession permettant aux salariés de bénéficier d'un socle de garanties minimum, qu'il est nécessaire de sécuriser et d'améliorer au regard de ce qui précède.

Dans cette perspective, les partenaires sociaux conviennent de modifier le règlement du régime professionnel de prévoyance ci-après.

Article unique

Date d'effet

Le présent protocole entre en vigueur au 1^{er} janvier 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FFSA ;
GEMA.

Syndicats de salariés :

FBA CFDT ;
CFE-CGC assurance ;
SNAATAM CFE-CGC ;

SNCAPA CFE-CGC ;
SNCSA CFE-CGC ;
SNIA CFE-CGC ;
CSFV CFTC ;
FSPBA CGT ;
FEC FO (section fédérale des assurances).

ANNEXE

Règlement du régime professionnel de prévoyance du personnel des sociétés d'assurances (5 mars 1962)

(Modifié par le protocole d'accord du 24 juin 2013 et applicable au 1^{er} janvier 2014) ⁽¹⁾

Application du titre V de la convention de retraites et de prévoyance
du personnel des sociétés d'assurances en date du 5 mars 1962

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Objet

Le régime professionnel de prévoyance a pour objet de procurer au personnel des garanties en matière de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité et d'accident survenu au cours d'un déplacement professionnel, ainsi que le remboursement de frais de soins exposés par lui-même et les membres de sa famille, dans les conditions prévues aux articles ci-après.

Article 2

Champ d'application : employeurs

Le présent règlement s'applique obligatoirement :

1. A toutes les sociétés ou organismes entrant dans le champ d'application des conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992, ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;
2. Aux syndicats tels que définis au livre I^{er} de la deuxième partie du code du travail auxquels sont adhérents les employeurs ci-dessus définis ou les membres du personnel desdits employeurs, si ces syndicats se sont engagés à appliquer les accords professionnels en vigueur en matière de retraite et de prévoyance pour le personnel des sociétés d'assurances.

Ces entreprises, organismes ou syndicats sont désignés, dans le présent règlement, sous le terme « employeurs ».

Article 3

Champ d'application : personnel bénéficiaire

Le présent règlement s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés des entreprises, organismes ou syndicats visés à l'article 2 dès lors que ce personnel a une ancienneté chez un même employeur de 3 mois ⁽²⁾.

(1) Compte tenu des protocoles d'accord et avenants modificatifs des 30 janvier 1963, 26 juillet 1966, 11 décembre 1969, 27 octobre 1971, 28 novembre 1973, 4 février 1976, 25 janvier 1977, 29 décembre 1977, 30 juin 1978, 5 janvier 1979, 28 juin 1979, 25 juin 1981, 30 juin 1982, 3 mai 1983, 16 janvier 1984, 11 mai 1984, 31 décembre 1986, 20 décembre 1989, 21 décembre 1990, 4 décembre 1992, 31 décembre 1993, 12 juillet 1994, 6 décembre 1995, 6 mars 1997, 18 novembre 1997, 17 juillet 1998, 17 février 1999, 11 décembre 2000, 14 janvier 2003, 10 février 2003, des avenants des 5 décembre 2005, 21 juin 2006, 18 juin 2008, des protocoles d'accord des 19 juin 2009, 14 décembre 2009, 3 janvier 2011, 5 mars 2012 et 24 juin 2013.

(2) Seule la première affiliation au régime est subordonnée à cette durée de présence chez un même employeur. Par suite, en cas de changement d'employeur, cette première affiliation permet au salarié de bénéficier, dès le premier jour de travail chez ce nouvel employeur, de la réaffiliation immédiate au régime.

Par dérogation, le salarié peut demander à ne pas être affilié lorsqu'il justifie avoir une couverture complémentaire obligatoire relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale auprès d'un autre employeur.

En cas de rupture du contrat de travail survenant alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale pour maladie ou accident, le bénéfice des dispositions du présent règlement est maintenu pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Le personnel bénéficiaire est désigné sous le terme « le personnel ».

Article 4

Obligations de l'employeur

Chaque employeur est tenu :

1. D'affilier au régime professionnel de prévoyance le personnel répondant aux conditions stipulées par le présent règlement ;
2. De précompter, sur la rémunération du personnel, les cotisations à la charge de celui-ci et fixées par le présent règlement ;
3. De verser à l'organisme ou aux organismes gestionnaires, dans les délais indiqués, les cotisations fixées par le présent règlement et de fournir les justifications demandées ;
4. De fournir aux dates prescrites les renseignements nécessaires sur le personnel affilié et, notamment, les déclarations de salaires de tout le personnel affilié figurant sur les contrôles ;
5. De remettre au personnel la notice d'information établie en application de l'article L. 141-4 du code des assurances.

Article 5

Obligations du personnel

Chaque membre du personnel est tenu :

1. D'accepter le précompte, par son employeur, de la cotisation à sa charge prévue par le présent règlement ;
2. De fournir, en principe, par l'intermédiaire de son employeur, tous les renseignements qui lui seront demandés par le ou les organismes gestionnaires ;
3. De se soumettre aux examens médicaux jugés nécessaires par le ou les organismes gestionnaires pour le versement des prestations.

Le fait de ne pas se soumettre aux obligations précitées est susceptible d'entraîner la suspension du service des prestations et la répétition des sommes indûment perçues, sans préjudice de toutes autres actions qui pourraient être intentées auprès des tribunaux compétents.

TITRE II

GARANTIES

Section 1

Traitement de base servant à la détermination des garanties

Article 6

Définition du traitement de base

Le traitement de base servant à la détermination des garanties pour le personnel bénéficiaire est égal à la rémunération brute fixe et variable ⁽¹⁾ des 12 derniers mois précédant la date du sinistre.

(1) Pour les salariés ayant été en arrêt de travail au cours des 12 derniers mois précédant la date du sinistre, le salaire brut sera reconstitué par l'employeur de manière théorique.

Lorsqu'un personnel bénéficiaire a moins de 12 mois d'ancienneté chez l'employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées *pro rata temporis*.

Le traitement de base défini ci-dessus est plafonné conformément aux dispositions de l'article 41 du présent règlement.

Section 2

Risque décès. – Perte totale et irréversible d'autonomie

Article 7

Capital décès

1. Garantie de base

Le personnel bénéficie d'une garantie égale à 50 % de la rémunération définie à l'article 6.

Toutefois, pour le personnel célibataire, veuf ou divorcé, ayant au moins un descendant à sa charge, cette garantie est portée à 100 % de cette même rémunération.

2. Majoration pour le personnel marié ou lié par un pacte civil de solidarité

Le personnel marié ou lié par un pacte civil de solidarité bénéficie d'une garantie supplémentaire égale à 125 % de la rémunération définie à l'article 6.

3. Majoration pour ascendant ou descendant à charge ⁽¹⁾

Le personnel ayant un ou plusieurs ascendants ou descendants à charge bénéficie d'une garantie supplémentaire égale à autant de fois 50 % de la rémunération définie à l'article 6 qu'il existe d'ascendants ou de descendants à sa charge.

Toutefois, pour le personnel veuf, la garantie supplémentaire afférente au premier descendant à charge est portée à 100 % de la rémunération précitée. En cas de pluralité de descendants à charge, le montant de cette majoration est réparti entre eux par parts égales.

Le montant assuré suit immédiatement la variation des charges de famille du personnel.

Si un autre bénéficiaire que le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ascendant ou descendant, est désigné, le montant de la garantie est celui prévu au 1 ci-dessus.

Article 8

Rente d'éducation

Chaque descendant à charge, visé à l'article 7.3, ouvre droit, en cas de décès de l'ascendant membre du personnel à une rente d'éducation.

Cette rente est égale, pour les descendants à charge âgés de moins de 6 ans, à 5 % de la rémunération telle qu'elle est définie à l'article 6 ; elle est portée à 10 % de ladite rémunération pour les descendants à charge âgés d'au moins 6 ans et de moins de 14 ans, et à 15 % pour les descendants à charge âgés de 14 ans et plus.

Le montant annuel de la rente ne peut être inférieur à 1 665 € (pour 2013). Ce minimum est revalorisé chaque année, conformément aux dispositions de l'article 37.

La rente est payable par trimestre civil et d'avance. Elle est également revalorisée suivant les dispositions de l'article 37.

L'entrée en jouissance de cette rente est fixée au premier jour du mois qui suit la date du décès de l'ascendant membre du personnel.

Dès que le descendant ne répond plus aux conditions requises, la rente cesse d'être versée.

(1) Se référer également à la note annexe.

Dans l'éventualité du décès de son père et de sa mère, membres du personnel, le descendant à charge cumulera deux rentes telles qu'elles sont prévues ci-dessus.

Article 9

Risques exclus

Pour l'application des articles 7 et 8, tous les risques de décès, quelle qu'en soit la cause, sont garantis, sous réserve :

- du décès de l'assuré par le fait volontaire du bénéficiaire ;
- du décès occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'intéressé n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur.

Article 10

Règlement du capital garanti en cas de décès

Sauf désignation expresse contraire par le personnel, le versement du capital est effectué dans l'ordre suivant : au conjoint ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut, aux descendants par parts égales entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses propres descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendant, à défaut aux père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès ou, à défaut, aux héritiers.

Les majorations pour ascendants ou descendants à charge ⁽¹⁾ sont toujours dues, même dans le cas d'une désignation expresse dérogeant à l'alinéa ci-dessus. Celle afférente à un enfant mineur l'est exclusivement au conjoint ayant la garde de cet enfant si le conjoint a été désigné pour recueillir le capital assuré, sinon à l'enfant lui-même.

Dans le cas où la désignation expresse serait caduque, en particulier en cas de prédécès du ou des bénéficiaires, la dévolution se ferait selon la règle figurant au premier alinéa ci-dessus.

Le capital est versé sur remise des pièces nécessaires, qui comprennent notamment :

1. Le bulletin d'affiliation ;
2. Une pièce d'état civil établissant le décès ;
3. La justification des charges de famille existant au jour du décès.

Le paiement est effectué dans les 15 jours de la remise des pièces.

Article 11

Etendue de la garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie le personnel qui est dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité ou occupation de façon permanente et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, et qui bénéficie, de ce fait, de la prestation correspondante de la sécurité sociale (pension d'invalidité de la 3^e catégorie ou majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale).

Est exclue de la garantie la perte totale et irréversible d'autonomie résultant :

- du fait volontaire du personnel ;
- d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'intéressé n'y prend pas

(1) Se référer également à la note annexe.

une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur.

Six mois au plus tôt après la date d'effet du classement en 3^e catégorie d'invalidité par la sécurité sociale, et à la condition que ce classement subsiste, ledit personnel pourra, sur sa demande expresse, recevoir par anticipation, en un seul versement, le montant du capital assuré en cas de décès défini suivant les dispositions de l'article 7 ⁽¹⁾, le personnel célibataire, veuf ou divorcé bénéficiant, toutefois, de la majoration prévue à l'article 7.2.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables, dans les mêmes conditions, à la demande d'un assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle se trouvant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, et percevant, à ce titre, la majoration prévue par l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Article 12

Obligations du personnel en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Pour l'application de l'article 11, le personnel qui entend obtenir le versement anticipé du capital décès doit adresser une demande à l'organisme gestionnaire avec, à l'appui, une photocopie de la notification de pension d'invalidité de 3^e catégorie de la sécurité sociale ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, une photocopie de la notification de versement de la majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Avant le versement anticipé de ce capital, l'organisme gestionnaire est fondé à obtenir la preuve que l'intéressé continue bien à être en état de perte totale et irréversible d'autonomie et, notamment, à être classé dans la 3^e catégorie d'invalidité ou à bénéficier de la majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

A cet effet, les médecins mandatés par l'organisme gestionnaire auront, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès du personnel.

Article 13

Cessation de la garantie

La garantie des risques prévus à la présente section cesse pour le personnel à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

La cessation de l'assurance s'opère de plein droit et sans aucune formalité.

Par exception aux dispositions ci-dessus, la garantie est maintenue :

- en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité médicalement reconnue, comme il est dit à l'article 18 ;
- en cas de rupture du contrat de travail ⁽²⁾ ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail ⁽³⁾ ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant 12 mois.

Les intéressés doivent justifier, auprès de l'organisme assureur, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

(1) Ce capital comprend la garantie de base et, le cas échéant, les majorations prévues aux articles 7.2 et 7.3. Ce versement met fin à la garantie du capital décès.

Toutefois, si le personnel en exprime expressément la volonté lorsqu'il demande le bénéfice des dispositions du présent article, ce capital peut être limité à la garantie de base. Les majorations pour le personnel marié ou lié par un pacte civil de solidarité, celles pour descendant ou ascendant à charge, sont alors versées au moment du décès compte tenu de la situation à cette date.

(2) Non consécutive à une faute lourde.

(3) Appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les intéressés sont tenus d'informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de la garantie.

Section 3

Incapacité de travail. – Invalidité

Article 14

Incapacité de travail n'excédant pas 12 mois

14.1. Sous réserve d'en justifier par la production d'arrêts de travail établis par le médecin traitant, le personnel ayant dû, pour cause de maladie ou d'accident professionnel ou non, interrompre son activité professionnelle pendant 3 mois continus ⁽¹⁾ et à la condition qu'il perçoive les indemnités journalières de la sécurité sociale, recevra, depuis le début du 4^e mois et tant que l'incapacité subsistera, mais au plus tard jusqu'à la fin du 12^e mois qui suivra l'interruption du travail, une indemnité complémentaire à celle versée par la sécurité sociale, payable par mensualités.

Cette indemnité sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 85 % de sa rémunération brute telle que définie à l'article 6, les sommes que le personnel perçoit au titre :

1. De la sécurité sociale ;
2. D'indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers.

14.2. Pour l'application des dispositions qui précèdent :

1. La rémunération à considérer est, par jour d'indisponibilité, de 1/360 de celle définie à l'article 6 ;
2. Pour les salariés dont la rémunération comporte des commissions, quelle qu'en soit la nature, l'indemnité visée à l'alinéa 2 du présent article doit être calculée déduction également faite des éléments de rémunération que l'intéressé peut recevoir pendant cette même période d'absence pour maladie ou accident.

14.3. En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires nettes de charges versée au salarié ne peut excéder 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié en activité.

La cessation du versement des indemnités journalières de la sécurité sociale entraîne la cessation du versement des indemnités complémentaires. En cas de suspension du versement des indemnités journalières de sécurité sociale, le versement des indemnités complémentaires l'est également. En cas de réduction des indemnités journalières de sécurité sociale, les indemnités complémentaires sont maintenues à hauteur du montant précédant cette réduction.

Article 15

Incapacité de travail excédant 12 mois

15.1. Sous réserve d'en justifier par la production d'arrêts de travail établis par le médecin traitant, le personnel dont l'incapacité excédera 12 mois recevra depuis le début du 13^e mois, tant que l'incapacité subsistera et à la condition qu'il perçoive les indemnités journalières de la sécurité sociale, mais au plus tard jusqu'au terme du 36^e mois, une indemnité complémentaire à celles versées par la sécurité sociale.

Cette indemnité brute sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 70 % de sa rémunération brute telle que définie à l'article 6, les sommes perçues par l'intéressé au titre :

1. De la sécurité sociale ;
2. Des indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers.

(1) Les 3 mois d'arrêt de travail peuvent n'être pas continus si la cause en est la même maladie.

15.2. Pour l'application des dispositions qui précèdent :

1. La rémunération à considérer est, par jour d'indisponibilité, de 1/360 de celle définie à l'article 6 ;
2. Pour les salariés dont la rémunération comporte des commissions, quelle qu'en soit la nature, l'indemnité visée à l'alinéa 2 du présent article doit être calculée déduction également faite des éléments de rémunération que l'intéressé peut recevoir pendant cette même période d'absence pour maladie ou accident.

15.3. En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires nettes de charges versée au salarié ne peut excéder 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié en activité.

La cessation du versement des indemnités journalières de la sécurité sociale entraîne la cessation du service des indemnités complémentaires. En cas de suspension du versement des indemnités journalières de sécurité sociale, le versement des indemnités complémentaires l'est également. En cas de réduction des indemnités journalières de sécurité sociale, les indemnités complémentaires sont maintenues à hauteur du montant précédant cette réduction.

Article 16

Invalidité

16.1. Invalidité partielle

Lorsque le personnel dont la rémunération est supérieure au plafond de la sécurité sociale interrompt son travail pour cause de maladie ou d'accident, qui soit est classé en invalidité de 1^{re} catégorie par la sécurité sociale, soit est reconnu par la sécurité sociale comme étant atteint d'une incapacité permanente inférieure à 10 % (art. R. 434-1 du code de la sécurité sociale), recevra, tant qu'il justifiera de cet état et qu'il ne reprendra pas d'activité professionnelle et au plus tard jusqu'à l'entrée en jouissance de la pension de retraite de la sécurité sociale, une pension annuelle payable mensuellement à terme échu.

Cette pension sera calculée de manière à compléter, à 3 N/2 de 40 % de la tranche de sa rémunération telle que définie à l'article 6 supérieure au plafond de la sécurité sociale (n'étant le degré d'invalidité), s'il y a lieu, les retraites ⁽¹⁾ dont il a demandé la liquidation auprès des régimes complémentaires interprofessionnels AGIRC-ARRCO.

Cette pension ne sera due qu'à la condition que le personnel perçoive des prestations de la sécurité sociale.

16.2. Invalidité totale

Le personnel qui, après avoir interrompu son travail depuis 1 an pour cause de maladie ou d'accident professionnel ou non :

- est classé par les services de la sécurité sociale en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie (au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) ou dont le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10 % (art. R. 434-1 du code de la sécurité sociale) ;
- est dans l'incapacité totale de se livrer à une activité professionnelle quelconque ;
- et bénéficie auprès de la sécurité sociale soit d'une pension d'invalidité, soit d'une rente d'incapacité permanente,

est réputé atteint d'invalidité totale au sens du présent régime.

(1) Celles-ci étant comptées pour la part afférente aux seules périodes de service chez les employeurs, et sans prendre en considération la tranche inférieure au plafond de la sécurité sociale.

Dans ce cas, il a droit, à compter de la date de classement en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie ou à la date d'effet de la rente d'incapacité permanente de la sécurité sociale, à une rente annuelle payable mensuellement à terme échu.

Cette rente annuelle est calculée de manière à compléter à concurrence de 70 % de sa rémunération, telle que définie à l'article 6, les sommes perçues par l'intéressé au titre :

- de la sécurité sociale ;
- s'il y a lieu, des retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé et dont il perçoit déjà les arrérages ⁽¹⁾.

Cette rente est servie tant que dure l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente et que le personnel reçoit de la sécurité sociale soit une pension d'invalidité de 2^e catégorie au minimum, soit une rente d'incapacité permanente et tant qu'il ne reprendra pas d'activité professionnelle.

Elle cesse d'être versée :

- lorsque les conditions ci-dessus ne sont plus remplies ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle quelconque ;
- en cas d'attribution de la pension vieillesse de la sécurité sociale au titre de l'inaptitude au travail ;
- et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'entrée en jouissance de la pension de la retraite de la sécurité sociale.

Article 17

Reprise du travail et arrêts de travail successifs

Tout nouvel arrêt de travail pour cause de maladie ou accident survenant moins de 12 mois suivant une reprise de travail intervenant après le versement des prestations prévues par les articles 14, 15 ou 16 du présent règlement ouvre droit immédiatement aux prestations que l'assuré percevait avant ladite reprise, sans application de la franchise contractuelle, si :

- le nouvel arrêt de travail résulte de la même maladie ou du même accident ;
- la cause de l'interruption ouvre droit aux indemnités journalières ou à une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale ;
- et il remplit toujours les conditions prévues aux articles 14, 15 ou 16 du présent règlement.

Il appartient au personnel concerné d'apporter, le cas échéant, la preuve médicale permettant de déterminer qu'il s'agit ou non de la même maladie ou du même accident.

Pour l'application de ce qui précède :

- il n'est pas fait de distinction suivant que les périodes d'incapacité de travail dont il s'agit interviennent ou non au cours d'une même année civile ;
- lorsque la réadmission s'effectue dans le cadre des articles 14 ou 15 du présent règlement, les périodes de prise en charge antérieures au titre de la même maladie ou du même accident sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale d'indemnisation.

Lorsque la nouvelle interruption de travail intervient après une reprise d'activité effective de 12 mois consécutifs ou plus, elle sera considérée comme un nouvel arrêt de travail, entraînant, conformément à l'article 14 du présent règlement, l'application d'une nouvelle franchise de 3 mois.

Article 18

Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

Le personnel qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pension d'invalidité au titre de la présente section continue à bénéficier des garanties décès et remboursement des frais de soins prévues au présent règlement.

(1) La formule « retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé » ne vise pas les pensions ou retraites dont l'acquisition n'est pas liée directement aux activités de l'intéressé et qui lui sont éventuellement attribuées à raison d'événements passés (par exemple : accident, blessure de guerre, distinction honorifique).

Article 19

Risques exclus

Sont exclues des garanties prévues à la présente section les conséquences :

1. Des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ou qui résultent d'une tentative de mutilation volontaire du personnel ;
2. Des accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'intéressé n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur.

Article 20

Cessation de la garantie

La garantie des risques prévus dans la présente section cesse pour le personnel à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Par exception aux dispositions ci-dessus, les garanties des risques prévus dans la présente section sont maintenues :

- aux salariés dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale pour maladie ou accident, tant que subsiste cette incapacité de travail pour maladie ou accident constatée pendant la période d'activité et que l'intéressé n'a pas pris sa retraite ;
- aux salariés dont la rupture du contrat de travail ⁽¹⁾ ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail ⁽²⁾ ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant 12 mois.

Les intéressés doivent justifier, auprès de l'organisme assureur, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les intéressés sont tenus d'informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de ces garanties.

Le montant des prestations versées au titre de l'article 14 de la présente section ne peut être supérieur à celui des allocations d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

Article 21

Obligations du personnel et de l'employeur

Toute interruption de travail excédant 3 mois, et susceptible d'entraîner une incapacité donnant lieu à paiement de prestations aux termes du présent titre, fera l'objet d'une déclaration émanant de l'employeur ⁽³⁾ ou, à défaut de celui-ci, du personnel. A cette déclaration, sera jointe une attestation détaillée du médecin traitant.

La preuve de l'incapacité complète de travail incombe au personnel.

A toute époque, les médecins mandatés par l'organisme gestionnaire auront, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès du personnel afin de pouvoir constater son état. En

(1) Non consécutive à une faute lourde.

(2) Appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur.

(3) Copie sera transmise à l'intéressé.

cas de désaccord entre le médecin du personnel et le médecin de l'organisme gestionnaire sur ledit état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les parties intéressées choisiront pour les départager un troisième médecin dont l'avis s'imposera de manière obligatoire aux deux parties ; faute d'entente sur la désignation de ce troisième médecin, le choix sera fait par le président du tribunal de grande instance du domicile du personnel. Les frais éventuels de nomination du troisième médecin et le règlement de ses honoraires seront, en principe, supportés par l'organisme gestionnaire.

Si une modification survenait dans l'état d'invalidité constaté à l'origine, la pension précédemment allouée serait, sous réserve des dispositions des deux alinéas précédents, ramenée, pour l'avenir, au taux qui aurait correspondu, à l'origine, au nouveau taux d'invalidité.

Article 22

Païement des sommes assurées

Les prestations dues en raison des garanties prévues au présent titre sont payées sans frais à la charge de l'assuré, à son domicile ou tout autre lieu convenu.

Article 23

Déclarations tardives. – Délais de présentation des dossiers

Sauf cas de force majeure ou cas particulier admis sur justification, les arrêts de travail pour accident ou maladie doivent être déclarés dans un délai de 3 mois à compter du début de la période indemnisable par le régime professionnel de prévoyance ; à défaut, la prise en charge éventuelle par le régime s'effectuera à partir de la déclaration.

Les demandes de règlement sont soumises aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 du code des assurances.

Section 4

Assurance déplacement professionnel

Article 24

Garantie en cas d'accident

Pendant la durée des déplacements qu'il effectue pour les besoins de l'entreprise, le personnel est couvert par une assurance professionnelle contre les accidents lui apportant des garanties en capital – venant en supplément des garanties existant par ailleurs – pour les risques décès et invalidité en cas d'incapacité fonctionnelle.

Article 25

Evénements couverts

Sont couverts les accidents survenus pendant les périodes où le personnel se trouve en déplacement pour les besoins de l'entreprise, et à condition que ces accidents soient reconnus par la sécurité sociale comme accidents du travail.

D'une façon générale, ne sont pas visés les accidents de trajet.

La garantie s'exerce dans le monde entier et est acquise de façon continue, quelle que soit la durée du déplacement, pendant la durée de celui-ci.

Sont toutefois exclues de la garantie les périodes (notamment week-end, jours fériés, etc.) situées à l'intérieur d'un déplacement professionnel de plusieurs jours et où l'intéressé rentre à sa résidence principale ou secondaire. Dans ce cas, cependant, les trajets jusqu'à la résidence principale ou secondaire et retour sont couverts.

Article 26

Risques couverts

Les risques couverts sont le décès accidentel et l'incapacité fonctionnelle permanente par accident.

1. Capital assuré en cas de décès accidentel

Le montant du capital assuré en cas de décès est celui défini à l'article 7.

Il est versé dans les conditions prévues à l'article 10.

2. Capital assuré en cas d'incapacité fonctionnelle permanente par accident

En cas d'incapacité fonctionnelle permanente, appréciée selon le barème A ci-dessous, il est versé un capital à l'intéressé dont le montant est égal à $K \times D$.

K étant le taux d'indemnisation figurant au barème B ci-dessous.

D étant le montant du capital assuré en cas de décès.

La preuve de l'incapacité fonctionnelle permanente incombe au personnel.

Le taux d'incapacité fonctionnelle permanente est, si nécessaire, fixé par accord entre le médecin du personnel et le médecin de l'organisme gestionnaire, les parties intéressées choisiront pour les départager un troisième médecin dont l'avis s'imposera de manière obligatoire aux deux parties. Faute d'entente sur la désignation de ce troisième médecin, le choix sera fait par le président du tribunal de grande instance du domicile du personnel.

Dans le cas où l'évolution de l'état de santé du personnel accidenté ne permet pas que soit fixé le taux définitif d'incapacité – et par conséquent le montant du capital correspondant – avant que le personnel cesse de percevoir le complément de son traitement en application de l'article 14, il pourra lui être consenti, s'il continue à être en arrêt de travail indemnisé au titre du régime, une avance sur ledit capital.

Cette avance lui sera versée dès lors que le taux d'incapacité fonctionnelle prévisible est au moins égal à 40 %.

BARÈME A

Taux d'incapacité fonctionnelle permanente

Aliénation mentale incurable excluant tout travail	100 %	
Paralysie organique totale	100 %	
Cécité complète	100 %	
Perte d'un œil avec énucléation	30 %	
Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25 %	
Surdité complète des deux oreilles	40 %	
Surdité complète d'une oreille	10 %	
Perte par amputation ou perte complète de l'usage :		
– des 2 bras ou 2 mains	100 %	
– des 2 jambes ou 2 pieds	100 %	
– d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied	100 %	
– d'une jambe au-dessus du genou	50 %	
– d'une jambe au-dessous ou au niveau du genou ou d'un pied	40 %	
– d'un gros orteil	8 %	
	Droit	Gauche
– d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
– d'un pouce	20 %	17 %
– de l'index	15 %	12 %
D'un des autres doigts de la main :		
– médus	10 %	8 %
– annulaire	8 %	6 %
– auriculaire	7 %	5 %
Perte totale des 3 doigts ou du pouce et d'un doigt autre que l'index	25 %	20 %
Perte complète de l'usage :		
– de l'épaule	25 %	20 %
– du poignet ou du coude	20 %	15 %
– de la hanche	30 %	
– du genou	20 %	
– du cou-de-pied	15 %	
Fracture vicieusement consolidée du maxillaire inférieur amenant des troubles dans la mastication, la déglutition et la parole : maximum	25 %	
Fracture non consolidée :		
– d'une jambe	30 %	
– d'une rotule ou d'un pied	20 %	

Si le personnel est gaucher, le pourcentage d'incapacité prévu pour le membre supérieur droit s'appliquera au membre supérieur gauche et inversement.

Les infirmités non énumérées ci-dessus, même d'importance moindre, sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés sans tenir compte de la profession du personnel.

BARÈME B

Taux d'indemnisation en cas d'incapacité fonctionnelle permanente

Pour tout sinistre entraînant un taux d'incapacité fonctionnelle permanente (IFP) inférieur ou égal à 15 %, aucune indemnité n'est versée.

Pour tout sinistre entraînant un taux d'IFP égal ou supérieur à 65 %, l'indemnité est égale à 100 % du capital garanti.

Pour tout sinistre entraînant un taux d'IFP compris entre 15 et 65 %, l'indemnité se calcule en appliquant au capital garanti un coefficient égal au double de l'excédent du taux d'infirmité à 15 %.

Exemples :

TAUX D'IFP	TAUX D'INDEMNISATION	TAUX D'IFP	TAUX D'INDEMNISATION
Jusqu'à 15 %	0 %	Pour 45 %	60 %
Pour 20 %	10 %	Pour 50 %	70 %
Pour 25 %	20 %	Pour 55 %	80 %
Pour 30 %	30 %	Pour 60 %	90 %
Pour 35 %	40 %	Pour 65 % et plus	100 %
Pour 40 %	50 %		

Article 27

Règlement du capital garanti

En cas d'accident, le personnel ou ses ayants droit fourniront à l'organisme gestionnaire les éléments permettant à ce dernier d'établir si l'accident invoqué s'est bien produit pendant la période où la garantie était acquise.

Ces éléments comprennent notamment :

- une attestation relatant les faits de l'accident ;
- une photocopie de la déclaration de l'accident ou du décès à la sécurité sociale ;
- un certificat médical précisant la cause du décès (accident) ou une photocopie du titre de rente accident du travail émanant de la sécurité sociale.

Article 28

Risques exclus

Pour l'application des articles 24, 25 et 26, tous les risques de décès et invalidité en cas d'incapacité fonctionnelle permanente, liés à un accident survenu au cours d'un déplacement professionnel, sont garantis, à l'exception de ceux résultant :

- du fait volontaire du bénéficiaire ;
- d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'intéressé n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur ;
- de la participation à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- d'un état d'ivresse pouvant être sanctionné pénalement ou de l'usage, par l'assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de la pratique d'un sport ou d'une activité à risque (notamment : sports aériens, sports de combat, ascension en haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur, compétitions sportives, pratique d'un sport à titre professionnel).

Article 29

Cessation de la garantie

La garantie des risques prévus dans la présente section cesse pour le personnel le jour où il quitte le service de l'employeur pour quelle que cause que ce soit.

La cessation de l'assurance s'opère de plein droit et sans aucune formalité.

Section 5

Remboursement des frais de soins

Article 30

Bénéficiaires de la garantie

Le personnel qui, du chef de son immatriculation à la sécurité sociale, perçoit pour lui-même, son conjoint, son concubin, son partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs) ou l'un de ses enfants, des remboursements au titre des frais de soins, a droit, dans les conditions ci-après, à des prestations complémentaires de celles qui lui sont versées au titre de l'assurance maladie et maternité par la sécurité sociale.

Sont également admis au bénéfice de cette garantie les enfants qui, bien que ne bénéficiant pas des remboursements de la sécurité sociale du chef de l'immatriculation du personnel, sont à la charge de celui-ci au sens de la législation fiscale.

Article 31

Montants et limites des remboursements

La prestation est fixée à 100 % de la différence globale entre les frais réels engagés et les remboursements correspondants de la sécurité sociale dans les limites prévues par le barème ci-dessous et sous les réserves suivantes :

a) En application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, pour les actes effectués par les médecins (y compris les radiologues et les stomatologues) et les frais d'hospitalisation, ne sont pas remboursés :

- les majorations de participation prévues par les articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

b) En application de l'article L. 871-1 précité, la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge.

ACTES POUR LESQUELS LA LIMITE EST FIXÉE EN EUROS (au 1 ^{er} janvier 2013)	
Consultation de généraliste	21,92
Consultation de spécialiste	43,84
Consultation de professeur	65,76
Visite de généraliste	26,30
Visite de spécialiste	52,61
Visite de professeur	78,91
Visite de nuit	54,80
Visite du dimanche	41,65

ACTES POUR LESQUELS LA LIMITE EST FIXÉE EN EUROS (au 1 ^{er} janvier 2013)	
Chambre particulière	41,83 ⁽¹⁾
(1) Par jour d'hospitalisation.	

ACTES POUR LESQUELS CETTE LIMITE EST FIXÉE en pourcentage du remboursement de la sécurité sociale	
Prothèses	200 %
Orthopédie, transport	200 %
Optique, lunetterie	500 %
Soins dentaires ⁽¹⁾	50 %
Prothèses dentaires ⁽¹⁾	200 %
Orthodontie	200 %
Actes d'électro-radiologie	250 %
Actes de stomatologie	560 %
(1) Pour ces actes, le remboursement est calculé sur la base du tarif de convention de la sécurité sociale net de ticket modérateur, que le remboursement de la sécurité sociale ait été ou non effectué sur cette base.	

ACTES POUR LESQUELS CETTE LIMITE EST FIXÉE en pourcentage du tarif de convention de la sécurité sociale	
Actes de chirurgie et de spécialités	200 %
Auxiliaires médicaux	25 %
Médicaments remboursés à 65 %	30 %
Autre pharmacie	21 %
Analyses	35 %

**Frais de séjour liés à une hospitalisation :
remboursement du ticket modérateur**

PRESTATIONS DE PRÉVENTION ⁽¹⁾	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans effectuée dans la limite d'un acte tous les 6 ans	250 % du remboursement de la sécurité sociale
Dépistage de l'hépatite B	Remboursement du ticket modérateur
(1) Conformément au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.	

ACTES POUR LESQUELS LE REMBOURSEMENT EST FORFAITAIRE	
Kératotomie	250 € par œil
Toute contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la sécurité sociale)	50 € par an

Les cures thermales ne donnent droit à aucun remboursement complémentaire.

Article 32

Franchise

Sur le montant des remboursements des frais engagés au cours d'une année civile et calculés comme il est dit à l'article 31, une somme reste à la charge du salarié à titre de franchise.

Toutefois, cette franchise ne s'applique pas aux médicaments remboursés à 65 % par la sécurité sociale, aux analyses, aux consultations et visites des médecins, ni aux prestations de prévention ⁽¹⁾ mentionnées à l'article 31.

La franchise est de 24 €.

Article 33

Cessation de la garantie

La garantie des risques prévus dans la présente section cesse pour le personnel à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Par exception aux dispositions ci-dessus, les garanties des risques prévus dans la présente section sont maintenues :

- aux salariés dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en arrêt de travail pour maladie ou accident, tant que subsiste cette incapacité de travail pour maladie ou accident constatée et que l'intéressé n'a pas pris sa retraite ;
- aux salariés dont la rupture du contrat de travail ⁽¹⁾ ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ⁽²⁾, pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail ⁽³⁾ ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant 12 mois.

Les intéressés doivent justifier, auprès de l'organisme assureur, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les intéressés sont tenus d'informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de ces garanties.

Le montant des prestations versées au titre de l'article 14 ne peut être supérieur à celui des allocations d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période ;

- aux anciens salariés de la profession privés d'emploi et bénéficiaires, à ce titre, d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ⁽⁴⁾.

La garantie prend alors effet le lendemain de la demande et sous réserve du paiement de la cotisation prévue à l'alinéa ci-après, conformément aux dispositions légales en vigueur en matière d'assurance.

La cotisation à verser par les intéressés au régime est fixée, pour 12 mois de garantie, à 1,25 % de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 6 du règlement, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Elle est appelée trimestriellement auprès des intéressés par l'organisme gestionnaire.

(1) Conformément au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Non consécutive à une faute lourde.

(3) Appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur.

(4) Le terme du délai de 6 mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prévu au deuxième alinéa, deuxième tiret, du présent article prend fin, dans le cas où la durée de ce maintien est supérieure à 6 mois.

Le maintien des garanties de l'article 31 et le paiement de la cotisation correspondante prendront alors effet à l'échéance du maintien des garanties prévu au deuxième alinéa, deuxième tiret, du présent article.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année, selon les dispositions de l'article 37 ;

- aux personnes garanties du chef d'un salarié de la profession décédé en activité de service, sans contrepartie de cotisations et pendant les 12 mois qui suivent le décès ;
- aux salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération pendant une durée d'au moins 1 mois.

Une demande en ce sens doit être adressée par le salarié à son employeur, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard 15 jours avant le début de la période de suspension du contrat.

La cotisation à verser au régime par les salariés concernés est fixée, pour 12 mois de garantie, à 1,25 % de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 6 du règlement, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Elle est appelée trimestriellement auprès des intéressés par l'organisme gestionnaire.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année, selon les dispositions de l'article 37.

La garantie prend effet au premier jour de la période de suspension.

Article 34

Obligations du personnel et de l'employeur

Les demandes de règlement sont transmises à l'organisme gestionnaire par voie électronique ou par envoi sur support papier. Les demandes sont accompagnées de tous les documents originaux justifiant les frais engagés et la date des soins (feuilles de soins, bordereaux de la sécurité sociale, factures...).

L'organisme gestionnaire est en droit d'exiger de l'assuré tous les renseignements qu'il estime nécessaires en vue du règlement des prestations.

Article 35

Païement des sommes assurées

Les prestations dues en raison des garanties prévues au présent titre sont payées sans frais à la charge de l'assuré, à son domicile ou tout autre lieu convenu.

Article 36

Déclarations tardives. – Délais de présentation des dossiers

Les demandes de règlement sont soumises aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 du code des assurances.

Section 6

Revalorisation des garanties et prestations

Article 37

Modalités de revalorisation

La rémunération telle que définie à l'article 6, servant au calcul des prestations prévues en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'accident lié à un déplacement professionnel, est revalorisée chaque année selon les modalités déterminées à l'alinéa 3 ci-dessous.

Il en est de même de la limite des remboursements des frais de soins exprimée en euros (art. 31), des montants de la franchise (art. 23), du montant des contributions visées à l'article 33, alinéa 2, troisième et cinquième tirets, et du minimum de rente d'éducation (art. 8).

Cette revalorisation consiste à appliquer aux valeurs de l'année N – 1 la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la sécurité sociale et de la valeur moyenne du point ARRCO, observés dans l'année N – 1 par rapport à l'année N – 2.

TITRE III

GOUVERNANCE PARITAIRE ET FINANCEMENT

Section 1 Gouvernance paritaire

Article 38

Organisme souscripteur

L'association de surveillance des activités retraite et prévoyance assurances (ASARPA) est chargée, pour l'application du présent règlement, de passer tous contrats, conventions ou actes nécessaires avec un ou plusieurs organismes assureurs.

A ce titre, des contrats d'assurance seront signés entre l'ASARPA et le ou les organismes assureurs du régime concernant les garanties décès, incapacité de travail, invalidité, déplacement professionnel et remboursement des frais de soins.

Article 39

Organismes gestionnaires

Le présent régime est géré par un ou plusieurs organismes gestionnaires dans le cadre d'un mécanisme de coassurance.

Le choix de ce ou ces organismes gestionnaires est opéré par la commission paritaire professionnelle, sur proposition du conseil d'administration de l'ASARPA, qui aura préalablement procédé à l'élaboration d'un cahier des charges et à un appel d'offres.

Le choix du ou des organismes gestionnaires est, en principe, effectué tous les 5 ans, sauf circonstances exceptionnelles de nature à affecter durablement l'équilibre financier ou économique du régime.

Article 40

Organismes assureurs

Le présent régime est coassuré par un ou plusieurs organismes assureurs.

La coassurance est ouverte à tout candidat agréé pour la couverture des risques garantis par le présent règlement et référencé par l'ASARPA selon les critères objectifs déterminés dans la note annexe.

Chaque année, l'organisme gestionnaire fournit au conseil d'administration de l'ASARPA la liste des signataires du traité de coassurance qui assurent le contrat dont il a la gestion.

Section 2 Financement

Article 41

Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est le salaire brut de l'année en cours constitué de l'ensemble des éléments de rémunération servant au calcul des cotisations de sécurité sociale dans la limite de 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Article 42

Taux des cotisations

Les cotisations à la charge de l'employeur et du personnel sont fixées comme suit

(Voir tableau page suivante.)

GARANTIE	TRANCHE DE RÉMUNÉRATION inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale		TRANCHE DE RÉMUNÉRATION supérieure au plafond de la sécurité sociale	
	Employeur	Personnel	Employeur	Personnel
Décès Incapacité, invalidité Déplacement professionnel	1,50	0,10	1,10	0,15
Remboursement des frais de soins	1,14	0,10 %	1,71	0,10
Total	2,64	0,20	2,81	0,25

Article 43

Comptes des contrats d'assurance

Chaque année, l'organisme gestionnaire établit, pour chacun des contrats d'assurance dont il a la gestion, un compte faisant apparaître :

En ressources :

- l'intégralité des primes nettes de taxes affectées à la couverture des engagements du contrat ;
- les produits financiers affectés au fonctionnement du contrat :
 - 100 % des produits financiers nets réalisés sur les fonds détenus temporairement par l'organisme gestionnaire ;
 - 100 % des produits financiers nets afférents aux provisions techniques de revalorisation ;
 - les produits financiers nets sur les provisions techniques des prestations de base calculés au taux de 70 % de la moyenne des 3 derniers TME ⁽¹⁾ annuels avec pour minimum les taux techniques contractuels ;
- les provisions techniques à l'ouverture de l'exercice ;
- le solde débiteur éventuel.

En charges :

- les prestations servies ;
- les provisions techniques à la clôture de l'exercice ;
- les frais généraux de fonctionnement du contrat supportés par l'organisme gestionnaire ;
- le solde créditeur éventuel.

Le cas échéant, l'organisme gestionnaire identifie les ressources et les charges correspondant au maintien des garanties prévues :

- dans les sections 2, 3 et 5 du titre II aux anciens salariés de la profession privés d'emploi et bénéficiaires, à ce titre, d'un revenu de remplacement en application des articles 13, 20 et 33, deuxième alinéa, deuxième tiret ;
- à l'article 31 aux anciens salariés de la profession privés d'emploi et bénéficiaires, à ce titre, d'un revenu de remplacement en application de l'article 33, deuxième alinéa, troisième tiret.

Dans le cas où les contrats d'assurance sont confiés à des organismes gestionnaires différents, chacun de ces organismes applique les dispositions du présent article pour le contrat qui lui est confié.

(1) Taux moyen des emprunts d'Etat à long terme.

Article 44

Provision d'égalisation

La provision d'égalisation de chacun des contrats d'assurance est créditée des excédents et produits financiers affectés à celle-ci et débitée des déficits éventuels du contrat.

Cette provision d'égalisation est, chaque année, créditée des produits annuels suivants :

- 100 % des excédents éventuels du contrat ;
- 100 % des produits financiers de la part de cette provision d'égalisation afférente aux prestations de revalorisation ;
- les produits financiers sur la part de cette provision d'égalisation afférente aux prestations de base calculés au taux de 70 % de la moyenne des trois derniers TME ⁽¹⁾ annuels.

La provision d'égalisation est, chaque année, débitée des déficits éventuels du contrat.

Les excédents ou déficits techniques sont répartis entre la part de la provision d'égalisation afférente aux prestations de base et la part de la provision d'égalisation afférente aux prestations de revalorisation, de manière à maintenir la distribution observée à la fin de l'exercice 1993.

Article 45

Mécanisme de régulation paritaire

Dans l'hypothèse où les contrats d'assurance du régime sont confiés à un seul organisme gestionnaire, la solidarité financière entre les contrats s'exerce dans les conditions suivantes.

1. Lorsque les comptes du contrat couvrant les garanties prévues aux sections 2 à 4 du titre II du présent régime sont déficitaires, les excédents du contrat couvrant les garanties prévues à la section 5 du titre II peuvent leur être affectés dans une proportion déterminée par le conseil d'administration de l'ASARPA.

2. Lorsque les comptes du contrat couvrant les garanties prévues à la section 5 du titre II du présent régime sont déficitaires, le conseil d'administration de l'ASARPA :

- décide de l'affectation de la provision pour égalisation de ce contrat ;
- propose à l'organisme gestionnaire d'affecter aux comptes du contrat la fraction des excédents de l'autre contrat supérieure à 3 % des primes de ce contrat ou, à défaut, la moitié au maximum de la fraction de la provision d'égalisation de l'autre contrat supérieure à 10 % des primes dudit contrat. En cas de refus de tout ou partie de cette affectation par l'organisme gestionnaire, les cotisations ne peuvent augmenter ;
- propose à la commission paritaire professionnelle une augmentation des cotisations des employeurs et des salariés, selon une répartition qui ne peut conduire aucune partie à fournir un effort plus de quatre fois supérieur à celui de l'autre partie ;
- propose à la commission paritaire professionnelle une augmentation de la franchise prévue à l'article 32, dans une proportion maximale de 12,5 %. Toutefois, cette augmentation ne peut intervenir pendant plus de 3 années consécutives sans que les dispositions prévues aux deux tirets ci-dessus ne soient mises en œuvre.

Le conseil d'administration de l'ASARPA se prononce, avant le 31 octobre de chaque année, sur le rapport et l'analyse prospective prévus à l'article 46 et transmis par l'organisme gestionnaire 15 jours au moins avant la séance.

Le mécanisme de régulation paritaire entre en application, s'il y a lieu, à partir du 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

(1) Taux moyen des emprunts d'Etat à long terme.

Article 46

Dialogue de gestion entre le souscripteur et le ou les organismes gestionnaires

Un rapport détaillé sur les résultats de l'exercice précédent ainsi qu'une analyse prospective des résultats probables de l'exercice en cours sont transmis chaque année par le ou les organismes gestionnaires au conseil d'administration de l'ASARPA avant le 31 octobre.

Chaque année, avant le 31 octobre, la commission paritaire professionnelle est informée du rapport mentionné ci-dessus.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 47

Clause de révision

Le présent règlement est établi en considérant les caractéristiques générales actuellement en vigueur des prestations servies au titre du régime général de la sécurité sociale. Dans le cas où interviendraient des modifications substantielles de ce régime de nature à affecter soit l'équilibre financier, soit l'économie du régime professionnel de prévoyance, les organisations signataires de la convention de retraites et de prévoyance en date du 5 mars 1962 se réuniraient aussitôt afin d'examiner la situation nouvelle ainsi créée et d'apporter, le cas échéant, au présent règlement, les modifications nécessaires.

L'alinéa qui précède n'interdit pas à ces organisations signataires de convenir d'apporter, à tout moment, au présent règlement, toutes modifications qui leur paraîtraient nécessaires.

Article 48

Durée du règlement. – Dénonciation

Le présent règlement est fait pour une durée de 5 ans. Il se renouvellera par tacite reconduction et par périodes quinquennales, sauf dénonciation par une des deux parties signataires, 2 ans avant l'expiration d'une période quinquennale.

Article 49

Date d'effet

Le présent règlement prend effet le 1^{er} janvier 1962, sous réserve de la date d'effet propre à chacun des aménagements intervenus ultérieurement.

Article 50

Dépôt

Le présent règlement est déposé au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Paris, dans les conditions prévues aux articles D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 24 juin 2013.

(Suivent les signatures.)

NOTES ANNEXES

Capital décès. – Règlement du capital garanti en cas de décès

(Note annexe à l'article 7.3 et à l'article 10)

1. Sont considérés comme descendants à charge, au titre de l'article 7.3, de l'article 8 et de l'article 10 du règlement :

- les descendants du personnel âgés de moins de 18 ans ;
- les enfants posthumes, nés viables et conçus au jour du décès de l'assuré, selon les dispositions prévues en matière de succession ;
- les descendants du personnel âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, poursuivant leurs études.

Par poursuite des études, il convient d'entendre le fait de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées.

- les descendants au profit desquels est versée l'allocation aux adultes handicapés prévue par l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale ou l'allocation d'éducation spéciale prévue par l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale.

2. Sont considérés comme ascendants à charge, au titre de l'article 7.3 et de l'article 10 du règlement :

- les ascendants vivant au domicile du personnel et pris en compte, à ce titre, dans le calcul de l'impôt sur le revenu ou de la taxe d'habitation de celui-ci ;
- les ascendants au profit desquels le personnel versait, au moment du décès, une pension alimentaire dont le montant fait l'objet d'une déduction fiscale de son revenu imposable.

Organismes assureurs. – Critères servant au référencement des coassureurs

(Note annexe à l'article 40)

DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

Pension d'invalidité totale. – Anciens déportés ou internés bénéficiaires de la loi du 12 juillet 1977 ⁽¹⁾

(Articles 16 et 20)

Les dispositions ci-après sont applicables à compter du 1^{er} janvier 1981.

Article 1^{er}

Par dérogation à certaines dispositions des articles 16 et 20 du règlement du régime professionnel de prévoyance du personnel des sociétés d'assurances, les membres du personnel anciens déportés ou internés bénéficiaires de la loi du 12 juillet 1977 peuvent prétendre à la pension d'invalidité totale prévue à l'article 16 du règlement du régime. Cette pension d'invalidité leur est attribuée à compter de la date où ils bénéficient de la pension qui leur est accordée par la sécurité sociale en application de la loi précitée du 12 juillet 1977.

(1) Cf. protocole d'accord du 25 juin 1981.

Le protocole d'accord du 25 juin 1981 prévoit que s'il s'avérait que l'application des mesures ci-dessus entraîne une aggravation importante des charges du régime qui ne pourrait être supportée, les parties signataires se réuniraient aussitôt pour examiner la situation et prendre les mesures qui s'imposeraient.

Salariés partant en préretraite dans le cadre du dispositif ARPE ⁽¹⁾

(Articles 31 à 33)

Les dispositions ci-après concernent la situation, au regard des remboursements des frais de soins, des personnes en situation de préretraite dans le cadre du dispositif ARPE ⁽¹⁾.

Les garanties prévues à la section 5 du titre II du présent règlement sont maintenues aux préretraités bénéficiaires des accords interprofessionnels des 6 septembre 1995, 19 décembre 1996 (et son avenant du 12 décembre 1997) et 22 décembre 1998 (et son avenant du 1^{er} juillet 2000), sous réserve que les intéressés en fassent la demande à l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

La garantie prend alors effet le lendemain de la demande et sous réserve du paiement de la contribution prévue à l'alinéa ci-après, conformément aux dispositions légales en vigueur en matière d'assurance.

La contribution à verser par l'entreprise au régime est fixée, pour 12 mois de garantie, à 1,25 % de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 6 du règlement. Elle est appelée, trimestriellement, auprès de l'entreprise par l'organisme gestionnaire.

Le montant de cette contribution est revalorisé chaque année, selon les dispositions de l'article 37.

Le maintien des garanties prévues à la section 5 du titre II du présent règlement vaut pour toute la période pendant laquelle l'« allocation de remplacement » du fonds paritaire d'intervention en faveur de l'emploi est versée aux intéressés.

L'organisme gestionnaire tient une comptabilisation distincte des ressources et charges du dispositif ci-dessus.

NB. – Les dates d'effet de ces dispositions ont été fixées par les accords professionnels ou par l'entrée en vigueur des accords nationaux interprofessionnels précités.

(1) Dispositif prévu par les accords nationaux interprofessionnels des 6 septembre 1995, 19 décembre 1996 (et son avenant du 12 décembre 1997) et 22 décembre 1998 (et son avenant du 1^{er} juillet 2000).

Cf. accord professionnel du 6 décembre 1995 et ses avenants des 6 mars 1997 et 17 février 1999.

Index alphabétique des matières

(Les numéros renvoient aux articles)

Articles

ASARPA	38, 39, 40, 45, 46
Assurance déplacement professionnel :	
Cessation de la garantie	29
Evénements couverts	25
Garantie en cas d'accident	24
Règlement du capital garanti	27
Risques couverts	26
Risques exclus	28
Cessation de la garantie :	
Assurance déplacement professionnel	29
Décès, perte totale et irréversible d'autonomie	13
Incapacité de travail, invalidité	20
Remboursement des frais de soins	33
Champ d'application :	
Employeurs	2
Personnel bénéficiaire	3
Clause de révision	47
Comptes des contrats d'assurance	43
Cotisations :	
Assiette	41
Taux	42
Date d'effet	49
Décès :	
Capital décès	7
Cessation de la garantie	13
Maintien des garanties	13
Règlement du capital garanti	10
Rente d'éducation	8
Risques exclus	9
Déclarations tardives (incapacité, invalidité, frais de soins). – Délais de présentation des dossiers (incapacité, invalidité, frais de soins)	23, 36
Dénonciation	48
Dépôt	50
Dialogue de gestion entre le souscripteur et le ou les organismes gestionnaires	46

Durée du règlement	48
Employeurs :	
Cotisations	41
Définition	2
Obligations	4
Frais de soins :	
Bénéficiaires de la garantie	30
Cessation de la garantie	33
Déclarations tardives. – Délais de présentation des dossiers	36
Franchise	32
Maintien des garanties	33
Montant et limite des remboursements	31
Obligations du personnel et de l'employeur	34
Paiement des sommes assurées	22
Incapacité de travail, invalidité :	
Cessation de la garantie	20
Déclarations tardives. – Délais de présentation des dossiers	23
Incapacité de travail excédant 12 mois	15.1, 15.2
Indemnité journalière	14.1, 14.2, 14.3
Invalidité partielle (pension)	16.1
Invalidité totale (pension)	16.2
Maintien des garanties	18, 20
Obligations du personnel et de l'employeur	21
Paiement des sommes assurées	22
Reprise du travail et arrêts de travail successifs	17
Risques exclus	19
Incapacité de travail excédant 12 mois	15.1, 15.2
Indemnité journalière	14.1, 14.2, 14.3
Invalidité partielle (pension)	16.1
Invalidité totale (pension)	16.2
Mécanisme de régulation paritaire	45
Objet du régime	1
Organisme souscripteur	38
Organismes assureurs	40
Organismes gestionnaires	39

Personnel bénéficiaire :

Cotisations	42
Définition	3
Obligations	5

Perte totale et irréversible d'autonomie :

Cessation de la garantie	13
Etendue de la garantie	11
Maintien des garanties	13
Obligations du personnel	12

Provision d'égalisation	44
-------------------------	----

Revalorisation des garanties et des prestations	37
---	----

Traitement de base	6
--------------------	---

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux
BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

AVENANT N° 14 DU 26 JUIN 2013
RELATIF AUX RÈGLEMENTS ET AUX STATUTS
DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE
NOR : ASET1351046M

Entre :

La CAPEB ;

La FNTP ;

La FNSCOP ;

La FFB ;

La FFIE,

D'une part, et

La fédération BATIMAT-TP CFTC ;

La FNCB CFDT ;

La FG FO BTP ;

La CFE-CGC BTP,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

CHAPITRE I^{ER}

Les statuts de BTP-Prévoyance issus de l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance sont modifiés comme suit :

L'article 10 des statuts est désormais rédigé comme suit :

« Article 10

Mode de désignation

Les administrateurs sont désignés :

- pour le collège des adhérents en nombre égal par chacune des organisations syndicales nationales d'employeurs ;
- pour le collège des participants en nombre égal par chacune des organisations syndicales de salariés.

Les administrateurs suppléants sont désignés dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires.

Chaque organisation syndicale et patronale doit veiller à désigner les administrateurs de façon à parvenir à une représentation équilibrée des hommes et des femmes.

Les organisations d'employeurs et les fédérations de salariés visées ci-dessus sont les suivantes à la date de signature des présentes :

- confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) ;
- fédération française du bâtiment (FFB) ;
- fédération française des entreprises de génie électrique et énergétique (FFIE) ;
- fédération nationale des travaux publics (FNTP) ;
- fédération des sociétés coopératives et participatives du bâtiment et des travaux publics (fédération des SCOP BTP) ;
- fédération nationale des salariés de la construction et du bois CFDT ;
- fédération BATIMAT-TP CFTC ;
- syndicat national des cadres, techniciens, agents de maîtrise et assimilés des industries du bâtiment et des travaux publics CFE-CGC BTP ;
- fédération nationale des salariés de la construction, du bois et de l'ameublement (FNSCBA) CGT ;
- fédération générale force ouvrière du bâtiment et des travaux publics et ses activités annexes (FG FO). »

Les articles 12.1, 12.2, 12.3, 12.4 et 12.5 des statuts sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Article 12.1

Conditions générales

Les administrateurs doivent appartenir ou avoir appartenu à la profession du bâtiment et des travaux publics et des industries connexes, y compris en qualité de salarié d'une organisation syndicale visée à l'article 10.

Les administrateurs doivent être en activité ou âgés de moins de 70 ans à la date de leur désignation.

S'ils sont en activité, les administrateurs représentant les membres adhérents doivent appartenir à une entreprise à jour de ses cotisations.

Les administrateurs représentant les membres participants, à l'exception des salariés des organisations visées ci-dessus, doivent être membres participants.

Ils doivent être majeurs et ne pas contrevenir aux incapacités visées à l'article L. 931-9 du code de la sécurité sociale.

Article 12.2

Assiduité

Chaque administrateur s'oblige à assister aux réunions du conseil d'administration et à informer le conseil d'administration de toute absence prévisible.

Article 12.3

Incompatibilités

Un administrateur de l'institution ne peut pas être salarié de l'institution ou salarié d'un des organismes liés à l'institution par convention ou groupement de moyens, ni l'avoir été depuis moins de 3 ans.

Article 12.4

Cumul de mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de trois conseils d'administration d'institution de prévoyance ou d'unions d'institution.

Toutefois, les mandats exercés au sein d'un même groupe de protection sociale comptent pour un seul mandat.

Article 12.5

Formation des administrateurs

L'institution met à disposition des administrateurs les formations leur permettant d'exercer leur mandat. »

L'article 13 est désormais rédigé comme suit :

« Article 13

Exercice des fonctions d'administrateurs

Les fonctions d'administrateurs n'ouvrent droit à aucune rémunération.

Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour ainsi qu'éventuellement à des indemnités pour perte de salaire ou de revenu subie à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Les délibérations sont tenues secrètes à l'égard de toute personne ou organisme autre que celui dont les administrateurs détiennent leur mandat. »

L'article 17 est désormais rédigé comme suit :

« Article 17

Bureau

Le conseil d'administration élit en son sein, tous les 2 ans, à l'issue de la commission paritaire statuant sur les comptes, un bureau paritaire composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un secrétaire adjoint et de six membres. Il peut mettre fin à tout moment à leurs fonctions.

Le bureau comprend pour moitié des représentants des membres adhérents et pour moitié des représentants des membres participants.

Il doit comprendre un membre de chaque organisation syndicale d'employeurs et de salariés.

Le président et le vice-président doivent obligatoirement relever de collèges différents. Ainsi, ils sont choisis alternativement l'un parmi les représentants des membres adhérents et l'autre parmi ceux des membres participants.

Le président ne peut être âgé de plus de 72 ans. Lorsqu'il a atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office. La même règle s'applique au vice-président.

Les modalités de prise de parole publique du président et du vice-président doivent respecter le principe du paritarisme lorsqu'ils s'expriment au nom du conseil d'administration.

Nul ne peut exercer simultanément plus de trois mandats de président ou de vice-président du conseil d'administration d'une institution de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance.

Le bureau :

- se réunit sur convocation du président ou, à défaut, du vice-président ;
- prépare les réunions du conseil d'administration et toutes les études demandées par lui ;
- assure le suivi de l'administration générale de l'institution ;
- exerce les délégations que lui confie le conseil d'administration.

Le président ou, à défaut, le vice-président :

- représente l'institution dans tous les actes de la vie civile ;
- convoque le conseil d'administration et le bureau et fixe l'ordre du jour ;
- donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions devant être autorisées dans un délai de 1 mois à compter de leur conclusion. »

CHAPITRE II

Il est créé dans l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance un nouveau règlement dénommé « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres », rédigé comme suit :

« RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS DES NON-CADRES

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des participants affiliés au régime de retraite complémentaire ARRCO et non affiliés au régime de retraite complémentaire AGIRC (ou de leurs ayants droit) par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Dans la suite du règlement, ces participants sont appelés participants non cadres.

Les garanties proposées reposent sur plusieurs options modulaires avec une progression de niveaux de remboursements ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

Article 2

Adhésion des entreprises

Les entreprises entrant dans le champ d'application des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990 peuvent librement adhérer au présent règlement.

Article 3

Modalités de l'adhésion

L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définies par le présent règlement.

L'adhésion fait suite à un choix de mise en place d'une couverture santé dans l'entreprise, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- suite à un accord collectif ;
- suite à la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référendum) ;
- suite à une décision unilatérale de l'employeur.

L'adhésion de l'entreprise est dite obligatoire lorsque tout salarié non cadre présent dans l'entreprise est affilié au présent règlement, à l'exception :

- des salariés qui ont choisi d'exercer leur faculté de dispense d'adhésion conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, à la condition que cette faculté soit prévue par l'acte fondateur du régime (décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif) ;
- en cas de décision unilatérale de l'employeur, de tout salarié non cadre présent dans l'entreprise au jour de l'adhésion, lorsque ce salarié a choisi de ne pas cotiser contre son gré (en application de l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989).

L'adhésion de l'entreprise est dite facultative dans les autres cas, ce qui entraîne une majoration automatique de cotisation.

En cas d'adhésion facultative, chaque salarié affilié doit formellement manifester auprès de l'employeur sa volonté de participer à ce régime.

Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à BTP-Prévoyance :

- le niveau des garanties retenues ;
- le mode de détermination des garanties collectives, au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des participants concernés.

BTP-Prévoyance notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi à l'entreprise d'un certificat d'adhésion. En cas d'adhésion facultative, l'entreprise est informée des règles sociales et fiscales qui s'y rattachent.

Toute entreprise adhérente est tenue de signaler dans les 15 jours à BTP-Prévoyance toute embauche ou tout départ de son personnel non cadre. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués.

Article 4

Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier de prestations au titre du présent règlement ci-après, désignées les bénéficiaires, sont :

- le participant ;
- ses ayants droit : son conjoint et ses enfants à charge (tels que définis ci-après), et de manière générale toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance. La modification est prise en compte au premier jour suivant la déclaration ou, lorsque la cotisation dépend de la composition familiale, à compter du premier jour où la modification de couverture du conjoint est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur.

Toutefois, lorsque l'extension de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants : mariage, naissance, conclusion d'un Pacs, les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent et si cette modification n'entraîne pas de modification du montant des cotisations dues.

4.1. Notion de conjoint du participant

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le participant ;
- à défaut, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le participant ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) Le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;

d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

4.2. Notion d'enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

Sont également considérés à charge les enfants nés du participant, ou adoptés par le participant, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée :

- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
- en demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à la charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant ;
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

Article 5

Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion – ou de toute modification ultérieure des garanties – est fixée, selon la cadence d'appel des cotisations à laquelle est soumise l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande.

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment souscrite, cette modification implique le respect des termes et des conditions de l'article 8.1.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre de l'exercice civil, et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Article 6

Cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées en euros par jour de présence ou en pourcentage de salaire.

Sauf situations particulières définies par le conseil d'administration de BTP-Prévoyance, la formule d'appel des cotisations exprimée en euros est réservée aux entreprises occupant un effectif supérieur ou égal à 10 salariés.

6.1. Assiette

Pour les cotisations exprimées en euros, les cotisations dépendent du nombre de jours de présence dans l'effectif de l'entreprise de chaque participant non cadre affilié au cours du trimestre écoulé. Le calcul est réalisé par l'employeur :

- sans différencier les jours calendaires, selon qu'ils aient été ouverts ou non ;
- sans déduction ou abattement, en cas de travail à temps partiel ;
- en plafonnant le nombre de jours décalés à 90 jours par salarié non cadre et par trimestre civil.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette des cotisations pour les salariés affiliés est la même que l'employeur doit appliquer pour leur couverture de prévoyance conventionnelle :

- en application des dispositions des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990 ;
- dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A).

Lorsque l'entreprise relève du mode direct (tel que défini à l'article 3.6 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP), il lui appartient de proratiser l'application du plafond pour tenir compte de la part déclarée par la caisse congés intempéries BTP.

6.2. Montant ou taux

Le montant ou le taux de cotisation dépend de la combinaison retenue par l'entreprise dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis.

La couverture des ayants droit n'a pas d'incidence sur le taux de la cotisation, sauf lorsque l'entreprise a opté pour le mode dit conjoint distinct ; dans ce cas, le taux de cotisation dépend de l'inclusion ou non du conjoint dans la liste des bénéficiaires.

Lorsque l'entreprise a retenu le principe d'une adhésion à caractère obligatoire au sens de la réglementation de la sécurité sociale, les différents montants ou taux de cotisations applicables sont fixés dans l'annexe tarifaire.

Quand l'adhésion est facultative au sens de la réglementation de la sécurité sociale, les montants ou taux de cotisations applicables sont ceux qui figurent dans l'annexe tarifaire, majorés de 20 %. Par exception, jusqu'au 31 décembre 2014, cette majoration de 20 % ne s'applique pas pour les cotisations des entreprises qui avaient adhéré dans un cadre obligatoire aux règlements de frais médicaux collectifs ouvriers et/ou ETAM de BTP-Prévoyance avant la mise en œuvre du présent règlement.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés est déterminée librement dans chaque entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion soit acceptée :

- la répartition doit prévoir une contribution effective de l'employeur ;
- la participation de l'employeur doit être uniforme :
 - pour l'ensemble des salariés non cadres de l'entreprise ;
 - pour tous leurs conjoints, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration.

6.3. Autres dispositions relatives aux cotisations

La fraction de la cotisation à charge du salarié est précomptée et versée par l'entreprise, en tant que mandataire responsable du versement des cotisations auprès de BTP-Prévoyance.

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions relatives à la période de cotisation, à l'exigibilité des cotisations, à la déclaration des salaires (si la cotisation en dépend) et au recouvrement des cotisations, telles que définies aux articles 3.2, 3.4 (à l'exception du premier alinéa), 3.5 et 3.6 (à l'exception du second alinéa) des annexes III des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990 instituant respectivement le régime national de prévoyance des ouvriers et le régime national de prévoyance des ETAM du BTP.

Article 7

Réservé

Article 8

Terme de l'adhésion. – Conséquence sur les prestations en cours

8.1. Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise (démission) ;
- en cas de liquidation ou de cessation d'activité de l'entreprise sans reprise de contrat de travail ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion) ;
- à la suite d'une absorption, fusion, cessation d'activité avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail.

a) Résiliation à l'initiative de l'entreprise (démission)

Toute entreprise qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit :

- signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception ;
- s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et des procédures prévues, le cas échéant, par le code du travail.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :

- l'entreprise a été informée d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés, et a formulé sa demande dans les 60 jours qui s'ensuivent ;
- l'entreprise a changé de secteur d'activité et ne relève plus du champ du bâtiment et des travaux publics ;
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion pendant un délai de 3 mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement.

b) Terme de l'adhésion suite à liquidation ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail

En cas de liquidation d'une entreprise adhérente, le terme de l'adhésion prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion prend effet à la date de cessation d'activité. La demande de résiliation doit être notifiée par l'employeur à BTP-Prévoyance dans le délai de 1 mois.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

Le terme de l'adhésion prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié par l'institution à l'entreprise au moins 2 mois auparavant.

Il appartient alors à l'entreprise de s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et des procédures prévues, le cas échéant, par le code du travail.

d) Terme de l'adhésion suite à absorption, fusion ou cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail

En cas d'absorption par une autre entreprise ou de cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé (dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail), il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à l'institution. Le terme de l'adhésion intervient alors à la date de transfert des contrats de travail.

En cas d'absorption d'autres entreprises avec reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion peut intervenir à la date d'harmonisation des régimes de prévoyance, sous réserve que l'entreprise en fasse la demande à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard dans les 60 jours qui s'ensuivent. A défaut, le terme de l'adhésion prend effet au plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite.

8.2. Prestations en cours au terme de l'adhésion

Les garanties dont bénéficiaient les salariés et leurs ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

Article 9

Réserve

Article 10

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur

10.1. Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque, à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-Prévoyance en qualité de participant affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un participant (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4).

Le versement des prestations est subordonné au règlement par l'entreprise de la totalité de ses cotisations au régime. Toutefois :

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise a été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout participant non juridiquement responsable du défaut de paiement.

10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation.

Article 11

Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié ;
- au terme de l'adhésion de l'entreprise ;
- ou, en cas d'adhésion facultative, au jour où le salarié renonce à être affilié au présent règlement.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues, sans contrepartie de cotisation, aux conditions définies ci-après :

- lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente ;
- en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage ;
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ;
- en cas de décès du participant, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties de l'option en vigueur, au moment de la rupture du contrat de travail ou au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Les participants et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements de frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de BTP-Prévoyance.

11.1. Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations pour une période de 30 jours de date à date.

11.2. Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation, selon le collège d'appartenance, en application des dispositions des articles 11.2 des règlements des régimes de frais médicaux collectifs des ouvriers et des ETAM de BTP-Prévoyance tels qu'applicables au 1^{er} janvier 2013.

11.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés du collège correspondant dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

11.4. Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du participant

En cas de décès du participant, le maintien des garanties est accordé pour une durée de 6 mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant (tels que définis à l'article 4).

Article 12

Prestations. – Etendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de BTP-Prévoyance, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise.

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'annexe des garanties ;
- par référence au niveau de couverture en vigueur à la date du fait générateur. Toutefois, lorsque le fait générateur est postérieur à la sortie du membre participant de l'entreprise (dans le cadre des dispositions de l'article 11), c'est le niveau de couverture à la date de sortie de l'entreprise qui doit être retenu.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations et les interdictions de prise en charge résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est précisé :

- que toutes les prestations de prévention comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification ultérieure de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- ne s'appliquent pas pour les soins effectués par des tiers, des professionnels ou des établissements non conventionnés par la sécurité sociale (tous identifiés à ce titre sous l'intitulé de secteur non conventionné), quels que soient les titres ou qualifications dont ils disposent.

Le cumul des remboursements effectués auprès du participant (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale), toute actualisation de l'annexe des

garanties relève d'une décision de la commission paritaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes "monture et/ou verres simples" et "monture et/ou verres progressifs" est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au forfait annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes "monture et/ou verres simples" et "monture et/ou verres progressifs" ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes "monture et/ou verres simples" et "monture et/ou verres progressifs" ;
- lorsque, au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes "monture et/ou verres simples" ou "monture et/ou verres progressifs" et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au forfait annuel de base.

Par exception, le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé à tout participant :

- qui était déjà affilié au 31 décembre 2012 à une couverture collective d'assurance santé de BTP-Prévoyance ;
- nouvellement affilié par l'entreprise, ainsi qu'à ses ayants droit adultes :
 - lors de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement ;
 - en cas de nouvelle embauche ;
 - en cas de promotion au sein du collège d'adhésion, si le participant n'était pas précédemment couvert par BTP-Prévoyance.

Le montant du forfait annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et "autres prothèses et divers"

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;
- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Article 13

Support des remboursements

Les remboursements s'effectuent sur la base de données informatisées transmises par les régimes de base ou par les professionnels de santé.

Lorsque, aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par BTP-Prévoyance, le participant doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'annexe des garanties le nécessitent, le participant peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts ainsi que les fausses déclarations intentionnelles entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au bénéficiaire dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Si tel ne peut être le cas, elle est versée au terme d'un délai de 5 ans au solde du compte prévu à l'article 23.

Article 15

Tiers payant

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées par BTP-Prévoyance, les remboursements effectués par le régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

Réserve

Article 17

Prescription. – Déclaration tardive

17.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de 2 ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

17.2. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court que :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où l'institution, l'entreprise ou le participant engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogée de plein droit au participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que BTP-Prévoyance a exposées, et dans les limites et conditions légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Le régime prévu par le présent règlement est mis en œuvre par BTP-Prévoyance dans le cadre de coassurances territoriales avec des mutuelles.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du 9^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance sont exposées dans une annexe de coassurance jointe au présent règlement.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque adhérent conserve le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations du participant sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance (sauf autre disposition de répartition des engagements convenue conjointement entre les coassureurs).

Article 20

Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'entreprise adhérente, qu'à hauteur de sa seule quote-part dans les opérations communes, dans la mesure où celle-ci a été portée à la connaissance de l'entreprise.

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Article 21

Information des entreprises adhérentes et des participants

21.1. Information lors de l'adhésion

L'information des entreprises adhérentes est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement.

En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées au participant les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture. S'agissant de ses droits, en particulier en termes de tiers payant, une carte récapitulative lui est adressée selon une périodicité fixée par le conseil d'administration.

L'entreprise adhérente est notamment informée qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, ses salariés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de PRO BTP à l'adresse suivante : médiateur de PRO BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'entreprise adhérente est informée que le médiateur de PRO BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modifications des conditions de couverture

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à modifications apportées au présent règlement ;
- suite à évolutions tarifaires ;
- suite à mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, les modifications de conditions de couverture résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés.

Article 22

Section financière et réserve

Pour le suivi des opérations nées du présent règlement (et, à compter du 1^{er} janvier 2014, du règlement des régimes de frais médicaux collectifs standards des ETAM), il est institué une section financière distincte ainsi qu'une réserve spécifique dans les fonds propres de l'institution.

La réserve est alimentée au 31 décembre de l'exercice :

- par le solde des ressources et des charges de la section financière pour l'exercice écoulé ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie du résultat des comptes de gestion.

Au 1^{er} janvier 2014, cette réserve est également alimentée par le transfert de l'ensemble des réserves précédemment constituées au titre des régimes de frais médicaux collectifs ouvriers et de frais médicaux collectifs des ETAM.

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents ;
- b) Des majorations et pénalités de retard correspondantes ;
- c) De la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Des produits nets des placements de la section financière ;
- e) Du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance.

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents.

23.3. Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre de la section financière.

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la section financière. »

CHAPITRE III

Au 1^{er} janvier 2014 :

- toutes les adhésions au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers issu de l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001 en cours à cette date seront entièrement et intégralement transférées vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres créé par le présent avenant ;
- ces adhésions seront mutualisées au sein de l'ensemble des adhésions non cadres au titre du règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres ;
- les fonds propres afférents au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers au 31 décembre 2013 seront transférés vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres.

En conséquence, au 1^{er} janvier 2014, le règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers sera entièrement et intégralement supprimé.

CHAPITRE IV

A compter du 1^{er} janvier 2014, le règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM issu de l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance ne fera plus l'objet de nouvelles adhésions.

Au 1^{er} janvier 2014 :

- l'ensemble des adhésions en cours à ce règlement sera entièrement et intégralement transféré vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres créé par le présent avenant, à

l'exception des entreprises qui ont, à la date du transfert, à la fois une adhésion au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers avec une cotisation exprimée en pourcentage de la rémunération et une adhésion au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM avec une cotisation exprimée en forfait.

Les adhésions transférées seront mutualisées au sein de l'ensemble des adhésions non cadres au titre du règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres.

Les adhésions non transférées continueront à relever du règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM ;

- les fonds propres afférents au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM au 31 décembre 2013 seront transférés vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres.

CHAPITRE V

Le règlement du régime des compléments individuels de frais médicaux issu de l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance est modifié comme suit :

L'article 1^{er} est désormais rédigé comme suit :

« Article 1^{er}

Objet. – Définitions

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et les obligations des participants qui, déjà couverts dans le cadre leur entreprise par un régime collectif de frais médicaux de BTP-Prévoyance (non-cadres ou cadres), souhaitent compléter leurs garanties de frais médicaux sur la base d'une contribution financière à leur charge exclusive.

Ces compléments de garanties reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- socle collectif : l'option du régime de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance (non-cadres, cadres ou ETAM régime fermé) à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le participant ;
- complément individuel : le complément de garanties de frais médicaux auquel le salarié a décidé de participer à titre personnel en sus du socle collectif, qui est régi par les dispositions du titre III du livre 9 du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance ;
- dispositif de couverture santé à étages : les garanties globales de frais médicaux issues du cumul du socle collectif et du complément individuel choisi par le participant. il est précisé que l'entreprise qui met en place un dispositif de couverture santé à étages adhère à une seule et même opération collective de remboursement complémentaire des frais de santé ;
- niveau de garanties : les garanties servies en fonction de l'option et, le cas échéant, du module de garanties additionnelles choisis par l'entreprise et/ou le participant ;
- participant ou salarié : le salarié ou ancien salarié qui peut participer ou participe de manière volontaire au complément individuel.

Les garanties prises en charge par le complément individuel s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime de sécurité sociale dont relève le participant et ses ayants droit ;
- des dépenses de santé prises en charge au titre du socle collectif. »

CHAPITRE VI

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} juillet 2013, à l'exception des stipulations prévues aux chapitres III et IV qui prennent effet le 1^{er} janvier 2014.

CHAPITRE VII

Le texte du présent avenant sera déposé en un nombre d'exemplaires suffisants aux services centraux du ministre chargé du travail et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail.

Fait à Paris, le 26 juin 2013.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

ANNEXE DES GARANTIES, ANNEXES TARIFAIRES ET ANNEXES DE COASSURANCE
DU « RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX » COLLÈGE NON-CADRES

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres Annexes des garanties au 1^{er} juillet 2013 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en pourcentage s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale ;
- part de la sécurité sociale comprise.

Tous les remboursements s'entendent :

- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la sécurité sociale ;
- à l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- à l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE								
Soins. – Hospitalisation	Part de la sécurité sociale	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	S6
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	100 %	175 %	300 %	300 %	400 %
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)}	80 %				150 %			150 %
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %							
Transports	65 %							
Soins externes	60 à 70 %							
Radiologie, actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Pharmacie	15 %							–
	65 % / 35 %							100 %
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % – 1 forfait							
Forfait journalier hospitalier dès le 1 ^{er} jour ⁽²⁾	–	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽²⁾	–	–	–	45 € par jour	45 € par jour	60 € par jour	75 € par jour	90 € par jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans ⁽²⁾	–	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE								
	Part de la sécurité sociale	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique, prothèses et divers Optique Verres et montures : Pour l'adulte Forfait annuel de base : Monture et/ou verres simples ^{(3) (4)} Monture et/ou verres progressifs ^{(3) (4) (5)} Bonus responsable intermédiaire ⁽⁴⁾ Bonus responsable maximal ⁽⁴⁾	60 %	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
		100 % + 30 €	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 350 €	100 % + 500 €
		-	-	-	+ 50 €	+ 125 €	+ 150 €	+ 250 €
		-	-	-	+ 100 €	+ 250 €	+ 300 €	+ 500 €
Pour l'enfant Monture et/ou verres simples ⁽³⁾ Monture et/ou verres progressifs ^{(3) (5)}		100 % + 65 €	100 % + 65 €	100 % + 120 €	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €
		100 % + 125 €	100 % + 125 €	100 % + 200 €	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €	100 % + 700 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	60 %	-	250 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la sécurité sociale ⁽⁶⁾	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Soins et prothèses dentaires								
Soins dentaires ⁽¹⁰⁾	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	300 %	300 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	70 %	175 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	650 %
Implants ⁽⁷⁾	-	-	-	-	-	400 €	450 €	500 €
Orthodontie ⁽¹⁰⁾	100 %	175 %	200 %	200 %	250 %	300 %	400 %	400 %

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE									
	Part de la sécurité sociale	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	
Autres prothèses et divers									
Prothèses auditives ⁽¹⁰⁾	60 %	175 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	750 %	
Appareillages orthopédiques et autres pro- thèses ⁽¹⁰⁾									
Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €	
Cures thermales ⁽⁹⁾	65 %	100 %	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €	

(1) Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.

(2) Non limité en nombre.

(3) Montant en euros : forfait annuel, par personne, pour la part excédant le tarif de la sécurité sociale.

(4) Les forfaits annuels de base et les bonus intermédiaires et maximaux sont octroyés suivant les modalités telles que définies à l'article 12.2 du présent règlement.

(5) Sous condition que la sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.

(6) Plafond par an et par bénéficiaire.

(7) Forfait par an et par bénéficiaire.

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées.

(9) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire suivant les modalités telles que définies à l'article 12.3 du présent règlement.

MODULE ADDITIONNEL FACULTATIF	
Services d'assistance ⁽¹⁾	Oui
(1) Par exception, module directement intégré dans l'option P6.	

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Gamme nationale
Tarification Global famille

Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A
au 1^{er} juillet 2013

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime général										
S1										
S2	2,35 %	2,07 %								
S3	2,55 %	2,25 %								
S3+	2,90 %	2,56 %								
S4	3,20 %	2,83 %								
S5	3,55 %	3,13 %								
S6	4,15 %	3,66 %								
P1										
P2			0,72 %	0,64 %						
P3			1,20 %	1,06 %	1,24 %	1,09 %				
P3+			2,05 %	1,81 %	2,12 %	1,87 %	2,12 %	1,87 %		
P4			3,00 %	2,65 %	3,11 %	2,75 %	3,11 %	2,75 %	3,30 %	2,91 %
P5			3,65 %	3,22 %	3,78 %	3,34 %	3,78 %	3,34 %	4,02 %	3,55 %
P6			5,65 %	4,99 %	5,85 %	5,16 %	5,85 %	5,16 %	6,22 %	5,49 %

BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime Alsace-Moselle									
S1									
S2	0,75 %								
S3	0,85 %								
S3+	1,10 %								
S4	1,30 %								
S5	1,70 %								
S6	2,85 %								
P1									
P2		0,65 %	0,57 %						
P3		1,20 %	1,06 %	1,25 %	1,10 %				
P3+		2,05 %	1,81 %	2,13 %	1,88 %	2,19 %	1,93 %		
P4		3,00 %	2,65 %	3,12 %	2,75 %	3,21 %	2,83 %	3,24 %	2,86 %
P5		3,65 %	3,22 %	3,80 %	3,35 %	3,91 %	3,45 %	3,94 %	3,48 %
P6		5,25 %	4,63 %	5,46 %	4,82 %	5,62 %	4,96 %	5,67 %	5,01 %
S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique. (1) Montant y compris les taxes applicables au 1 ^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année : – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. (2) Montant après déduction des taxes applicables au 1 ^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année : – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.									

MODULES ADDITIONNELS		
	Option assistance TTC ⁽¹⁾	Option assistance HT ⁽²⁾
Régime général	0,04 %	0,04 %
Régime Alsace-Moselle	0,04 %	0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. 		

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Gamme nationale
Tarification Global famille au 1^{er} juillet 2013

	BLOCS		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime général										
S1										
S2	478,80 €	422,71 €								
S3	518,40 €	457,67 €								
S3+	615,60 €	543,48 €								
S4	687,60 €	607,05 €								
S5	766,80 €	676,97 €								
S6	1 134,00 €	1 001,15 €								

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
P1										
P2			158,40 €	139,84 €						
P3			248,40 €	219,30 €	255,60 €	225,66 €				
P3+			507,60 €	448,13 €	525,60 €	464,02 €	547,20 €	483,09 €		
P4			756,00 €	667,43 €	781,20 €	689,68 €	813,60 €	718,28 €	831,60 %	734,18 %
P5			1 008,00 €	889,91 €	1 044,00 €	921,69 €	1 083,60 €	956,65 €	1 108,80 %	978,90 %
P6			1 872,00 €	1 652,69 €	1 936,80 €	1 709,90 €	2 012,40 €	1 776,64 €	2 059,20 %	1 817,96 %
Régime Alsace-Moselle										
S1										
S2	140,40 €	123,95 €								
S3	172,80 €	152,56 €								
S3+	216,00 €	190,69 €								
S4	280,80 €	247,90 €								
S5	363,60 €	321,00 €								
S6	712,80 €	629,29 €								
P1										
P2			158,40 €	139,84 €						

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
P3			248,40 €	219,30 €	259,20 €	228,83 €				
P3+			507,60 €	448,13 €	529,20 €	467,20 €	543,60 €	479,92 €		
P4			756,00 €	667,43 €	784,80 €	692,86 €	810,00 €	715,11 €	817,20 €	721,46 €
P5			1 008,00 €	889,91 €	1 047,60 €	924,87 €	1 080,00 €	953,47 €	1 087,20 €	959,83 €
P6			1 872,00 €	1 652,69 €	1 947,60 €	1 719,43 €	2 001,60 €	1 767,11 €	2 023,20 €	1 786,17 €

S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.
 (1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
 – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.
 (2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
 – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

MODULES ADDITIONNELS		
	Option assistance TTC ⁽¹⁾	Option assistance HT ⁽²⁾
Régime général	10,80 €	9,53 €
Régime Alsace-Moselle	10,80 €	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
 – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.
 (2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
 – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Tarification Conjoint distinct

Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A au 1^{er} juillet 2013

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime général										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	1,76 %	1,55 %								
S3	1,91 %	1,69 %								
S3+	2,18 %	1,92 %								
S4	2,40 %	2,12 %								
S5	2,66 %	2,35 %								
S6	3,11 %	2,75 %								
P1										
P2			0,54 %	0,48 %						
P3			0,90 %	0,79 %	0,93 %	0,82 %				
P3+			1,54 %	1,36 %	1,59 %	1,40 %	1,66 %	1,47 %		
P4			2,25 %	1,99 %	2,33 %	2,06 %	2,42 %	2,14 %	2,48 %	2,19 %
P5			2,74 %	2,42 %	2,84 %	2,51 %	2,95 %	2,60 %	3,01 %	2,66 %
P6			4,24 %	3,74 %	4,39 %	3,88 %	4,56 %	4,03 %	4,66 %	4,11 %

	BLOCS		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
<i>Cotisation salarié + enfants + conjoint</i>										
S1										
S2	2,82 %	2,49 %								
S3	3,06 %	2,70 %								
S3+	3,48 %	3,07 %								
S4	3,84 %	3,39 %								
S5	4,26 %	3,76 %								
S6	4,98 %	4,40 %								
P1										
P2			0,86 %	0,76 %						
P3			1,44 %	1,27 %	1,49 %	1,32 %				
P3+			2,46 %	2,17 %	2,55 %	2,25 %	2,64 %	2,33 %		
P4			3,60 %	3,18 %	3,73 %	3,29 %	3,87 %	3,42 %	3,96 %	3,50 %
P5			4,38 %	3,87 %	4,53 %	4,00 %	4,71 %	4,16 %	4,82 %	4,26 %
P6			6,78 %	5,99 %	7,02 %	6,20 %	7,29 %	6,44 %	7,46 %	6,59 %
<p>S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.</p> <p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>										

MODULES ADDITIONNELS		
		Régime général
Option assistance TTC ⁽¹⁾		0,04 %
Option assistance HT ⁽²⁾		0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>		

Régime des frais médicaux collectifs. – Ouvriers

Gamme nationale

Tarification Conjoint distinct

Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A au 1^{er} juillet 2013

	BLOCS		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime Alsace-Moselle										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	0,56 %	0,49 %								
S3	0,64 %	0,57 %								
S3+	0,83 %	0,73 %								
S4	0,98 %	0,87 %								
S5	1,28 %	1,13 %								

	BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
S6	2,14 %	1,89 %								
P1										
P2			0,49 %	0,43 %						
P3			0,90 %	0,79 %	0,94 %	0,83 %				
P3+			1,54 %	1,36 %	1,60 %	1,41 %	1,65 %	1,46 %		
P4			2,25 %	1,99 %	2,34 %	2,07 %	2,41 %	2,13 %	2,43 %	2,15 %
P5			2,74 %	2,42 %	2,85 %	2,52 %	2,93 %	2,59 %	2,96 %	2,61 %
P6			3,94 %	3,48 %	4,10 %	3,62 %	4,22 %	3,73 %	4,26 %	3,76 %
Cotisation salarîé + enfants + conjoint										
S1										
S2	0,90 %	0,79 %								
S3	1,02 %	0,90 %								
S3+	1,32 %	1,17 %								
S4	1,56 %	1,38 %								
S5	2,04 %	1,80 %								
S6	3,42 %	3,02 %								
P1										
P2			0,78 %	0,69 %						
P3			1,44 %	1,27 %	1,50 %	1,32 %				
P3+			2,46 %	2,17 %	2,56 %	2,26 %	2,63 %	2,32 %		

	BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
P4			3,60 %	3,18 %	3,74 %	3,30 %	3,85 %	3,40 %	3,89 %	3,43 %
P5			4,38 %	3,87 %	4,56 %	4,03 %	4,69 %	4,14 %	4,73 %	4,18 %
P6			6,30 %	5,56 %	6,55 %	5,78 %	6,74 %	5,95 %	6,80 %	6,00 %

S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.
(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.
(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

MODULES ADDITIONNELS	
	Régime Alsace-Moselle
Option assistance TTC ⁽¹⁾	0,04 %
Option assistance HT ⁽²⁾	0,04 %

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.
(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;
– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Gamme nationale
Tarification Conjoint distinct

	BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime général										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	320,40 €	282,86 €								
S3	345,60 €	305,11 €								
S3+	414,00 €	365,50 €								
S4	460,80 €	406,82 €								
S5	514,80 €	454,49 €								
S6	759,60 €	670,61 €								
P1										
P2			104,40 €	92,17 €						
P3			165,60 €	146,20 €	172,80 €	152,56 €				
P3+			338,40 €	298,76 €	349,20 €	308,29 €	363,60 €	321,00 €		
P4			507,60 €	448,13 €	525,60 €	464,02 €	547,20 €	483,09 €	558,00 €	492,63 €
P5			676,80 €	597,51 €	702,00 €	619,76 €	727,20 €	642,01 €	745,20 €	657,90 €
P6			1 252,80 €	1 106,03 €	1 296,00 €	1 144,17 €	1 346,40 €	1 188,66 €	1 378,80 €	1 217,27 €

BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Cotisation salarié + enfants + conjoint									
S1									
S2	550,80 €	486,27 €							
S3	597,60 €	527,59 €							
S3+	709,20 €	626,11 €							
S4	792,00 €	699,21 €							
S5	882,00 €	778,67 €							
S6	1 303,20 €	1 150,53 €							
P1									
P2		183,60 €	162,09 €						
P3		284,40 €	251,08 €	295,20 €	260,62 €				
P3+		583,20 €	514,88 €	604,80 €	533,95 €	626,40 €	553,01 €		
P4		871,20 €	769,14 €	900,00 €	794,56 €	936,00 €	826,34 €	957,60 €	845,41 €
P5		1 159,20 €	1 023,40 €	1 198,80 €	1 058,36 €	1 245,60 €	1 099,67 €	1 274,40 €	1 125,10 €
P6		2 152,80 €	1 900,59 €	2 228,40 €	1 967,33 €	2 314,80 €	2 043,61 €	2 368,80 €	2 091,29 €
<p>S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.</p> <p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pourvoir pour répartir ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pourvoir pour répartir ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>									

MODULES ADDITIONNELS		
		Régime général
Option assistance TTC ⁽¹⁾		10,80 %
Option assistance HT ⁽²⁾		9,53 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. 		

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Gamme nationale
Tarification Conjoint distinct

	BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
Régime Alsace-Moselle										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	93,60 €	82,63 €								
S3	115,20 €	101,70 €								
S3+	144,00 €	127,13 €								
S4	187,20 €	165,27 €								
S5	244,80 €	216,12 €								
S6	478,80 €	422,71 €								
P1										
P2			104,40 €	92,17 €						

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
P3			165,60 €	146,20 €	172,80 €	152,56 €				
P3+			338,40 €	298,76 €	352,80 €	311,47 €	363,60 €	321,00 €		
P4			507,60 €	448,13 €	529,20 €	467,20 €	543,60 €	479,92 €	547,20 €	483,09 €
P5			676,80 €	597,51 €	705,60 €	622,94 €	723,60 €	638,83 €	730,80 €	645,18 €
P6			1 252,80 €	1 106,03 €	1 303,20 €	1 150,53 €	1 339,20 €	1 182,31 €	1 353,60 €	1 195,02 €
	Cotisation salarié + enfants + conjoint									
S1										
S2	162,00 €	143,02 €								
S3	198,00 €	174,80 €								
S3+	248,40 €	219,30 €								
S4	324,00 €	286,04 €								
S5	417,60 €	368,68 €								
S6	820,80 €	724,64 €								
P1										
P2			183,60€	162,09 €						
P3			284,40 €	251,08 €	295,20 €	260,62 €				
P3+			583,20 €	514,88 €	604,80 €	533,95 €	622,80 €	549,84 €		
P4			871,20 €	769,14 €	907,20 €	800,92 €	932,40 €	823,17 €	939,60 €	829,52 €
P5			1 159,20 €	1 023,40 €	1 206,00 €	1 064,71 €	1 242,00 €	1 096,50 €	1 252,80 €	1 106,03 €

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾	Tarif TTC ⁽¹⁾	Tarif HT ⁽²⁾
P6			2 152,80 €	1 900,59 €	2 239,20 €	1 976,87 €	2 304,00 €	2 034,08 €	2 325,60 €	2 053,15 €
<p>S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.</p> <p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none">- le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none">- le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.										

MODULES ADDITIONNELS	
	Régime Alsace-Moselle
Option assistance TTC ⁽¹⁾	10,80 %
Option assistance HT ⁽²⁾	9,53 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none">- le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none">- le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.	

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Annexes des garanties au 1^{er} juillet 2013
Options régionales

Toutes les garanties formulées en pourcentage s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale ;
- part de la sécurité sociale comprise.

Tous les remboursements s'entendent :

- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la sécurité sociale ;
- à l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- à l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

OPTIONS			
Départements où l'adhésion est possible		59, 62	
Soins. – Hospitalisation	Part sécurité sociale	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	175 %
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)}	80 %		100 %
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %		175 %
Transports	65 %		
Soins externes	60 à 70 %		150 %
Radiologie, actes techniques médicaux	70 %		
Pharmacie	65 %, 35 %, 15 %		100 %
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1 ^{er} jour ⁽¹⁾	–	Oui	Oui
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ^{(1) (2)}	–	60 € par jour	75 € par jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique ⁽²⁾	–	40 € par jour	40 € par jour

OPTIONS			
Optique, prothèses et divers			
Optique		Adultes	Adultes
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale ⁽²⁾	60 %	100 % + 240 € pour un équipement à verres progressifs	100 % + 350 € pour un équipement à verres progressifs
		100 % + 200 € pour un équipement à verres simples	100 % + 300 € pour un équipement à verres simples
		Enfants	Enfants
		100 % + 240 € pour un équipement à verres progressifs 100 % + 160 € pour un équipement à verres simples	100 % + 350 € pour un équipement à verres progressifs 100 % + 250 € pour un équipement à verres simples
Lentilles remboursées par la sécurité sociale		100 % + 100 €	100 % + 125 €
Lentilles refusées par la sécurité sociale	–	100 €	125 €
Soins et prothèses dentaires			
Soins dentaires	70 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale		350 %	500 %
Implants ⁽³⁾	–	–	–
Orthodontie	100 %	200 %	250 %
Autres prothèses et divers			
Prothèses auditives	60 %	350 %	500 %
Appareillages orthopédiques et autres prothèses			
Acupuncture ⁽⁴⁾	–	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
Ostéopathie ⁽⁵⁾	–	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
Cures thermales	65 %	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €
Service plus	–	Compris	Compris
Santé plus	–	En option	Compris
(1) Pour les ETAM, l'hospitalisation chirurgicale est remboursée à 100 % des frais réels par la garantie « Chirurgie » du régime de base obligatoire de prévoyance. (2) Non limité en nombre. (3) Forfait par an et par bénéficiaire. (4) S'entend par an et par bénéficiaire en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées. (5) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées.			

MODULES ADDITIONNELS FACULTATIFS			
Service plus		Santé plus	
Assistance 24 h/24 en cas d'hospitalisation	Oui	Chambre particulière en sec- teur psychiatrique	53,36 € par jour
Allocation hospitalière du 3 ^e au 90 ^e jour	15,85 €	Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	381,12 € par an
Allocation obsèques (en cas de dé- cès avant 65 ans)	1 524 €	Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	266,79 € par an
Protection juridique et assurance vie quotidienne	Oui	Orthodontie adulte refusée par la sécurité sociale	76,25 € par an
Prime événements familiaux : ma- riage / naissance	76,25 €	Orthodontie enfant refusée par la sécurité sociale	76,25 € par an
Extension tiers payant accès aux œuvres mutualistes	Oui	Vaccin anti-grippe pour per- sonnes de moins de 65 ans	100 % frais réels
		Vaccin non remboursable	100 % frais réels
		Collants ou bas à varices	114,34 € par an
		Fécondation <i>in vitro</i>	571,68 € par an
		Cholestérol ADL	5,72 € par acte
		Pédicurie	114,34 € par an
		Platrix	57,17 € par an
		Chiropracteur	50 % frais réels
		Densitométrie osseuse	76,22 € par an

OPTIONS			
Départements où l'adhésion est possible		01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 53, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89	
Soins. – Hospitalisation	Part sécurité sociale	RS2	RS3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	Pour le secteur conventionné 100 %	Pour le secteur conventionné 180 %
		Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2) (6) (8)} (hospitalisation chirurgie et médicale)	80 %	100 % FR	100 % FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	100 %	100 %
Transports	65 %		
Soins externes	60 à 70 %		
Radiologie, actes techniques médicaux	70 %		180 %
Pharmacie	65 %, 35 %, 15 %		100 %
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le premier jour ^{(10) (2) (6) (8)}	–	Oui	Oui
Chambre particulière dès le premier jour ^{(2) (6) (7) (8)} :	–		
– en chirurgie ⁽¹⁰⁾		100 % FR	100 % FR
– en médicale et psychiatrie		70 € par jour	90 € par jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ^{(8) (10)}	–	0,60 % PMSS par jour	0,60 % PMSS par jour
Allocation maternité	–	Cette prestation est prise en charge par la garantie « Forfait naissance » du régime national de prévoyance des ETAM	
Optique, prothèses et divers	60 %		
Optique			
Pour l'adulte :			
Equipement (monture + verres)		1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400 € par personne	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600 € par personne
Dont monture		2 % PMSS par an et par bénéficiaire	4 % PMSS par an et par bénéficiaire
Dont verre		85 % FR	85 % FR

OPTIONS			
Pour l'enfant :			
Monture	60 %	2 % PMSS par an et par bénéficiaire	4 % PMSS par an et par bénéficiaire
Verres		85 % FR	85 % FR
Lentilles remboursées par la sécurité sociale		70 % FR	85 % FR
Lentilles refusées par la sécurité sociale	–	4 % PMSS par an et par bénéficiaire	5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la sécurité sociale ⁽¹¹⁾	–	14 % PMSS par œil	14 % PMSS par œil
Soins et prothèses dentaires			
Soins dentaires	70 %	100 %	160 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale		350 %	400 %
Implants ⁽⁴⁾	–	300 €	400 €
Orthodontie	100 %	235 %	400 %
Autres prothèses et divers			
Prothèses auditives	60 %	250 %	350 %
Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100 % (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)	100 % (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)
Ostéopathie ⁽⁵⁾	–	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
Cures thermales ⁽⁹⁾	65 %	7 % PMSS par an et par bénéficiaire	12 % PMSS par an et par bénéficiaire
<p>(1) Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.</p> <p>(2) Non limité en nombre.</p> <p>(4) Forfait par an et par bénéficiaire.</p> <p>(5) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées.</p> <p>(6) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM).</p> <p>(7) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...).</p> <p>(8) A l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionné.</p> <p>(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire.</p> <p>(10) Pour les ETAM en cas d'hospitalisation chirurgicale, cette garantie est prise en charge par la garantie « Chirurgie » du régime de base obligatoire de prévoyance.</p> <p>(11) Prise en charge limitée à certains actes : contacter nos services pour plus d'informations.</p>			

MODULE ADDITIONNEL FACULTATIF	
Services d'assistance	Oui

OPTIONS				
Départements où l'adhésion est possible		27, 76		
Soins. – Hospitalisation	Part sécurité sociale	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,30 % PMSS Spécialistes : 0,5 % PMSS Neuropsychiatres : 1 % PMSS	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)}	80 %	110 %	130 %	100 % FR ⁽⁸⁾
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	100 %	150 %	150 %
Transports	65 %	110 %	130 %	
Soins externes	60 à 70 %	100 %	150 %	
Radiologie, actes techniques médicaux	70 %		150 %	100 %
Pharmacie	65 %, 35 %, 15 %		100 %	
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % 1 forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1 ^{er} jour ^{(1) (2)}	–	Oui	Oui	Oui
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ^{(1) (11)}	–	20 € par jour	42 € par jour	100 € par jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	–	16 € par jour	24 € par jour	100 % FR
Optique, prothèses et divers				
Optique				
Monture et/ou verres remboursés par la sécurité sociale ^{(3) (5)}	60 %	100 % + 150 € par an et par bénéficiaire	100 % + 375 € par an et par bénéficiaire	100 % + 450 € par an et par bénéficiaire (550 € si lentilles ou verres progressifs)
Lentilles remboursées par la sécurité sociale				
Lentilles refusées par la sécurité sociale	–			
Chirurgie de la vue ^{(4) (9) (10)}	–	–	–	350 € (par œil, par personne et par an)
Soins et prothèses dentaires				
Soins dentaires		100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ⁽⁶⁾	70 %	350 %	450 %	550 %

OPTIONS				
Implants ⁽⁴⁾	–	–	–	200 €
Orthodontie	100 %	200 %	300 %	400 %
Autres prothèses et divers				
Prothèses auditives	60 %	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 400 €
Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100 % (y compris prothèses capillaires et mammaires)	300 % (sauf prothèses capillaires et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100 % + 50 €)	400 % (sauf prothèses capillaires et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 300 €) Prothèses mammaires : 100 % + 300 €)
Vaccin non remboursé par la sécurité sociale	–	15 € par vaccin	30 € par vaccin	50 € par vaccin
Ostéodensitométrie osseuse non prise ⁽³⁾ en charge par la sécurité sociale	–	20 €	40 €	50 €
Patch et substitut nicotinique remboursés par la sécurité sociale (sur prescription médicale) ⁽³⁾	Dans la limite de 50 € par an par bénéficiaire	20 €	40 €	50 €
Cures thermales ⁽⁷⁾	65 %	100 %	100 % + 150 €	100 % + 200 €
<p>(1) Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.</p> <p>(2) Non limité en nombre.</p> <p>(3) Montant en euros : forfait annuel, par personne, pour la part excédant le tarif de la sécurité sociale.</p> <p>(4) Forfait par an et par bénéficiaire.</p> <p>(5) Les forfaits monture et verres ne sont pas cumulables.</p> <p>(6) Limité à 3 000 € par an par bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(7) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.</p> <p>(8) Les dépassements d'honoraires sont limités à 5 000 € par an et par bénéficiaire.</p> <p>(9) Prise en charge limitée à certains actes – contacter nos services pour plus d'informations.</p> <p>(10) Pour les ETAM et les cadres, cette prestation est prise en charge par la garantie chirurgie-naissance du régime de prévoyance.</p> <p>(11) Limité à 90 jours par hospitalisation.</p>				

MODULE ADDITIONNEL FACULTATIF	
Services d'assistance	Oui

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Tarification Global famille
Options régionales

	TARIF INDICATIF TTC ⁽¹⁾ au 1 ^{er} juillet 2013		TARIF INDICATIF HT ⁽²⁾ au 1 ^{er} juillet 2013	
Régime général				
Sécurité	6,15 %	1 242,00 €	5,43 %	1 096,50 €
Confort	6,70 %	1 411,20 €	5,92 %	1 245,87 €
RS2	4,61 %	925,20 €	4,07 %	816,81 €
RS3	5,87 %	1 328,40 €	5,18 %	1 172,77 €

	TARIF INDICATIF TTC ⁽¹⁾ au 1 ^{er} juillet 2013		TARIF INDICATIF HT ⁽²⁾ au 1 ^{er} juillet 2013	
Régime général				
Boissière 1	4,00 %	662,40 €	3,53 %	584,80 €
Boissière 2	4,82 %	1 220,40 €	4,26 %	1 077,43 €
Boissière 3	6,22 %	1 479,60 €	5,49 %	1 306,26 €
Modules additionnels				
Service Plus ^(a)	0,64 %	93,60 €	0,57 %	82,63 €
Santé Plus ^(a)	0,74 %	111,60 €	0,65 %	98,53 €
Option assistance ⁽³⁾	0,04 %	10,80 €	0,04 %	9,53 €
<p>(a) Uniquement pour les départements 59 et 62.</p> <p>(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(3) Uniquement dans les départements 01, 03, 07, 15, 21, 26, 27, 38, 42, 53, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 76 et 89.</p>				

Régime des frais médicaux collectifs. – Ouvriers
Tarification Conjoint distinct
(Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A)

Gamme régionale MBTP Nord

Régime général

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1 ^{er} juillet 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1 ^{er} juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
Sécurité	4,60 %	4,06 %
Confort	5,05 %	4,46 %
Cotisation salarié + enfants + conjoint		
Sécurité	7,40 %	6,53 %
Confort	8,05 %	7,11 %
Module additionnel		
Service Plus	0,64 %	0,57 %
Santé Plus	0,74 %	0,65 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année : – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. (2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 [TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année : – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>		

Régime général

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1 ^{er} juillet 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1 ^{er} juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
Boissière 1	3,00 %	2,65 %
Boissière 2	3,62 %	3,20 %
Boissière 3	4,67 %	4,12 %
Cotisation salarié + enfants + conjoint		
Boissière 1	4,80 %	4,24 %
Boissière 2	5,78 %	5,10 %
Boissière 3	7,46 %	6,59 %
Module additionnel		
Option assistance	0,04 %	0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. 		

Régime général

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1 ^{er} juillet 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1 ^{er} juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
RS 2	3,45 %	3,05 %
RS 3	4,40 %	3,88 %
Cotisation salarié + enfants + conjoint		
RS 2	5,55 %	4,90 %
RS 3	7,05 %	6,22 %
Module additionnel		
Option assistance	0,04 %	0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion. 		

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres
Tarification Conjoint distinct
Gamme régionale

MBTP SE

Régime général

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1 ^{er} juillet 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1 ^{er} juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
RS 2	648,00 €	572,08 €
RS 3	928,80 €	819,99 €
Cotisation salarié + enfants		
RS 2	1 065,60 €	940,76 €
RS 3	1 526,40 €	1 347,58 €
Module additionnel		
Option assistance	10,80 €	9,53 €
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année : – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année : – le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ; – à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>		

Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres

Annexe de coassurance au 1^{er} juillet 2013

MUTUELLE partenaire	DÉPARTEMENT	TAUX DE COASSURANCE ⁽¹⁾	
		BTP-Prévoyance	Mutuelle partenaire
MBTP du Nord	59, 62	75 %	25 %
MBTPSE	01, 07, 26, 38, 42, 69, 71, 73, 74, 03, 15, 21, 43, 58, 63, 89	65 %	35 %
Mutuelle Boissière du BTP	27, 26	75 %	25 %
(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-Prévoyance.			

Brochure n° 3180

Convention collective nationale

IDCC : 2111. – **SALARIÉS DU PARTICULIER EMPLOYEUR**

Brochure n° 3317

Convention collective nationale

IDCC : 2395. – **ASSISTANTS MATERNELS
DU PARTICULIER EMPLOYEUR**

ACCORD DU 10 JUILLET 2013

RELATIF À LA CRÉATION DU CONSEIL DU DIALOGUE SOCIAL

NOR : ASET1351054M

IDCC : 2111, 2395

EXPOSÉ DES MOTIFS

Au fil des années, par la négociation collective, les organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives et signataires de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur et de celle des assistants maternels du particulier employeur n'ont eu de cesse de conforter la singularité de la relation de travail entre les particuliers employeurs et leurs salariés tenant à ses caractéristiques fondamentales, à savoir :

- le particulier employeur n'est pas une entreprise ;
- la relation de travail ne poursuit pas de finalité lucrative ;
- le travail s'effectue au domicile privé.

Ils ont ainsi consolidé des branches professionnelles identifiées et structurées par des règles conventionnelles propres.

Cette singularité des branches des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur est désormais reconnue et consacrée par la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 relative à la modernisation de l'économie au terme de laquelle « Le particulier employeur est un acteur économique et social à part entière qui participe à la croissance sans pour autant poursuivre de fin lucrative au moyen des travaux de son ou ses salariés. »

Ces deux branches professionnelles (regroupant 3 600 000 particuliers employeurs et 1 700 000 salariés à la date de signature du présent accord) se trouvent engagées dans de nouveaux défis tels que :

- l'accompagnement de personnes en perte d'autonomie ;
- l'accompagnement de personnes en situation de handicap ;
- le besoin grandissant de modes de garde individuels des enfants ;
- les enjeux européens (notamment le modèle de l'emploi entre particuliers).

L'évolution récente des pratiques du dialogue social dans le champ professionnel couvert par ces deux branches et les phénomènes liés à la territorialité des populations concernées et des politiques publiques imposent une action paritaire territoriale notamment l'emploi, l'évolution de la formation professionnelle, la santé au travail et la prévention des risques professionnels.

Par ailleurs, les branches doivent poursuivre l'adaptation des conventions collectives.

Ces constatations conduisent les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives et signataires de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur et de celle des assistants maternels du particulier employeur à faire preuve d'innovation sociale et à se doter d'un nouvel organe commun aux deux branches : le conseil national paritaire du dialogue social dont la mission première est de proposer les thèmes prioritaires du dialogue social interbranches, d'en définir les orientations pluriannuelles, de structurer et de coordonner son développement territorial.

Article 1^{er}

Conseil national paritaire du dialogue social

Il est créé un conseil national paritaire du dialogue social.

1.1. Composition

Le conseil national paritaire du dialogue social se compose de 18 membres titulaires et de 18 membres suppléants, ces derniers ne siégeant qu'en cas d'absence des membres titulaires :

- un membre titulaire et un membre suppléant désignés par chacune des organisations syndicales représentatives et signataires de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur ;
- un membre titulaire et un membre suppléant désignés par les organisations syndicales représentatives et signataires de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur ;
- un nombre égal de membres titulaires et suppléants à celui des représentants des organisations de salariés désignés par l'organisation professionnelle d'employeurs représentative et signataire de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur et de celle des assistants maternels du particulier employeur.

1.2. Missions

Le conseil national paritaire du dialogue social est créé par les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives et signataires de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur et/ou de celle des assistants maternels du particulier employeur pour accompagner :

- la défense du champ professionnel singulier des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur ;
- les évolutions législatives ou réglementaires pouvant avoir des conséquences sur les relations de travail au sein de ce champ professionnel ;
- les enjeux sociétaux pouvant avoir des conséquences sur les relations de travail au sein de ce champ professionnel comme le vieillissement de la population, la prise en charge de la petite enfance, la dépendance, le handicap, etc. ;
- le développement et la promotion de l'emploi entre particuliers entrant dans les branches des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur ;
- le développement et la promotion à l'échelle européenne du modèle de l'emploi entre particuliers tel qu'il ressort des branches des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur.

Il propose un programme d'orientation pluriannuel dans le respect de la négociation collective dans les branches professionnelles des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur ou au niveau interbranche, portant notamment sur les thèmes suivants :

- la santé au travail et la prévention des risques professionnels ;
- le développement des usages numériques facteur de structuration du secteur (notamment le projet d'espace numérique du particulier employeur et du salarié) ;
- le déploiement de la professionnalisation ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- la lutte contre le travail illégal ;
- les engagements européens.

Il peut émettre des avis de nature à éclairer les négociations collectives au sein de chacune des branches professionnelles des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur ou au niveau interbranches.

Il impulse et coordonne le développement du dialogue social territorial en favorisant toutes les actions concourant à la création des commissions paritaires territoriales de la branche des salariés du particulier employeur et de celle des assistants maternels du particulier employeur. Ces commissions permettront de répondre aux orientations portées par les branches en facilitant leur déclinaison et leur adaptation territoriale.

Le conseil national paritaire du dialogue social procède à un bilan annuel du dialogue social territorial.

1.3. Fonctionnement

Le conseil national paritaire du dialogue social établira un règlement intérieur en vue de déterminer ses modalités de fonctionnement.

1.4. Moyens

Les frais afférents au fonctionnement et aux engagements du conseil national paritaire du dialogue social sont assurés par l'éligibilité aux fonds du paritarisme de la branche des salariés du particulier employeur (accord du 18 mai 2000 et de ses avenants) et de celui de la branche des assistants maternels du particulier employeur (annexe III à la convention collective du 1^{er} juillet 2004 et de son avenant) dans les conditions prévues au règlement intérieur des associations paritaires gestionnaires des fonds du paritarisme concernées.

Article 2

Dénonciation et révision

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

La partie qui dénonce doit adresser à chacune des autres parties signataires une lettre recommandée avec avis de réception indiquant les raisons de sa dénonciation et respecter les formalités de dépôt conformément aux dispositions légales applicables.

La dénonciation sera réglée par application des dispositions légales en vigueur.

Toute révision du présent accord fera l'objet d'un avenant. La négociation de cet avenant sera précédée de la remise d'un projet à l'ensemble des parties signataires à l'initiative de la partie signataire qui souhaite la modification demandée.

Article 3

Notification

A l'issue de la procédure de signature, le texte du présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives conformément à l'article L. 2231-5 du code du travail.

Article 4

Dépôt et extension

Le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au greffe du conseil des prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail (service du dépôt des accords collectifs), 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

L'extension du présent accord sera demandée sur l'initiative de la partie signataire la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Article 5

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en application à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la parution au *Journal officiel* de son arrêté d'extension et au plus tôt le premier jour du mois civil suivant celui de la parution au *Journal officiel* du dernier des deux avenants sur le développement de la négociation collective des conventions collectives nationales des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur.

Fait à Paris, le 10 juillet 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FEPEM.

Syndicats de salariés :

FS CFDT ;

FSS CFTC ;

FGTA FO ;

CGT commerce.

Brochure n° 3180

Convention collective nationale
IDCC : 2111. – **SALARIÉS DU PARTICULIER EMPLOYEUR**

AVENANT DU 10 JUILLET 2013
RELATIF À LA CRÉATION DU FONDS D'ACTION SOCIALE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1351050M
IDCC : 2111

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche des salariés du particulier employeur, réunis en commission mixte paritaire, ont convenu de compléter l'annexe VI « Prévoyance, conditions d'application de l'article 19 "Couverture maladie accident" » du 24 novembre 1999 et son avenant n° 2 du 7 septembre 2009 relatif à la prévoyance (textes qui seront annulés et remplacés dès l'extension de l'avenant du 13 septembre 2010, qui lui-même annule et remplace l'annexe VI conclue le 24 novembre 1999) en créant un fonds d'action sociale prévoyance dédié à la branche des salariés du particulier employeur. Le règlement du fonds d'action sociale précise les règles de fonctionnement du fonds et les modalités d'attribution des aides.

Les dispositions de l'avenant du 13 septembre 2010 relatif au fonds social des salariés du particulier employeur ne sont pas modifiées par les dispositions du présent avenant.

Le fonds social ainsi constitué est dénommé « fonds social de la branche des salariés du particulier employeur ».

1. CHAMP D'APPLICATION

Le présent avenant s'applique à tous les membres participants du régime de prévoyance des salariés du particulier employeur par référence à l'annexe VI « Prévoyance, conditions d'application de l'article 19 "Couverture maladie accident" » du 24 novembre 1999 et son avenant n° 2 du 7 septembre 2009 relatif à la prévoyance (textes qui seront annulés et remplacés dès l'extension de l'avenant du 13 septembre 2010, qui lui-même annule et remplace l'annexe VI conclue le 24 novembre 1999) de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur.

Par membre participant on entend tout salarié en activité dans la branche, ou en arrêt de travail ou en invalidité.

2. OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE

Le fonds a pour objet de consentir des aides ou secours à titre exceptionnel et/ou ponctuel, au profit des membres participants du régime de prévoyance dont la situation matérielle, financière, physique ou psychologique est particulièrement digne d'intérêt.

Le fonds peut également intervenir dans des actions collectives ayant pour objectifs de mettre à la disposition des participants des outils ou des structures leur permettant de trouver des compléments d'information ou soutiens tant sur le plan matériel que sur le plan psychologique.

Elles ont un caractère non contributif.

3. BÉNÉFICIAIRES DU FONDS

Les bénéficiaires sont les participants et leurs ayants droit couverts par le régime de prévoyance de la branche des salariés du particulier employeur assuré et géré par IRCCEM Prévoyance.

4. MODE DE FINANCEMENT DU FONDS D'ACTION SOCIALE

Le fonds d'action sociale est alimenté à hauteur de 10 % du résultat technique du régime de prévoyance de la branche des salariés du particulier employeur.

5. DÉFINITIONS DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

La commission paritaire de suivi et de pilotage de l'accord de prévoyance des salariés du particulier employeur est chargée de la définition et du suivi des orientations stratégiques, des actions individuelles et des actions collectives validées par la commission mixte paritaire de la branche des salariés du particulier employeur.

La commission paritaire de suivi et de pilotage de l'accord prévoyance des salariés du particulier employeur peut conjointement avec celle de l'accord de prévoyance des assistants maternels du particulier employeur proposer une ou plusieurs orientations stratégiques en faveur des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur. Cette ou ces orientations stratégiques sont alors validées par les commissions mixtes paritaires des deux branches.

6. MODE DE GESTION DU FONDS

La mise en œuvre de la gestion du fonds d'action sociale est déléguée, pour la durée de la désignation de l'organisme d'assurance et de gestion de l'accord de prévoyance, selon les critères définis par la commission paritaire mixte des salariés du particulier employeur, à l'institution assureur et gestionnaire du régime de prévoyance, IRCCEM Prévoyance.

Cette gestion déléguée fait l'objet de comptes rendus réguliers à chaque réunion de la commission de suivi et de pilotage de l'accord de prévoyance et au minimum lors de la présentation chaque année des résultats à la commission paritaire mixte, selon des règles définies dans le règlement du fonds d'action sociale.

La délégation consentie à IRCCEM Prévoyance peut prendre fin par décision de la commission paritaire mixte, moyennant un délai de prévenance de 6 mois avant la date anniversaire du renouvellement de l'accord.

7. DÉPÔT, EXTENSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR

Le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au greffe du conseil des prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail (service du dépôt des accords collectifs), 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

L'extension du présent accord sera demandée sur l'initiative de la partie signataire la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Le présent avenant entrera en application à compter du 1^{er} janvier 2014.

Fait à Paris, le 10 juillet 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FEPEM.

Syndicats de salariés :

FS CFDT ;

FSS CFTC ;

CGT commerce ;

FGTA FO.

Brochure n° 3180

Convention collective nationale

IDCC : 2111. – SALARIÉS DU PARTICULIER EMPLOYEUR

AVENANT DU 10 JUILLET 2013

RELATIF AU FINANCEMENT DU PARITARISME

NOR : ASET1351053M

IDCC : 2111

EXPOSÉ DES MOTIFS

Par accord conclu le 18 mai 2000 (étendu par arrêté du 20 juillet 2000 publié au *Journal officiel* du 26 août 2000), modifié par avenant du 5 juin 2002 (étendu par arrêté du 3 décembre 2002 publié au *Journal officiel* du 12 décembre 2002), les partenaires sociaux signataires de la convention collective des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 ont marqué leur volonté de développer une politique de négociation collective de qualité en faveur des particuliers employeurs et de leurs salariés.

Ces accords ont conféré aux partenaires sociaux signataires les moyens d'investir de nouveaux champs conventionnels et d'accroître notamment la professionnalisation des emplois de cette branche professionnelle confrontée à des besoins nouveaux ou croissants tels que la petite enfance, la dépendance ou le handicap mais également à des enjeux de départs massifs à la retraite.

La singularité du champ professionnel des salariés du particulier employeur est désormais reconnue et consacrée par la loi depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 relative à la modernisation de l'économie au terme de laquelle « Le particulier employeur est un acteur économique et social à part entière qui participe à la croissance sans pour autant poursuivre de fin lucrative au moyen des travaux de son ou ses salariés. »

Plus de 10 ans après la conclusion de l'accord du 18 mai 2000, les partenaires sociaux font le constat suivant :

- les effectifs du secteur en augmentation de près de 50 % ;
- les territoires (métropole et DOM) devenus un lieu essentiel du dialogue social ;
- l'émergence d'un secteur des particuliers employeurs à l'échelle européenne.

Afin de continuer à développer un dialogue social de qualité au sein de la branche professionnelle du salarié du particulier employeur, les partenaires sociaux ont décidé de :

- créer le conseil national paritaire du dialogue social des branches des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur, et
- développer un dialogue social territorial.

En tenant compte notamment des missions confiées au conseil national paritaire du dialogue social et du développement du dialogue social territorial, les organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives et signataires de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur ont décidé ce qui suit.

Article 1^{er}

Contribution au financement du paritarisme

1.1. Le dernier alinéa de l'article 1.1 de l'accord du 18 mai 2000 est modifié comme suit :

« Le fonds est alimenté par une contribution des employeurs égale à 0,22 % du montant des salaires bruts. »

Le reste de l'article est inchangé.

1.2. L'article 3.1 de l'accord du 18 mai 2000 est modifié comme suit :

« La cotisation est égale à 0,22 % du montant des salaires bruts soumis à cotisations.

Cette cotisation est recouvrée par l'organisme chargé de la gestion de la prévoyance, en même temps et dans les mêmes conditions que la cotisation prévoyance. »

1.3. L'article 3.2 de l'accord du 18 mai 2000 est modifié comme suit :

« Article 3.2

Affectation du montant des cotisations recueillies et à venir

Le montant triennal total et global des cotisations recueillies par l'association paritaire et de celles à venir est affecté :

Pour une part fixée au règlement intérieur de l'association paritaire pour le financement d'actions communes du dialogue social au sein de la branche comprenant notamment la création du conseil national paritaire du dialogue social, son fonctionnement et ses actions orientées vers les territoires et l'Europe. Cette part ne pourra pas excéder 30 % de la collecte après déduction de la dotation à la CPNEFP et des frais de gestion.

Le solde :

- pour moitié au financement de l'exercice du droit à la négociation collective des salariés ;
- pour moitié au financement de l'exercice du droit à la négociation collective des employeurs.

Chacune de ces deux parts est elle-même répartie en :

- une part A égale à 2,5 % affectée au financement des frais exposés par les salariés et les employeurs à l'occasion de la négociation collective ;
- une part B égale à 97,5 %, correspondant au solde, destinée au financement des frais exposés par les organisations syndicales et professionnelles participant régulièrement aux réunions paritaires, pour l'organisation et le suivi de la négociation collective.

Le montant des frais liés à la gestion administrative, financière et comptable sera inscrit au budget annuel. »

1.4. Le dernier alinéa de l'article 3.4 de l'accord du 18 mai 2000, ci-après reproduit : « A la fin du second exercice, toutes les sommes non consommées sont partagées entre les organisations représentatives des salariés au prorata des sommes dépensées, en vue de la négociation pour la branche », est supprimé.

Le reste de l'article est inchangé.

1.5. Au dernier alinéa de l'article 3.5 de l'accord du 18 mai 2000, après les mots « part B » et avant les mots « (art. 3.6 ci-après) », sont insérés les mots : « de l'organisation concernée ».

Le reste de l'article est inchangé.

1.6. Le dernier alinéa de l'article 3.6 de l'accord du 18 mai 2000, ci-après reproduit : « Si à la fin de l'exercice, le montant de la part B destinée aux employeurs n'est pas épuisé, les sommes sont affectées à un compte de réserves "employeurs" destinées à mener toute étude d'observation de l'emploi et d'identification des besoins des employeurs et des salariés de la branche professionnelle », est supprimé et remplacé par l'alinéa qui suit.

« Si à la fin de l'exercice une organisation n'a pas épuisé sa part, les sommes restantes sont reportées à son crédit sur l'exercice suivant. »

Le reste de l'article est inchangé.

Article 2

Dépôt et extension

Le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au greffe du conseil des prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail (service du dépôt des accords collectifs), 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

L'extension du présent accord sera demandée sur l'initiative de la partie signataire la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en application à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la parution au *Journal officiel* de son arrêté d'extension.

Fait à Paris, le 10 juillet 2013.

Organisation patronale :

FEPEM.

Syndicats de salariés :

FS CFDT ;

FSS CFTC ;

CGT commerce ;

FGTA FO.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE,
DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

CONVENTIONS COLLECTIVES

SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2013/40

CONVENTIONS, AVENANTS ET ACCORDS

	<u>Pages</u>
Exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de maraîchage, d'arboriculture fruitière, haras et CUMA (Orne) : avenant n° 96 du 2 juillet 2013 relatif aux salaires minimaux au 1^{er} juillet 2013	118
Exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de viticulture, champignonnières, CUMA, entreprises de travaux agricoles et ruraux, maraîchers et producteurs légumiers (Hautes-Pyrénées) : avenant n° 92 du 17 juillet 2013 relatif aux salaires minimaux au 1^{er} juillet 2013	121

Convention collective

**IDCC : 9612. – EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLY CULTURE,
D'ÉLEVAGE, DE MARAÎCHAGE, D'ARBORICULTURE FRUITIÈRE,
HARAS ET CUMA**

(Orne)

(20 juillet 1977)

(Etendue par arrêté du 25 janvier 1979,
Journal officiel du 10 mars 1979)

AVENANT N° 96 DU 2 JUILLET 2013

RELATIF AUX SALAIRES MINIMAUX AU 1^{ER} JUILLET 2013

NOR : AGRS1397201M

IDCC : 9612

Entre :

La FDSEA de l'Orne ;

La FD des CUMA de l'Orne,

D'une part, et

La FGA CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Les dispositions du 1° de l'article 16 A sont modifiées comme suit :

« A. – Dispositions générales

1° Mode de calcul du salaire

a) Personnel d'exécution

Les salaires horaires et mensuels sont fixés à compter du 1^{er} juillet 2013 à :

(En euros.)

COEFFICIENT	TAUX HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (base : 152 heures)
110	9,43	1 433,36
120	9,52	1 447,04
210	9,62	1 462,24
220	9,87	1 500,24
310	10,05	1 527,60

COEFFICIENT	TAUX HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (base : 152 heures)
320	10,35	1 573,20
410	10,99	1 670,48
420	11,39	1 731,28

b) Cadres

Les salaires horaires et mensuels sont fixés à compter du 1^{er} juillet 2013 à :

(En euros.)

COEFFICIENT	TAUX HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (base 152 heures)
500	11,84	1 799,68
600	13,78	2 094,56
700	15,75	2 394,00

Article 2

Les dispositions des 1^o et 2^o de l'article 17 A « Apprentis » sont modifiées comme suit :

« 1^o L'évaluation journalière de la nourriture, boisson comprise, est fixée à 1,95 € au 1^{er} juillet 2013.

2^o L'évaluation mensuelle du logement est fixée à 3,92 € au 1^{er} juillet 2013. »

Les dispositions des 1^o, 2^o et 3^o de l'article 17 B « Personnel d'exécution » sont modifiées comme suit :

« 1^o L'évaluation journalière de la nourriture, boisson comprise, est fixée à 15,97 € au 1^{er} juillet 2013 pour tous les coefficients.

Cette évaluation de la nourriture se décompose de la façon suivante :

Petit déjeuner : 3,19 €.

Déjeuner : 6,39 €.

Dîner : 6,39 €.

2^o L'évaluation du lavage seul est fixée à 22,40 €, celle du lavage et du raccommodage du linge de corps et des vêtements à 31,63 € par mois au 1^{er} juillet 2013.

3^o La valeur du logement est fixée comme suit au 1^{er} juillet 2013 :

a) Logement individuel meublé :

(En euros.)

	MONTANT par mois
Chambre meublée possédant l'électricité, un moyen de chauffage efficace, l'eau chaude et l'eau froide	77,55
Chambre meublée possédant l'électricité, un moyen de chauffage efficace, l'eau chaude et l'eau froide avec une installation de douche individuelle ou collective	95,42
Chambre meublée possédant l'électricité, le chauffage central, l'eau chaude et l'eau froide ainsi qu'une salle de bains	115,58
Chambre meublée possédant l'électricité, le chauffage central, l'eau chaude et l'eau froide ainsi qu'une salle de bains et un W.-C.	127,10

Par moyen de chauffage efficace, il faut entendre moyen de chauffage permettant d'assurer une température de 18 °C.

b) Logement non meublé, à défaut d'évaluation dans le contrat individuel de travail (sont classées pièces habitables les chambres, salles à manger, cuisines formant salles de séjour. Ne rentrent pas dans cette catégorie : les petits débarras, cabinets de toilette, salles de bains et toutes pièces d'une surface inférieure à 9 m²)

(En euros.)

MAISON NON MEUBLÉE, DISPOSANT D'UNE INSTALLATION ÉLECTRIQUE et distribution d'eau courante	MONTANT par pièce habitable et par mois
Construction ou installation récente, plâtres, peintures et tapisseries neufs ou en très bon état	48,57
Bon état général, peintures et tapisseries propres	38,42
Etat moyen, logement propre mais pouvant nécessiter certains travaux (peintures, papiers, etc.)	32,30

(Le reste sans changement.)

Article 3

Le présent avenant prend effet au 1^{er} juillet 2013 et les parties signataires en demandent l'extension.

Fait à Alençon, le 2 juillet 2013.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : 9651. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLYCULTURE,
D'ÉLEVAGE, DE VITICULTURE, CHAMPIGNONNIÈRES,
CUMA, ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES
ET RURAUX, MARAÎCHERS
ET PRODUCTEURS LÉGUMIERS
(Hautes-Pyrénées)
(6 juillet 1972)**

(Etendue par arrêté du 20 février 1973,
Journal officiel du 17 mars 1973)

AVENANT N° 92 DU 17 JUILLET 2013
RELATIF AUX SALAIRES MINIMAUX AU 1^{ER} JUILLET 2013

NOR : AGRS1397202M
IDCC : 9651

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Hautes-Pyrénées ;

La fédération départementale des CUMA ;

Le syndicat départemental des entrepreneurs des territoires,

D'une part, et

La fédération départementale de l'agriculture CFDT ;

La fédération départementale des travailleurs de l'agriculture CGT ;

La fédération départementale des cadres CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 28 « Rémunération » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 28

Rémunération

Ouvriers et employés

(En euros.)

NIVEAU	ÉCHELON	SALAIRE HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (151,67 heures)
I	1	9,49	1 439,35
	2	9,60	1 456,03

NIVEAU	ÉCHELON	SALAIRE HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (151,67 heures)
II	1	9,68	1 468,17
	2	9,72	1 474,23
III	1	9,93	1 506,08
	2	10,21	1 548,55
IV	1	10,56	1 601,64
	2	10,86	1 647,14

Techniciens et agents de maîtrise

(En euros.)

CLASSIFICATION	SALAIRE HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (151,67 heures)
Technicien niveau I, échelon 1	11,00	1 668,37
Technicien niveau I, échelon 2	11,20	1 698,70
Agent de maîtrise niveau I, échelon 2	11,45	1 736,62
Technicien niveau II	11,60	1 759,37
Agent de maîtrise niveau II	12,00	1 820,04

Cadres

(En euros.)

NIVEAU	SALAIRE HORAIRE	SALAIRE MENSUEL (151,67 heures)
I	12,39	1 879,19
II	13,39	2 030,86

Gardiens de troupeaux en estive

(En euros.)

NIVEAU	ÉCHELON	SALAIRE HORAIRE	FORFAIT MENSUEL pour 42 heures (*) de travail par semaine
I		9,49	1 799,10
II	1	9,68	1 835,20
	2	9,72	1 842,78
III	1	10,21	1 935,60
	2	10,34	1 960,48
IV		10,91	2 068,47
(*) Convention de forfait comprenant 35 heures payées au taux normal et 7 heures payées à 125 %.			

L'ensemble des éléments de rémunération ne pourra être inférieur au Smic correspondant au travail effectué. »

Article 2

Les parties contractantes demandent que les dispositions de l'avenant soient étendues à tous les employeurs et salariés compris dans le champ d'application de la convention collective avec effet au 1^{er} juillet 2013.

Fait à Tarbes, le 17 juillet 2013.

(Suivent les signatures.)

Directeur de la publication : Jean-Denis Combrexelle

165130400-001013

Direction de l'information légale et administrative

ISSN en cours
