

Brochure n° 3104

Convention collective nationale

IDCC : 176. – INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

ACCORD DU 9 JUILLET 2015

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES SALARIÉS

NOR : ASET1550865M

IDCC : 176

Entre :

Le LEEM,

D'une part, et

L'UNSA ;

La FNIC CGT ;

La FCE CFDT ;

La FNP FO ;

La FCMTE CFTC ;

La CFE-CGC chimie,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

CHAPITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Mesures transitoires

L'accord collectif du 22 juin 2007 est annulé et remplacé par le présent accord, à compter du 1^{er} janvier 2015, dans les conditions définies à l'article 26.

Le présent accord prévoit un régime de prévoyance obligatoire couvrant les risques décès, incapacité et invalidité (ci-après RPC décès-incapacité-invalidité) et un régime obligatoire de remboursement des frais de soins de santé (ci-après RPC maladie-chirurgie-maternité) ; ci-après désignés « régime de prévoyance ».

Toutefois, les accords antérieurs continuent à produire des effets pour certains sinistres, dans les conditions suivantes :

- les assurés dont le contrat de travail est toujours en vigueur à la date d'application du présent accord, bénéficiaires, au titre d'un arrêt de travail ayant débuté avant la date d'application du présent accord (même non encore déclaré à l'assureur, à cette date), de prestations d'incapacité

temporaire de travail ou d'invalidité restent garantis par les couvertures incapacité et invalidité prévues par l'accord en vigueur à la date de leur arrêt de travail ;

- les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité dont le contrat de travail prend fin avant la date d'application du présent accord restent garantis par la couverture des risques décès, incapacité et invalidité prévus par l'accord en vigueur à la date de rupture de leur contrat de travail ;
- les bénéficiaires d'une rente éducation, pour un décès survenu avant la date de prise d'effet du présent accord, continuent de percevoir cette prestation dans les conditions définies par l'accord en vigueur à la date du décès.

L'adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité et au RPC maladie-chirurgie-maternité au 1^{er} janvier 2015 est automatique pour toutes les entreprises qui étaient adhérentes au 31 décembre 2014 au régime professionnel conventionnel mis en œuvre par l'accord du 22 juin 2007, sauf avis contraire des entreprises concernées comme indiqué au 6.3 ci-après.

Article 2

Objet

Le présent accord, conclu en application de l'article 38 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, a pour objet de définir le régime obligatoire de prévoyance couvrant les risques décès, incapacité et invalidité, d'une part, et le régime obligatoire de remboursement des frais de soins de santé (maladie, chirurgie, maternité), d'autre part, des salariés des entreprises entrant dans le champ de ladite convention collective, ci-après désignés ensemble le « régime de prévoyance ».

Ainsi, toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique sont tenues de respecter les dispositions du présent accord, sous réserve des dispositions du chapitre III, et d'apporter à leurs salariés des garanties au moins aussi favorables aux garanties de prévoyance et de santé définies aux articles 14 et 17 du présent accord.

Les entreprises sans établissement en France mais dont l'activité relève du champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique sont également tenues d'apporter à leurs salariés relevant du régime général de la sécurité sociale française les garanties collectives prévues par le présent accord en application de l'article 38 de la convention collective.

En complément des garanties de prévoyance et de santé définies aux articles 14 et 17 ci-après, applicables à l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, un fonds sur le haut degré de solidarité permet de financer des actions présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif au profit des assurés ou de leurs ayants droit en situation difficile. Ce fonds sur le haut degré de solidarité suit les dispositions prévues par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application.

Ces actions du fonds sur le haut degré de solidarité viennent en complément de celles prévues par le présent régime. En particulier, l'accord prévoit un « fonds collectif santé », réservé aux salariés des entreprises adhérentes au RPC maladie-chirurgie-maternité et destiné à préfinancer, en phase d'activité, une partie de la cotisation santé du régime santé des anciens salariés, qui fait l'objet d'un accord distinct. A ce titre, le fonds collectif santé présente un degré élevé de solidarité entre les actifs et les retraités.

Les autres prestations de solidarité sont décidées au cas par cas par le comité paritaire de gestion dans la limite des ressources du fonds sur le haut degré de solidarité, en fonction des orientations déterminées par la commission paritaire de branche en application de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Pour compléter les garanties minimales obligatoires prévues par le régime de prévoyance, les entreprises peuvent adhérer au régime supplémentaire prévoyance et/ou santé définis au chapitre IV du présent accord ou souscrire des garanties ou services complémentaires auprès des organismes recommandés à l'article 5 du présent accord ou auprès des organismes assureurs de leur choix.

Article 3

Dénonciation et révision

3.1. Révision

Chacune des organisations syndicales représentatives signataires peut demander la révision de tout ou partie du présent accord.

Par dérogation, à l'article 3 des clauses générales de la convention collective, toute demande de révision doit être portée à la connaissance des autres organisations syndicales 2 mois au moins avant une échéance annuelle par lettre recommandée avec avis de réception précisant les dispositions sur lesquelles porte sa demande. Les négociations doivent être engagées dans un délai de 1 mois.

Dans l'hypothèse où aucun accord ne peut être conclu, le texte en cours d'application demeure en vigueur.

Les indemnités journalières et rentes en cours de service pour les sinistres survenus avant l'entrée en vigueur du nouvel accord continueront à être servies et revalorisées sur la base des dispositions de l'accord avant sa révision ; les garanties décès résultant dudit accord resteront acquises aux bénéficiaires de ces indemnités et rentes suivant l'accord avant révision. La poursuite du versement de ces prestations et de leur revalorisation s'effectuera comme précisé ci-dessous dans le cas de dénonciation de l'accord. Le comité de gestion du régime ci-après décrit décidera des modalités de ces poursuites.

3.2. Dénonciation

3.2.1. Modalités de la dénonciation

La cessation des effets de l'article 38 des clauses générales de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, pour quelque cause que ce soit, entraîne celle du présent accord.

Chaque partie signataire ou adhérente peut dénoncer le présent accord.

La dénonciation devra être notifiée par son auteur aux autres parties signataires et adhérentes, soit l'organisation syndicale patronale ou l'ensemble des organisations syndicales de salariés, ainsi qu'à la direction des relations du travail, et ce par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette dénonciation prendra effet après un préavis de 3 mois suivant la réception de cette demande.

Les négociations auxquelles sera invité l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche doivent commencer au plus tard dans le mois suivant l'expiration du préavis de dénonciation de 3 mois.

Pour le reste, il sera fait application des dispositions légales prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

La poursuite du versement de ces prestations et de leur revalorisation s'effectuera comme précisé ci-dessus dans le cas de dénonciation de l'accord. Le comité de gestion du régime ci-après décrit décidera des modalités de ces poursuites.

3.2.2. Effets de la dénonciation

En tout état de cause et même en cas de non-remplacement de l'accord dénoncé, les salariés ou anciens salariés bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ont droit au maintien des prestations dont ils bénéficiaient, au niveau atteint en euros à la date de cessation définitive

des effets de l'accord dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les salariés, ou anciens salariés, en arrêt de travail par suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé, mais se trouvant à cette date dans la période de carence, bénéficieront, à l'expiration de celle-ci, des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité de l'accord collectif dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

En outre, les garanties décès des assurés visés au paragraphe précédent sont maintenues sur la base de garantie prévue à l'article 14 du présent accord, au niveau atteint en euros à la date de cessation d'effet de l'accord dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les ayants droit des assurés décédés et ceux des assurés classés parmi les invalides 2^e ou 3^e catégorie définis à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale qui bénéficiaient d'une rente éducation dans les conditions de l'accord collectif en vigueur à la date de survenance du sinistre continuent à bénéficier de cette rente dans les conditions prévues par le contrat d'assurance. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les salariés bénéficiant du présent accord peuvent, au cas où il serait dénoncé sans être remplacé, demander à bénéficier d'un régime couvrant l'ensemble des risques pour lesquels ils étaient assurés du fait du présent accord. Une annexe aux contrats d'assurance passés avec les organismes assureurs définit, en application de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1989, le taux des prestations ainsi que les cotisations correspondantes. Les salariés qui désireront bénéficier de ce maintien de droits devront se manifester dans un délai de 3 mois à compter de la cessation définitive d'effet du présent accord.

Article 4

Comité paritaire de gestion

4.1. Composition

Un comité paritaire de gestion est constitué en application de l'article 38 des clauses générales de la convention collective.

Ce comité de gestion comprend :

- un collège des salariés, composé de trois membres pour chacune des confédérations représentatives au niveau de la branche ;
- un collège des employeurs, composé d'un nombre de représentants égal au nombre total de représentants de l'ensemble des organisations syndicales de salariés.

Le comité de gestion peut se faire assister d'un ou de plusieurs actuaire conseil qu'il choisit dont le mandat est renouvelé tous les 2 ans par décision du comité suivant des modalités fixées par le comité.

Les représentants des assureurs assistent aux réunions du comité de gestion en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour ainsi que l'aide matérielle nécessaire à son fonctionnement.

4.2. Missions

Le comité de gestion a pour mission le suivi et la mise en œuvre du présent régime, au regard notamment de l'article 38 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique et des dispositions légales et réglementaires.

Pour assurer cette mission, lors de chaque réunion du comité, les représentants des organismes assureurs rendent compte de manière complète et détaillée, et suivant un cahier des charges fixant la nature et le calendrier, des informations à fournir de la situation du régime et de son évolution, de façon à permettre au comité de gestion de donner toutes directives quant à l'application du contrat.

Le comité de gestion établit avec les organismes assureurs le cahier des charges visé à l'alinéa ci-dessus.

Chaque année, au mois de mars ou avril au plus tard, le comité paritaire de gestion fixe le taux de revalorisation des prestations de prévoyance (incapacité, invalidité et rentes éducation). Cette décision figure dans le procès-verbal de la réunion au cours de laquelle elle a été réalisée. En l'absence d'accord, il n'y a pas de revalorisation.

Chaque année, au plus tard au mois de mai, les représentants des organismes assureurs soumettent à l'approbation du comité de gestion les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente, et lui fournissent toutes les explications et documents nécessaires à une bonne compréhension de ces comptes. Le comité de gestion doit être en mesure d'approuver les comptes dudit exercice au plus tard le 30 juin afin que les représentants des organismes assureurs établissent les documents d'information prévus à l'article 8 du présent accord qu'ils adresseront à toutes les entreprises adhérentes avant le 31 août de chaque année. Le comité paritaire de gestion peut solliciter un complément d'informations susceptible de l'éclairer.

Après l'approbation des comptes et la constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles, le comité propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents de l'exercice considéré. Le comité approuve le prélèvement effectué sur le fonds collectif santé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés en application des mécanismes prévus à l'article 20.1 du présent accord. Les propositions du comité figurent dans le procès-verbal de la réunion au cours de laquelle elles ont été réalisées.

De plus, le comité de gestion :

- examine les demandes d'adhésion d'entreprises au régime de prévoyance conventionnel des salariés et décide, après examen, de leur admission ou du rejet de leur demande. Le comité devra, s'il y a lieu, demander à ce qu'il soit procédé au calcul du taux majoré et du coût de la reprise des engagements passés éventuels prévus dans ce cas comme indiqué à l'article 6.2 précité ;
- examine les demandes de résiliation d'entreprises et contrôle l'établissement de l'indemnité éventuellement appliquée aux entreprises quittant le régime conformément aux dispositions du présent accord ;
- fait procéder aux études demandées par les partenaires sociaux de la branche en vue de la négociation de tous contrats d'assurance nécessaires pour la réalisation du présent accord ;
- fait procéder aux études nécessaires à la négociation par les partenaires sociaux de la branche des modifications à apporter aux contrats existants, en tenant compte, notamment, des prestations en nature et en espèces du régime général de la sécurité sociale ainsi que des résultats des contrats ;
- assure la gestion du fonds sur le haut degré de solidarité.

Enfin, le comité peut procéder à certains aménagements techniques concernant les prestations frais de santé ou prévoyance lorsque ces aménagements :

- sont rendus nécessaires par des évolutions législatives ou réglementaires ;
- résultent d'une mise en conformité avec la réglementation ou les pratiques de la sécurité sociale.

Cependant, ces aménagements doivent rester techniques et mineurs et ne pas remettre en cause les principes fondateurs du présent accord.

Le comité paritaire de gestion élabore son règlement intérieur lors de la première réunion qui suit la date d'application du présent accord.

Les membres du comité paritaire de gestion sont tenus à une obligation de discrétion quant aux informations auxquelles ils ont accès.

Article 5

Organismes assureurs recommandés

Eu égard aux objectifs de solidarité civile et de mutualisation des risques que le présent accord organise, les parties signataires du présent accord recommandent à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective de l'industrie pharmaceutique de confier la couverture des garanties définies dans le présent accord aux organismes ci-après :

- l'APGIS, institution de prévoyance, régie par l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale, pour les risques maladie-chirurgie-maternité ;
- AXA France vie, entreprise régie par le code des assurances, pour les risques décès-incapacité-invalidité.

Cette recommandation prend effet à compter du 1^{er} janvier 2015 et pour une durée maximale de 5 ans.

Ces organismes assureurs ont été sélectionnés parmi les organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 au travers d'une procédure de mise en concurrence qui a fait l'objet d'un protocole d'accord en date du 9 avril 2014. A l'issue de cette mise en concurrence les partenaires sociaux ont recommandé, par relevé de décisions du 9 juillet 2014, ces organismes assureurs.

La gestion des prestations de l'ensemble des risques tant maladie-chirurgie-maternité que décès-incapacité-invalidité est confiée pour la même période de 5 ans, au plus, à l'APGIS, ainsi que la gestion du fonds sur le haut degré de solidarité et du fonds collectif santé.

La gestion assurée par l'APGIS peut être déléguée à un tiers, à l'exception de la gestion du fonds sur le haut degré de solidarité et du fonds collectif santé et sous réserve que cette délégation n'altère pas la qualité du suivi technique du régime et les informations destinées au comité en application des articles 4 et 7 du présent accord. Le comité paritaire de gestion est informé des délégations de gestion acceptées et mises en œuvre par l'APGIS.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires du présent accord décident de procéder à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques couverts par le régime professionnel conventionnel tous les 5 ans au moins à compter du 1^{er} janvier 2015.

En cas de changement d'assureur(s) et conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, est organisée la poursuite de la revalorisation future des prestations en espèces résultant du décès, de l'incapacité de travail temporaire ou permanente ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité permanente ou temporaire.

Les modalités de la poursuite des revalorisations et le maintien des garanties visés à l'alinéa précédent sont décidés par le comité paritaire de gestion.

Article 6

Adhésion au régime professionnel conventionnel

6.1. Modalités générales d'adhésion

6.1.1. Adhésion des entreprises relevant de l'industrie pharmaceutique

Toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique peuvent demander à adhérer, pour l'assurance et la gestion des garanties obligatoires prévues par le présent accord, au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-

chirurgie-maternité assurés par les organismes recommandés à l'article 5 ci-dessus pour l'ensemble de leurs salariés afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité civile, objectif du présent accord.

Les entreprises concernées doivent :

- relever du champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique ;
- être immatriculées auprès de l'INSEE et fournir un numéro d'identification national (numéro Siret).

Les entreprises sans établissement en France doivent :

- fournir les documents justifiant que les salariés concernés en question sont affiliés à l'URSSAF du Bas-Rhin (Strasbourg), en application de l'article R. 243-8-1 du code de la sécurité sociale ;
- fournir la convention de représentation en France de l'entreprise étrangère ou indiquer la personne morale responsable du paiement des cotisations.

L'adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité entraîne l'adhésion aux organismes recommandés à l'article 5 ci-dessus pour les risques concernés. En cas de changement d'un ou de plusieurs organismes recommandés, l'adhésion de l'entreprise est automatiquement reconduite auprès du ou des nouveaux organismes recommandés, l'entreprise ayant la faculté de résilier son adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité dans les conditions précisées à l'article 6.3 ci-après.

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, toutes les entreprises relevant du champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique et qui adhèrent au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité bénéficient de cotisations et garanties identiques pour tous les salariés concernés.

6.1.2. Adhésions volontaires à l'accord

Les entreprises n'entrant pas dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique peuvent néanmoins faire bénéficier leurs salariés du RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité à la double condition de justifier de liens réels avec l'industrie pharmaceutique (appartenance à un groupe totalement ou partiellement pharmaceutique, activité majoritairement exercée pour des laboratoires pharmaceutiques...) et d'adhérer au présent accord, conformément à l'article L. 2261-6 du code du travail.

Une pesée technique telle que décrite à l'article 6.2.1 ci-dessus est réalisée.

6.2. Pesée technique et reprise de passif

6.2.1. Pesée technique

Afin de protéger la solidarité civile et la mutualisation professionnelle organisée par le présent accord, l'adhésion nouvelle au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité d'une entreprise est subordonnée, éventuellement, au paiement d'une indemnité temporaire destinée à compenser, au moins en partie, l'adhésion tardive de l'entreprise ou son adhésion à un seul des deux régimes, s'il existe un différentiel de risque, entre le risque de cette entreprise et les risques de l'ensemble des entreprises adhérentes au régime de prévoyance professionnel.

L'indemnité est déterminée après une « pesée » technique réalisée soit par les organismes assureurs recommandés, soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l'actuaire conseil choisi par le comité comme précisé à l'article 4 du présent accord. Elle est calculée

séparément pour le régime décès-incapacité-invalidité, d'une part, et le régime maladie-chirurgie-maternité, d'autre part, selon des règles validées par le comité paritaire de gestion en tenant compte notamment des éléments suivants :

- la démographie du groupe comparée à celle de l'ensemble des assurés du régime ou la répartition par âge des assurés ;
- le salaire moyen par assuré comparé au salaire moyen de l'ensemble des assurés du régime.

Dans le cas où l'entreprise adhère pour les deux risques, l'indemnité est appréciée globalement pour l'ensemble des deux risques. Ainsi, une situation favorable pour l'un des risques peut compenser une situation défavorable pour l'autre risque.

La pesée technique et l'indemnité éventuelle tiennent également compte de la situation au regard du fonds collectif santé et du régime frais de santé des anciens salariés prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 selon les règles validées par le comité paritaire de gestion.

L'indemnité est calculée dans des conditions identiques pour toutes les entreprises qui en font l'objet. Elle peut faire l'objet d'un paiement étalé sur un maximum de 3 ans.

La pesée technique et l'indemnité qui en découle sont également appliquées pour le risque restant dans le régime dans le cas où l'entreprise résilie un seul des deux risques.

Inversement, l'existence et le montant de l'indemnité peuvent être revus si l'entreprise qui adhérerait pour un seul des deux risques décide d'adhérer pour les deux risques.

6.2.2. Reprise de passif

Dans tous les cas, l'adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité vaut pour les sinistres couverts par le régime et dont la date de survenance est postérieure à la date d'adhésion de l'entreprise et de l'affiliation des salariés concernés.

Toutefois, il est possible d'organiser la reprise d'engagements passés pour des sinistres survenus avant l'entrée dans le régime professionnel conventionnel, connus ou non connus de l'assureur précédent.

Le coût de la reprise éventuelle d'engagements passés est calculé dans des conditions identiques dans toutes les entreprises qui en font l'objet. Le financement de ses engagements fait l'objet d'un paiement sous forme de prime unique ou d'une cotisation étalée.

Dans tous les cas, l'entreprise reste libre d'organiser le financement de ces engagements passés avec l'organisme assureur précédent ou avec un autre organisme assureur.

Dans l'hypothèse où l'entreprise résilie son adhésion pour un seul des risques, les modalités prévues à l'article 6.2.1 ci-dessus s'appliquent pour le risque restant.

6.3. Modalités et conséquences de la sortie du régime

Chaque entreprise peut résilier, pour l'ensemble de ses salariés, son adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité assurés par les organismes recommandés indiqués à l'article 5 ci-dessus en adressant une lettre recommandée avec avis de réception aux organismes recommandés avant le 31 octobre de l'exercice précédant la date d'effet de la résiliation envisagée.

Si l'entreprise entre toujours dans le champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, elle reste tenue d'apporter à son personnel l'ensemble des garanties collectives du régime de prévoyance prévu par le présent accord en application de l'article 38 de la convention collective.

En pareil cas, l'entreprise organise, en fonction des garanties résiliées :

- d'une part, en vertu de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, la poursuite de la revalorisation future des rentes et des prestations en espèces dues en cas de décès, de l'incapacité

de travail ou de l'invalidité, sur des bases au moins équivalentes à celles résultant du présent accord, ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de rentes et de prestations en espèces pour les incapacités de travail ou l'invalidité lorsque ces garanties ne sont pas maintenues au titre des contrats souscrits auprès des organismes visés à l'article 5 ci-dessus ;

- d'autre part, le maintien des garanties servies par les organismes visés à l'article 5 ci-dessus en application du présent accord, spécialement de son article 9.

Une société quittant le RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité pourra, en concertation avec les organismes assureurs visés à l'article 5 ci-dessus et le comité paritaire de gestion, organiser la poursuite des prestations visées aux deux alinéas précédents, notamment par le versement d'une contribution spécifique.

Les anciens salariés de l'entreprise concernée qui ont adhéré au régime des anciens salariés avant la date à laquelle l'entreprise a quitté le RPC maladie-chirurgie-maternité peuvent continuer de bénéficier du régime des anciens salariés.

En revanche, les anciens salariés et salariés de l'entreprise concernée qui n'ont pas adhéré au régime des anciens salariés, avant la prise d'effet de la résiliation de l'entreprise au régime professionnel conventionnel pour les risques maladie, chirurgie, maternité ne peuvent pas bénéficier du régime frais de santé des anciens salariés.

En aucun cas une entreprise qui résilie son adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité ne pourra demander un transfert de provisions ou de réserves du régime des actifs comme du régime des anciens salariés.

Article 7

Rapport annuel sur les résultats

Compte de résultats et alimentation des fonds et réserves

Pour chaque exercice civil, les organismes assureurs visés à l'article 5 établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant donc aux activités consolidées de toutes les sociétés adhérentes dans le cadre du présent accord. Ce rapport présente les comptes du régime décès-incapacité-invalidité, d'une part, du régime maladie-chirurgie-maternité, d'autre part, et du fonds sur le haut degré de solidarité. Ils établissent également un rapport distinct sur les résultats du régime des anciens salariés.

7.1. Comptes du régime des actifs

Les organismes assureurs recommandés établissent chaque année un rapport sur les comptes de résultats du régime (RPC et RS) des salariés conformément aux dispositions légales et réglementaires et à celles prévues par le présent accord en distinguant pour chaque risque et pour chaque niveau de couverture (RPC d'une part, RS d'autre part) :

- le montant des cotisations nettes de taxes ;
- le montant des prestations payées ;
- le montant des provisions techniques au 1^{er} janvier et au 31 décembre de l'exercice considéré ;
- le montant des frais de gestion avec la ventilation entre les frais d'acquisition, de gestion et d'administration et le calcul du taux de frais conformément aux obligations concernant la communication des frais pour les complémentaires santé ;
- la quote-part des produits financiers nets, des participations aux résultats ;
- l'évolution des provisions, fonds et réserves constitués pour faire face aux fluctuations de la sinistralité du régime des actifs et financer la revalorisation des prestations périodiques ;
- le nombre des assurés, en distinguant les bénéficiaires cotisants des bénéficiaires non cotisants, ayants droits des premiers ainsi que les adhérents facultatifs (conjoint et enfants non à charge des assurés).

Ce rapport sera adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche dans le mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré. Il sera adressé en tout ou partie en fonction des risques assurés par le régime, à la direction de chaque entreprise adhérente au plus tard le 31 août de chaque année.

L'entreprise adhérente au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité communiquera un exemplaire de ce rapport au comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise, accompagné éventuellement des observations de la direction.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective mais qui auraient confié l'assurance de tout ou partie de leurs risques à un autre organisme dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessus devront communiquer le rapport correspondant à leurs résultats propres à leur comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise.

7.2. Comptes du fonds sur le haut degré de solidarité prévu au chapitre III du présent accord

L'organisme gestionnaire dudit régime établit chaque année un rapport sur les comptes du fonds sur le haut degré de solidarité, conformément aux dispositions légales et à celles prévues par le présent accord, en distinguant :

- le montant du fonds au 1^{er} janvier de l'année ;
- le montant des dotations et des prélèvements de l'année ;
- le détail par nature de tous les frais tels que ceux de gestion, charges, taxes... ;
- la quote-part des produits financiers nets attribués au fonds ;
- le montant du fonds au 31 décembre de l'année.

Ce rapport sera remis pour information à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche, dans le mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré.

Une présentation des comptes de ce régime sera annexée chaque année au rapport de présentation des comptes du régime des salariés visé au 7.1 ci-dessus, qui est adressé aux entreprises adhérentes.

7.3. Comptes de résultats et alimentation des fonds et réserves

Sont fixées dans les contrats passés avec les organismes assureurs les règles concernant l'établissement des comptes et l'alimentation des provisions, fonds et réserves suivants :

- provision pour égalisation et réserve générale ;
- fonds de revalorisation ;
- fonds social santé ;
- fonds collectif santé.

Les mécanismes prévus dans ces contrats ont pour objet :

- de permettre le contrôle de l'évolution de la charge du régime (compte de résultats) ;
- d'assurer la pérennité du régime des actifs par la constitution d'une provision pour égalisation et d'une réserve générale ;
- de garantir les sinistres survenus avant la clôture d'un exercice mais non encore connus de l'assureur à cette date par la constitution de provisions adaptées ;
- de contrôler et de financer les revalorisations futures, avec la constitution de provisions et/ou fonds de revalorisation ;
- d'alimenter, à partir des excédents dégagés, un fonds social santé permettant le versement d'allocations ayant le caractère de secours.

Article 8

Information des salariés

8.1. Remise de la notice d'information et accès au site internet

Une notice est remise à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en place du régime ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du régime, une notice ou fiche rectificative est remise aux assurés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l'(ou les) organisme(s) assureur(s) sous sa (leur) responsabilité, qu'il(s) adresse(nt) à chacun des signataires du présent accord, ainsi qu'au comité paritaire de gestion. L'(ou les) organisme(s) assureur(s) adresse(nt) également un exemplaire à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser au comité d'entreprise et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions légales y afférent.

A cette occasion, l'entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu'ils ont de modifier le bénéficiaire de l'assurance décès et/ou l'option, conformément à l'article 14 du présent accord.

Par ailleurs, les informations relatives au présent régime sont disponibles et régulièrement mises à jour sur le site internet www.prevoyancepharma.com.

8.2. Sortie du régime et information de la possibilité d'adhérer au régime des anciens salariés

Tout salarié à partir de 58 ans est informé individuellement par l'organisme assureur de la possibilité d'adhérer au régime des anciens salariés à compter de la date de cessation de son contrat de travail ou de la fin de période du maintien des garanties à titre temporaire, par adhésion formelle individuelle et facultative du régime de remboursement des frais de soins de santé prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés. Cette information est faite tous les ans à partir de 60 ans.

Tout salarié quittant une entreprise affiliée au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1° de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 est destinataire ou informé par l'organisme assureur, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation de son contrat de travail ou de la fin de période du maintien des garanties à titre temporaire, de la possibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir bénéficier par adhésion formelle individuelle et facultative du régime de remboursement des frais de soins de santé prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés, sous réserve d'en faire la demande dans les 18 mois suivant le terme de son contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire. Pour se faire, l'entreprise communique à l'organisme assureur le nom des intéressés, au plus tard dans le mois du départ de l'assuré ou dans le mois de la liquidation de sa retraite.

Les ayants droit d'un assuré décédé seront également destinataires par l'organisme assureur du présent régime, dans le délai de 2 mois à compter du décès, du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier d'une proposition de maintien du même régime et des mêmes conditions tarifaires pendant une durée minimale de 12 mois, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois du décès.

8.3. Information du CE en cas de non-paiement des cotisations

Le rapport trimestriel, prévu à l'article L. 2323-50 du code du travail, communiqué par le chef d'entreprise au comité d'entreprise, donne, si tel est le cas, des informations sur les raisons du non-paiement, dans les délais fixés, des cotisations dues en application du présent accord ainsi que sur le montant de ces cotisations.

Article 9

Portabilité des droits en matière de santé et de prévoyance

Bénéficient des garanties maladie-chirurgie-maternité et/ou décès-invalidité-incapacité du présent régime appliquées dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage et pour des durées égales à la durée de leur dernier contrat de travail, ou le cas échéant de leurs derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois :

- le salarié licencié, sauf faute lourde, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle emploi

En cas de faute lourde, l'assuré pourra adhérer au régime des anciens salariés. En cas de requalification de la faute lourde par une décision de justice définitive, l'assuré pourra obtenir le remboursement des cotisations afférentes à la durée de la portabilité qu'il a versées pour sa couverture remboursement des frais de soins de santé ;

- le salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme « légitime » au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage ;
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de sécurisation professionnelle, ou tout autre rupture ouvrant droit à l'assurance chômage en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;
- le salarié qui, licencié en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période susvisée, au premier alinéa ci-dessus, pouvant aller jusqu'à 12 mois, d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi à Pôle emploi ;
- le salarié dont la rupture conventionnelle a été homologuée ;
- le salarié au terme de son contrat de travail à durée déterminée ;
- lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire, le présent régime s'adaptera aux engagements qui seront pris en application de l'article 4 de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Deux contrats de travail sont considérés comme consécutifs lorsque la durée entre ces derniers dans la même entreprise n'excède pas 31 jours calendaires et avec le même assureur.

La durée entre les deux contrats est toutefois décomptée du droit à maintien au titre de la portabilité.

Cette garantie s'interrompt dès lors que l'assuré ne remplit plus les conditions pour percevoir l'assurance chômage à compter du terme de son contrat de travail (préavis effectué ou non).

Toutefois, dans les cas précités, l'assiette des garanties est calculée sur le salaire versé les 12 derniers mois précédant la notification de la rupture du contrat de travail, hors toutes indemnités liées à la rupture.

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le maintien des garanties maladie-chirurgie-maternité est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement de ces garanties à la date de la cessation du contrat de travail du salarié.

L'entreprise adhérente au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité qui, en application de l'article 6 ci-dessus, est amenée à résilier son adhésion doit organiser le maintien des garanties visées au présent article.

Article 10

Régime professionnel conventionnel (RPC) et régime supplémentaire (RS)

Les entreprises adhérant au RPC décès-incapacité-invalidité et/ou au RPC maladie-chirurgie-maternité assurés par les organismes recommandés à l'article 5 du présent accord peuvent adhérer, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, au régime supplémentaire (RS) défini dans le chapitre IV du présent accord, procurant des prestations supplémentaires au titre :

- de la couverture décès, à condition d'être assurées par le RPC pour ce risque ;
- des prestations maladie-chirurgie-maternité, à condition d'être assurées par le RPC pour ces risques.

L'entreprise peut choisir de s'affilier au régime supplémentaire (RS) décès uniquement ou au régime supplémentaire (RS) maladie-chirurgie-maternité, uniquement ou de s'affilier aux deux régimes.

Lorsque l'entreprise est affiliée au régime supplémentaire par adhésion volontaire, tous les salariés inscrits à son effectif bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise et sans formalité.

Article 11

Bénéficiaires du régime et affiliation obligatoire

Est réputé bénéficiaire du présent régime de prévoyance tout salarié et toute personne assimilée au sens de l'article L. 311-3 (11° et 12°) dudit code, y compris les VRP liés à une entreprise entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique (CCNIP). Le terme de bénéficiaire s'applique à toutes les dispositions du présent accord et de ses avenants.

Les garanties définies par le présent accord sont suspendues pour les bénéficiaires dont l'activité est suspendue. A l'issue de cette suspension, ils bénéficient de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

Toutefois, la suspension du présent régime de protection sociale ne joue pas pour les bénéficiaires dont les périodes de suspension sont indemnisées. L'indemnisation peut prendre la forme d'un maintien, total ou partiel, de revenus, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise, qu'elles soient versées directement par cette dernière ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Dans certaines conditions visées à l'article 12 du présent accord ci-dessous, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit, certaines personnes peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité des salariés, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur.

CHAPITRE II

RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC) DES SALARIÉS

Article 12

Adhérents à titre facultatif

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- les conjoints dits non à charge, c'est-à-dire couverts en qualité d'assuré social à titre personnel et non d'ayants droit de l'assuré par un régime de sécurité sociale offrant des prestations en nature ;
- les salariés ayant leur contrat de travail suspendu, notamment dans le cadre de congé parental total, de congé sans solde, de congé sabbatique et de congé individuel de formation ;

- les stagiaires dès lors qu'ils bénéficient d'un régime de base de sécurité sociale leur offrant des prestations en nature ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois même non consécutifs ;
- les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayants droit d'un assuré.

Peuvent adhérer au régime des anciens salariés, selon les modalités prévues par l'accord du 22 juin 2007 sur le régime frais de soins de santé des anciens salariés :

- en cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires de la rente éducation ou de la rente temporaire de conjoint ou ceux qui auraient pu en bénéficier si l'option correspondante avait été choisie par l'assuré ; cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois du décès, tel que prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais de soins de santé des anciens salariés. En tout état de cause, l'adhésion des intéressés au régime des anciens salariés cesse au même moment que le bénéfice de la rente éducation ou de la rente temporaire de conjoint.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation du comité paritaire de gestion du régime de prévoyance.

Article 13

Assiette et base des cotisations

13.1. Assiette et base des cotisations

13.1.1. Assiette annuelle des cotisations

L'assiette des cotisations est celle définie aux articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale telle que définie à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Si cette assiette venait ultérieurement à être modifiée, les parties signataires du présent accord se réuniraient afin de décider d'une éventuelle révision de l'assiette des cotisations.

Bien que non soumis à cotisation de sécurité sociale en application de l'article L. 5123-5 du code du travail, sont également intégrées dans l'assiette des cotisations les allocations du congé de reclassement légal et conventionnel, prévu à l'article L. 1233-27 du code du travail, versées pendant la durée qui excède la durée du préavis.

Toutefois, sont exclus du salaire soumis à cotisation :

- les gratifications exceptionnelles ;
- la prime de transport de la région parisienne ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement ou de départ ;
- les indemnités de non-concurrence et indemnités de clientèle ;
- les indemnités de précarité d'emploi ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre des dispositions de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et des dispositions réglementaires d'application ;
- les indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- les indemnités journalières du régime de prévoyance.

13.1.2. Base annuelle des cotisations

La base de la cotisation afférente au risque décès-incapacité-invalidité est l'assiette définie ci-dessus, limitée à huit fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

La base de la cotisation afférente au risque maladie-chirurgie-maternité est :

- pour une part, l'assiette définie ci-dessus, limitée à quatre fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période ;
- pour une part, le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

La base de la cotisation afférente au fonds sur le haut degré de solidarité est le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

13.2. Assiette et base des garanties

13.2.1. Assiette annuelle des garanties

Les éléments entrant dans l'assiette des garanties sont ceux rentrant dans l'assiette des cotisations définies à l'article 13.1.1 qui précède.

13.2.2. Base annuelle des garanties

La base des garanties, servant au calcul des prestations à verser à un bénéficiaire, est fixée à la somme des éléments rentrant dans l'assiette des garanties tels que définis ci-dessus perçus par l'intéressé au cours des 12 derniers mois de pleine activité précédant celui au cours duquel :

- s'est produit le décès ou l'arrêt de travail, limitée à huit fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, pour les prestations à verser en cas de décès (prestations en capital) ou d'arrêt de travail ;
- s'est produit le décès, limitée à quatre fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période pour la rente éducation ou pour la rente temporaire de conjoint à verser en cas de décès.

Concernant les salariés ayant travaillé à temps complet, puis à temps partiel ou inversement dans la même entreprise, la base de calcul des garanties décès visée à l'article 13.2 du présent accord est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis leur entrée dans l'entreprise.

Lorsqu'un sinistre survient moins de 1 an après l'affiliation de l'assuré au bénéfice du régime ou si pendant la période servant au calcul de la base des garanties sa rémunération a été réduite ou suspendue pour cause de maladie ou d'accident, cette base est reconstituée, *pro rata temporis*, à partir des éléments la constituant correspondant aux mois civils de présence à temps complet versés antérieurement à la date du sinistre ouvrant droit aux prestations.

En cas de reprise effective de travail de moins de 2 mois entre deux arrêts de travail indemnisés par le régime de prévoyance, la base de garantie à retenir pour le calcul des prestations est la même base que celle prise en compte pour le précédent arrêt de travail.

S'il s'est écoulé plus de 6 mois entre la fin du dernier mois de pleine activité et la date d'exigibilité de la première prestation, la base des garanties est revalorisée suivant les modalités techniques définies par le comité paritaire de gestion.

Article 14

Couverture en cas de décès du salarié

L'assurance décès garantit, en cas de décès de l'assuré (salarié ou ancien salarié en état d'incapacité ou invalidité), dans les conditions prévues au contrat d'assurance, selon l'option choisie par l'assuré :

- soit le versement d'un capital (option n° 1 ci-après) ;
- soit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants de l'assuré (option n° 2 ci-après) ;

– soit le versement d'un capital et d'une rente temporaire de conjoint (option n° 3 ci-après) ;

L'option n° 1 s'appliquera si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive l'assuré :

– n'a pas choisi d'option ;

– ou a choisi l'option n° 2 et n'a pas d'enfant à charge éligible ;

– ou a choisi l'option n° 3 et n'a pas de conjoint éligible.

Le choix de l'option peut être modifié à tout moment par l'assuré. La demande doit en être faite par lettre transmise aux organismes assureurs ou au gestionnaire mandaté pour application au premier jour du mois suivant la réception de la lettre. Les organismes assureurs retiennent la dernière option de l'assuré en leur possession à la date du sinistre. Conformément à l'article 8 du présent accord, l'entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu'ils ont de modifier le bénéficiaire de l'assurance décès et/ou l'option.

Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné par l'assuré ou, à défaut de désignation d'un bénéficiaire, à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire de Pacs, à défaut à ses enfants, à défaut à son père et à sa mère, à défaut à ses héritiers.

Toutefois, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des ascendants à charge, la majoration du capital correspondante ne profite qu'aux enfants et aux ascendants pris en considération pour le calcul de cette majoration selon les modalités prévues au contrat d'assurance.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, attestée par son classement parmi les invalides du 3^e groupe de la sécurité sociale avec assistance d'une tierce personne, dans les conditions prévues au contrat d'assurance :

– le capital décès prévu par l'option choisie est versé à l'intéressé par anticipation ;

– s'il a choisi l'option n° 2, la rente éducation est versée aux enfants ;

– s'il a choisi l'option n° 3, la rente temporaire de conjoint est versée au conjoint. Toutefois, la rente s'interrompt dès lors que le bénéficiaire perd la qualité de conjoint telle que prévue ci-dessous et au plus tard selon les modalités définies au c ci-après.

Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits au titre de la couverture décès.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne reconnue par la sécurité sociale est assimilée à la 3^e catégorie de l'invalidité du régime général de la sécurité sociale.

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant le terme du contrat de travail. Cette garantie prend fin à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

a) Option n° 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, est déterminé comme suit :

SITUATION DE FAMILLE DE L'ASSURÉ	DÉCÈS TOUTES CAUSES TA - TB - TC
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	170 %
Mariés, partenaires de Pacs sans personne à charge (*)	220 %
Célibataires, veufs, divorcés, mariés, partenaires de Pacs ayant une personne à charge (*)	310 %
Majoration par personne à charge supplémentaire (*)	90 %

(*) La notion de personnes à charge est définie ci-après au paragraphe d du présent article.

b) Option n° 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, limitée à la tranche B pour la rente éducation, sont déterminés comme suit :

- capital décès : 170 % TA - TB - TC ;
- rente éducation.

Chaque enfant à charge tel que défini ci-après perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après :

- jusqu'au 11^e anniversaire : 12 % TA - TB ;
- du 11^e au 18^e anniversaire : 16 % TA - TB ;
- du 18^e au 27^e anniversaire : 19 % TA - TB ;
- sans limite d'âge pour les enfants reconnus handicapés avant leur 27^e anniversaire : 19 % TA - TB.

La rente éducation est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

En tout état de cause, le total des rentes éducation versées annuellement aux enfants de l'assuré ne peut dépasser la base des garanties, définie à l'article 13.2.2 du présent accord, du salarié décédé.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1^{er} avril de chaque année dans la limite des montants provisionnés et des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 7.3 du présent accord sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt 6 mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

c) Option n° 3 : capital décès et rente temporaire de conjoint

Le capital et la rente de conjoint versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, limitée à la tranche B pour la rente de conjoint, sont déterminés comme suit :

- capital décès : 170 % TA - TB - TC ;
- rente temporaire de conjoint.

Le conjoint au sens du *d* ci-après perçoit une rente de 12 % TA - TB. La rente prend fin à la date à laquelle le bénéficiaire perçoit une pension de retraite au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et au plus tard lorsqu'il atteint l'âge légal de la retraite visé à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1^{er} avril de chaque année dans la limite des montants provisionnés et des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt 6 mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

d) Notion d'enfants, de personnes à charge et de conjoint

Les enfants à charge susceptibles de percevoir la rente éducation précitée sont les enfants (et enfants adoptés) du salarié :

- de moins de 18 ans ;
- de 18 à 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont l'âge requis, régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés avant leur 27^e anniversaire ; les enfants reconnus handicapés sont les enfants titulaires d'une carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Les personnes à charge ouvrant droit à une majoration du capital décès sont :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;
- les ascendants directs de l'assuré et de son conjoint ou partenaire de Pacs, titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 %, à condition que l'invalidé vive sous le toit de l'assuré.

Le conjoint susceptible de percevoir la rente précitée est le conjoint marié non séparé judiciairement ou pacsé.

Article 15

Indemnité en cas de prédécès du conjoint de l'assuré ou du partenaire de Pacs, prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge

En cas de décès du conjoint ou du partenaire de Pacs, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré, un capital brut est fixé comme suit :

Décès du conjoint ou du partenaire de Pacs	20 % du plafond annuel de la sécurité sociale
Décès d'un enfant à charge	20 % du plafond annuel de la sécurité sociale (limités au frais d'obsèques si l'enfant a moins de 12 ans)
Décès d'un ascendant à charge	20 % du plafond annuel de la sécurité sociale

Le montant du plafond annuel de la sécurité sociale est celui fixé au 1^{er} janvier de l'année au cours duquel survient le décès.

Article 16

Couverture en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente

Principe général

Pour les prestations définies au présent article, le total des sommes perçues annuellement par le salarié, notamment au titre de la rémunération versée par l'entreprise, de la prestation en espèces de la sécurité sociale, de celle du régime de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ou de l'invalidité, ne peut en aucun cas excéder 100 % de la base des prestations telle que définie à l'article 13.2 éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

16.1. Règles de limitation en cas de reprise d'activité

Lorsqu'un salarié reprend son activité à temps partiel ou réduit tout en bénéficiant :

- d'indemnités journalières, pour motif thérapeutique dans les conditions prévues à l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale ;
- d'une rente, en cas d'invalidité (1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) ;
- d'une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime de prévoyance.

Le montant de la prestation servie au titre du régime de prévoyance est alors limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord, éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord ;

- d'autre part, le cumul de la prestation en espèces maintenue par la sécurité sociale et de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 multipliée par le taux de travail à temps partiel. La base retenue est celle en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée comme les prestations du régime de prévoyance.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

Les règles de limitation sont précisées dans le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) auprès des organismes et/ou le règlement de gestion lié à ce(s) contrat(s). Ces règles s'imposent à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

16.2. Incapacité temporaire complète de travail. – Maladie de longue durée

16.2.1. Franchise

Est définie « franchise », la période débutant le premier jour d'arrêt de travail et finissant la veille du début de l'indemnisation du régime de prévoyance.

16.2.1.1. Assuré ayant 1 an d'ancienneté effective dans l'entreprise, au premier jour d'arrêt de travail

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, constaté par le médecin traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale ou relevant de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'indemnisation du régime de prévoyance intervient en relais de celle prévue à l'article 27.3 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

La franchise est ainsi égale à la durée du maintien de salaire par l'employeur prévue à l'article 27.3 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

16.2.1.2. Assuré ayant moins de 1 an d'ancienneté effective dans l'entreprise, au premier jour d'arrêt de travail

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail constaté par le médecin traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale le régime intervient à partir du quatrième jour inclus d'arrêt. La franchise est ainsi égale à 3 jours.

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail constaté par le médecin traitant et relevant de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles le régime intervient à partir du premier jour inclus dès lors que la durée de cet arrêt est égale ou supérieure à 3 jours.

16.2.2. Montant

16.2.2.1. Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, ne relevant pas de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, constaté par le médecin traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale, l'indemnisation du régime de prévoyance est égale à 80 % de la base des prestations telle que définie à l'article 13.2.2 sous déduction des prestations en espèces versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette équivalant à la base annuelle des garanties. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au redressement de la dette sociale).

16.2.2.2. Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'indemnité journalière est versée en fonction des

mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % de la base de garantie définie à l'article 13.2.2, sous déduction des prestations en espèces versées par la sécurité sociale.

La base de salaire à retenir pour le calcul des prestations en cas de reprise effective de travail de moins de 2 mois est la même base que celle prise en compte pour le précédent arrêt de travail.

16.2.3. Lorsque la sécurité sociale décide de suspendre le versement des indemnités journalières de sécurité sociale ou de réduire le montant de ses indemnités, le régime de prévoyance :

- suspendra le versement de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si l'indemnité journalière de la sécurité sociale est suspendue puisque le versement prévu par le régime est subordonné au versement effectif de la prestation de la sécurité sociale ;
- réduira le montant de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si la sécurité sociale réduit en application de la loi son indemnité, et ce dans la même proportion que la sécurité sociale.

16.2.4. Lorsque l'assuré reprend le travail à temps partiel, le régime peut verser une indemnisation à condition que la sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité et selon les dispositions prévues dans le(s) contrat(s) du (des) organisme(s) d'assurance et/ou le(s) règlement(s) de gestion lié(s) à ces contrats. Pour l'application de la règle dite de non-cumul, il est alors fait application des dispositions particulières prévues à l'article 16 du présent accord.

16-2-5. Les arrêts de travail en application du congé de maternité, prévu aux articles L. 1225-7 à L. 1225-20 et L. 1225-22 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance maternité du régime général de la sécurité sociale, sont exclus de l'indemnisation prévue par le présent accord au titre de l'incapacité temporaire de travail. Il en est de même pour le congé de paternité et d'accueil de l'enfant prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance de paternité et d'accueil de l'enfant du régime général de la sécurité sociale.

16.3. Invalidité permanente

L'assuré n'ayant pas liquidé sa retraite de base de la sécurité sociale (et au plus tard jusqu'à l'âge de la liquidation de ses droits à la retraite à taux plein) et assuré au titre du présent régime, dit participant en état d'invalidité permanente totale ou partielle, peut recevoir du régime de prévoyance une rente d'invalidité qui ne se cumule pas avec l'indemnité journalière d'incapacité temporaire complète de travail ou de longue maladie définie à l'article 16.2 ci-dessus, et ce dans les cas et conditions suivantes.

16.3.1. L'assuré en état d'incapacité totale de travail et percevant de la sécurité sociale une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, au titre de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche invalidité), reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage de la base annuelle des garanties définie à l'article 13.2 du présent accord, à raison de 30 % de cette base limitée au plafond de la sécurité sociale et 80 % de cette même base pour la partie supérieure à ce plafond.

16.3.2. L'assuré en état d'invalidité partielle et percevant de la sécurité sociale une pension d'invalidité de la 1^{re} catégorie d'invalidité définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale reçoit du régime la rente annuelle égale à celle prévue en cas d'invalidité totale, réduite de 25 %.

16.3.3. Lorsque l'assuré est en état d'invalidité totale et perçoit de la sécurité sociale une rente annuelle supérieure ou égale à 50 % de la rémunération prise en compte par la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, il reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle de base calculée à raison de 90 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord, sous déduction de la rente annuelle versée par la sécurité sociale.

16.3.4. Une rente est servie par le régime au participant dont le taux d'incapacité permanente, au titre de la législation de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale), est au moins égal à 20 % et inférieur à 50 %.

Le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations définie à l'article 13.2 ci-dessus et sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale, soit :

- $90 \% \times 2 N$, « N » représentant le taux d'incapacité permanente déterminé par la sécurité sociale.

16.4. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations servies en couverture des risques, incapacité temporaire et permanente, et invalidité sont en principe revalorisées au 1^{er} avril de chaque année dans la limite des provisions constituées et du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord, sur décision du comité paritaire de gestion. La première revalorisation intervient au plus tôt 6 mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

Les entreprises non adhérentes au RPC décès-incapacité-invalidité sont tenues de proposer un niveau de revalorisation supérieur ou égal au taux de revalorisation visé ci-dessus et à organiser le financement de ces revalorisations. En aucun cas les provisions du RPC décès-incapacité-invalidité ou le fonds de revalorisation de ce régime ne peuvent financer des revalorisations pour les salariés ou anciens salariés des entreprises non adhérentes au RPC décès-incapacité-invalidité.

Article 17

Prestations maladie-chirurgie-maternité

17.1. L'assuré à titre obligatoire et ses bénéficiaires

Le régime garantit le salarié ou l'ancien salarié et les membres de la famille à charge :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayant droit de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré à sa charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayants droit de l'assuré ;
- ainsi que les enfants de l'assuré âgés de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont 18 ans, régulièrement affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants. Lorsque, à l'issue d'une année universitaire, l'enfant ayant droit de l'assuré part accomplir son service national, la garantie maladie est prolongée pour lui jusqu'à la date de son départ au service national, sans pouvoir se poursuivre au-delà du 31 décembre de l'année civile considérée ou de la date de son 27^e anniversaire. Lorsque l'enfant de l'assuré est reconnu invalide ou handicapé avant son 27^e anniversaire, la limite d'âge de 27 ans ne s'applique pas.

Les membres de la famille à charge bénéficient du présent régime pendant toute la période pendant laquelle l'assuré, au titre duquel ils bénéficient du régime, reste dans le présent régime.

Bénéficient également de la garantie maladie-chirurgie-maternité selon les mêmes dispositions que ci-dessus, les enfants à charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayants droit du conjoint, du concubin de l'assuré ou de la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs). Si ce conjoint, concubin ou partenaire de Pacs bénéficie par ailleurs d'un régime de remboursement des frais de soins de santé, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel.

Enfin, bénéficient de la garantie maladie-chirurgie-maternité les enfants de l'assuré ou de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat de

professionnalisation, conformes à la réglementation en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2015, sous réserve que les intéressés justifient remplir les conditions cumulatives suivantes :

- ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature, à adhésion obligatoire ;
- être âgés de moins de 27 ans ;
- percevoir une rémunération brute conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, attestée par une copie de la fiche de paie du mois au cours duquel les soins ont été prescrits.

Bénéficient également de la garantie maladie-chirurgie-maternité les salariés qui relèvent de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire (assuré ou ayant droit) après les indemnisations de toute nature.

En outre, la limitation des remboursements du régime au montant des frais réellement engagés restant à la charge du bénéficiaire après déduction des diverses indemnisations auxquelles il a droit s'apprécie acte par acte.

17.2. Montant des prestations

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime maladie-chirurgie-maternité selon les modalités suivantes :

- soit sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) et/ou du ticket modérateur (TM) ;
- soit sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros et dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec les caisses nationales de sécurité sociale. Le montant des remboursements peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

La couverture maladie-chirurgie-maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat responsable tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale. A cet effet, les remboursements indiqués ci-après peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima et les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable. A titre d'exemple, le remboursement de la grille optique peut être majoré pour respecter le minimum du contrat responsable en cas d'équipement partiel.

De même, le présent régime respecte les minima de prise en charge prévus par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

Le comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4.2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat responsable.

Le montant des remboursements est fixé comme suit.

(Voir tableau page suivante.)

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Hospitalisation	
Frais de séjour	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Honoraires chirurgicaux	
Médecin secteur 1 ou adhérent au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 280 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Honoraires médicaux	
Médecin secteur 1 ou adhérent au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 120 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels (FR)
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité
Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	Frais réels dans la limite de 23 € par jour sur présentation d'un certificat médical
Transport du malade	Ticket modérateur (TM)
Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambula- toire)	
Médecin secteur 1 ou adhérent au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 250 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Consultations/visites	
Médecin secteur 1 ou adhérent au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 70 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 50 % de la base de remboursement (BR)
Niveau de remboursement des majorations	
Majoration de coordination, majoration pour nourrisson, visite de nuit, déplacement	Ticket modérateur (TM)
Frais pharmaceutiques	
Quel que soit le niveau de remboursement de la sécurité sociale	Ticket modérateur (TM)
Frais médicaux courants	
Radiographie	
Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 120 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Analyse	Ticket modérateur (TM)

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur (TM)
Toute majoration des auxiliaires médicaux (visites de nuit ; dimanche, déplacement auxiliaires médicaux)	Ticket modérateur (TM)
Appareillage Orthopédie et prothèse (autre que dentaire et auditive) Prothèse auditive	185 % de la base de remboursement (BR) Frais réels dans la limite de 1 000 € par appareil remboursé par la sécurité sociale
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires remboursées et non remboursées par la sécurité sociale. Sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes Orthodontie remboursée et non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 6 semestres)	Ticket modérateur (TM) 230 % de la base de remboursement (BR) ou 300 % de la base de remboursement (BR), si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande 230 % de la base de remboursement (BR) ou 280 % de la base de remboursement (BR), si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande
Optique acceptée par la sécurité sociale Lunettes ⁽¹⁾ Par monture : – adulte – enfant Par verre ⁽¹⁾ Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale Chirurgie des yeux ⁽²⁾ Cures thermales : soins médicaux remboursés par la sécurité sociale	100 € 60 € Cf. grille optique ci-dessous 120 € par an et par bénéficiaire 250 € par œil Ticket modérateur (TM)
<p>(1) Limité à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire sauf prescription médicale pour une correction différente, ou pour les mineurs auquel cas limité à une paire de lunettes par an. La durée est calculée par rapport à la date d'acquisition du premier équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel.</p> <p>(2) Par chirurgie des yeux, les partenaires sociaux entendent chirurgie réfractive et assimilée non prise en charge par la sécurité sociale.</p>	

Grille optique pour les adultes et les enfants par verre

(En euros.)

		SPHÈRE				
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8
Unifocaux	égal à 0	62	73	86	102	128
	0 < dioptries ≤ 4	68	80	95	113	141
	4 < dioptries	70	80	95	113	141
Multifocaux ou progressifs	égal à 0	145	167	185	215	270
	0 < dioptries	165	190	210	245	306

18. Cotisations

18.1. Cotisations contractuelles

La cotisation contractuelle afférente au risque décès-incapacité-invalidité (art. 14 à 16) est fixée à 1,50 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité des salariés (art. 17) sont fixées, toutes contributions sociales et fiscales et taxes incluses, pour la partie variable en fonction de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord à 1,02 % TA-TB, et pour la partie forfaitaire en fonction du plafond de la sécurité sociale à 1,32 %.

Pour les salariés bénéficiant du régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, afin de tenir compte des différences de prestations prises en charge par le régime local par rapport au régime général, les cotisations afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité sont égales à 55 % des taux indiqués ci-dessus.

18.2. Taux d'appel et cotisations appelées

A la fin de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime professionnel conventionnel, les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus pour l'année qui suit.

- pour l'année 2015, la cotisation afférente au risque décès-incapacité-invalidité sera appelée à 96,66 % de son montant, soit au taux de 1,45 % de la base des cotisations ;
- pour l'année 2015, les cotisations afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité, toutes contributions sociales ou fiscale et taxes incluses, seront appelées à 91,67 % pour la cotisation fixée en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale et à 92,16 % pour la cotisation en fonction de la base des cotisations, soit au taux de 1,21 % du plafond annuel de la sécurité sociale et au taux de 0,94 % de la base des cotisations ;
- pour les assurés affiliés au régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, pour tenir compte des différences de prestations prises en charge par le régime local par rapport au régime général, les cotisations afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité seront appelées à 55 % des taux appelés indiqués ci-dessus, soit au taux de 0,67 % du plafond annuel de la sécurité sociale et au taux de 0,52 % de la base des cotisations.

18.3. Répartition des cotisations

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur ;
- 40 % pour la part salarié.

18.4. Cotisation des adhérents à titre facultatif

Les cotisations des adhérents à titre facultatif (art. 12 de l'accord) au régime maladie-chirurgie-maternité, toutes contributions sociales ou fiscale et taxes incluses, sont fixées comme suit :

- par assuré facultatif (hors stagiaire et apprenti) : 1,96 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- par assuré facultatif stagiaire ou apprenti : 1,46 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- par enfant : 1,46 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Elles sont appelées à 100 % de leur montant pour 2015.

Pour les assurés facultatifs affiliés au régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, pour tenir compte des différences de prestations prises en charge par le régime local par rapport au régime général, les cotisations des adhérents à titre facultatif au risque maladie-chirurgie-maternité sont appelées à 55 % des taux appelés indiqués ci-dessus, soit au taux de 1,08 % par assuré facultatif et 0,80 % par enfant, stagiaire ou apprenti.

CHAPITRE III

FONDS SUR LE HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ

Le fonds sur le haut degré de solidarité du régime permet de financer des actions présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des actions à caractère non directement contributif au profit des assurés ou de leurs ayants droit en situation difficile. Ce fonds de solidarité suit les dispositions prévues par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est géré par l'organisme gestionnaire recommandé.

Article 19

Financement du fonds sur le haut degré de solidarité

En complément des cotisations destinées à couvrir les risques visés aux articles 14 à 17 ci-avant, les entreprises adhérentes au RPC maladie-chirurgie-maternité et/ou au RPC décès-incapacité-invalidité versent une cotisation définie obligatoire fixée à 0,15 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour chaque salarié. Cette cotisation collective obligatoire est appelée en même temps que les cotisations du régime et suit le même traitement fiscal et social que ces cotisations.

A la fin de chaque année, les parties signataires du présent accord pourront fixer un taux d'appel minorant ou majorant le taux contractuel de la cotisation visée ci-dessus pour l'année qui suit afin que la cotisation au fonds sur le haut degré de solidarité du régime :

- représente au moins 2 % des cotisations visées à l'article 18 ci-dessus ;
- permette de financer les actions de haut degré de solidarité visé par le présent accord.

Pour l'année 2016, la cotisation afférente au fonds sur le haut degré de solidarité sera appelée à 60 % de son montant, soit au taux de 0,09 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

La répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur ;
- 40 % pour la part salarié.

Il est expressément convenu que l'obligation des entreprises, pour l'alimentation du fonds sur le haut degré de solidarité, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations visées ci-dessus.

Toutefois, le versement de cette cotisation est facultatif pour les entreprises qui ont déjà mis en place un dispositif destiné à financer des actions de haut degré de solidarité similaires à celles prévues par le présent régime, sous réserve que :

- ces actions soient mises en place par un accord collectif selon les modalités visées aux articles L. 2232-16 et suivants du code du travail ;
- le financement alloué à ces actions soient au moins aussi favorable.

Dans ce cas :

- l'entreprise n'aura pas d'obligation de verser la cotisation destinée à alimenter le fonds sur le haut degré de solidarité de la branche, sauf si l'entreprise le prévoit expressément ;
- les salariés et anciens salariés de l'entreprise considérée ne bénéficieront pas du dispositif sur le haut degré de solidarité prévu par le présent chapitre.

Article 20

Utilisation du fonds sur le haut degré de solidarité

20.1. Fonds collectif santé

Pour faire face à l'augmentation importante du coût des prestations santé des personnes âgées, les partenaires sociaux ont décidé d'utiliser le fonds sur le haut degré de solidarité pour préfinancer une partie de la cotisation des frais de soins de santé des anciens salariés, lors de leur retraite et ainsi

diminuer le montant de la cotisation santé payée directement par le retraité. Ce dispositif, appelé « fonds collectif santé », est décrit ci-dessous.

20.1.1. Alimentation du fonds collectif santé

A la date d'entrée en vigueur du présent accord, le fonds collectif santé est alimenté par le montant atteint par le fonds collectif santé de l'accord du 22 juin 2007 au 31 décembre précédant la date d'effet du présent accord tel qu'indiqué dans le rapport annuel sur les résultats du fonds collectif santé visé à l'article 7.

Le fonds collectif santé est alimenté par :

1. Une dotation annuelle prélevée sur le fonds sur le haut degré de solidarité visé à l'article 19 ci-dessus ;

Cette dotation est fixée à 85 % de la cotisation de l'année versée au fonds sur le haut degré de solidarité. Elle pourra être revue chaque année par le comité paritaire de gestion ;

2. Les produits financiers générés par le fonds calculés selon les dispositions contractuelles fixées avec l'organisme assureur ;

3. Les cotisations exceptionnelles versées par les entreprises qui rejoignent le régime.

Le montant de la cotisation exceptionnelle est fixé à la suite d'une étude actuarielle :

- soit par les organismes assureurs recommandés ;
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l'(les) actuaire(s) conseil(s) désigné à l'article 4.1 du présent accord.

Les cotisations exceptionnelles doivent être entérinées par le comité paritaire de gestion qui devra avoir eu communication des éléments techniques sur lesquels repose le calcul de la cotisation.

20.1.2. Utilisation du fonds collectif santé

1. Le fonds collectif santé est utilisé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés visée par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais de soins de santé des anciens salariés, lorsqu'un salarié d'une entreprise adhérente qui participe à l'alimentation du fonds collectif santé adhère au régime des anciens salariés, lors de la liquidation de sa retraite.

2. Le montant du fonds collectif santé prélevé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés est approuvé chaque année par le comité paritaire de gestion au moment de l'approbation des comptes du régime, en fonction notamment des éléments suivants :

- du montant disponible dans le fonds collectif santé ;
- de l'espérance de vie des anciens salariés qui ont adhéré au régime des anciens salariés dans l'année écoulée et qui bénéficient de la réserve de couverture ;
- du taux technique en vigueur pour les engagements en cas de vie ;
- du niveau de l'abondement en vigueur dans le régime des anciens salariés.

Le fonds collectif santé est un mode de financement anticipé d'un régime mais ne donne droit à aucune prestation définie, même différée, au moment du départ à la retraite :

- l'utilisation du fonds collectif santé est réservée aux anciens salariés des entreprises adhérentes au RPC qui contribuent au fonds sur le haut degré de solidarité de la branche, tel que visé à l'article 19 ci-dessus, et qui adhèrent au régime frais de soins de santé des anciens salariés ; les anciens salariés qui n'adhèrent pas au régime selon les dispositions prévues par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais de soins de santé des anciens salariés ne bénéficient d'aucun avantage compensatoire ;
- le montant prélevé sur le fonds collectif santé est effectué conformément aux dispositions de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais de soins de santé des anciens salariés ;

- le montant prélevé sur le fonds santé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés peut évoluer à la hausse ou à la baisse en fonction des évolutions démographiques de la population concernée et de la situation financière du fonds collectifs santé, selon la décision du comité paritaire de gestion.

4. Les frais de gestion du fonds collectif santé sont prélevés conformément à la convention signée avec les organismes gestionnaires du fonds collectif santé.

20.2. Autres actions de solidarité

Chaque année, le comité paritaire de gestion décide des autres actions à mettre en œuvre au titre du haut degré de solidarité en fonction des orientations déterminées par la commission paritaire de branche en application de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds sur le haut degré de solidarité après alimentation du fonds collectif santé visé ci-dessus.

Sont notamment visés :

- le fonds social santé ;
- les services présentant un degré élevé de solidarité tels que FIL'APGIS et SANTESENS.

CHAPITRE IV

RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE (RS) DES SALARIÉS

Article 21

Objet. – Bénéficiaires

21.1. Objet

Le régime supplémentaire (RS), défini ci-après, est un régime surcomplémentaire du régime professionnel conventionnel (RPC). Seules les entreprises affiliées au régime professionnel conventionnel peuvent, si elles le souhaitent, adhérer à ce dernier dans les conditions ci-après.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie décès et de la garantie maladie-chirurgie en sus des couvertures contre ces risques prévues par le régime professionnel conventionnel (RPC).

Les entreprises peuvent opter :

- soit pour la garantie décès ;
- soit pour la garantie maladie-chirurgie ;
- soit pour la garantie décès et garantie maladie-chirurgie du régime supplémentaire.

21.2. Participants

Lorsque l'entreprise adhère au régime supplémentaire, tous les salariés inscrits à son effectif bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise et sans formalité.

Article 22

Assiette et base des garanties

22.1. Assiette et base annuelles des cotisations

L'assiette et la base des cotisations au régime supplémentaire sont celles des cotisations au régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.1 du présent accord.

22.2. Assiette et base annuelles des garanties

L'assiette et la base des garanties supplémentaires de l'assurance décès sont celles des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2 du présent accord.

Article 23

Couverture supplémentaire en cas de décès du salarié (En pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2 du présent accord)

Le régime supplémentaire prévoit des garanties décès selon des modalités et définitions identiques à celles prévues à l'article 14 du présent accord relatif au régime professionnel conventionnel (RPC).

Toutefois, les causes de décès et d'invalidité absolue et définitive sont garanties, à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

Le régime supplémentaire verse, en supplément du capital ou du capital et de la rente ainsi prévus, les majorations suivantes exprimées en pourcentage du salaire de base :

a) Option n° 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de base annuelle des garanties définies à l'article 13.2 du présent accord, est déterminé comme suit :

(En pourcentage.)

SITUATION DE FAMILLE	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge (**)	130	280
Mariés sans personne à charge (**)	155	330
Célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge (**)	180	360
Majoration par personne à charge supplémentaire (**)	25	55
(*) En cas de décès accidentel survenant dans un délai de 12 mois suivant l'accident. (**) La notion de personnes à charge est définie au paragraphe d de l'article 14 du présent accord.		

b) Option n° 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2 du présent accord, sont déterminés comme suit :

(En pourcentage.)

	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Capital décès		
Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130	280
Rente éducation		
Chaque enfant à charge au sens de l'article 15 du présent accord	4	4
(*) En cas de décès accidentel survenant dans un délai de 12 mois suivant l'accident.		

Cette rente supplémentaire est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

c) Option n° 3 : capital décès et rente temporaire de conjoint

Le capital et la rente temporaire de conjoint versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2 du présent accord, sont déterminés comme suit :

(Voir tableau page suivante.)

	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Capital décès		
Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130	280
Rente de conjoint		
Conjoint au sens de l'article 15 du présent accord	2,5	2,5
(*) En cas de décès accidentel survenant dans un délai de 12 mois suivant l'accident.		

Article 24

Prestation maladie-chirurgie du régime supplémentaire (RS)

Le régime supplémentaire s'applique selon des modalités identiques à celles prévues à l'article 17 du présent accord, relatif au régime professionnel conventionnel (RPC).

Les remboursements prévus par le régime supplémentaire (RS) sont effectués en complément des prestations en nature des régimes maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale ou d'un régime assimilé et de celles du régime professionnel conventionnel (RPC).

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale.

Le comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4.2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le régime supplémentaire verse en supplément des prestations prévues au régime professionnel conventionnel, les prestations suivantes :

ACTES	REMBOURSEMENT RS
Hospitalisation	
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 6 € par jour
Consultations, visites	50 % de la base de remboursement (BR)
Frais médicaux courants	
Radiographie	
Médecin secteur 1 et adhérent au contrat d'accès aux soins	30 % de la base de remboursement (BR)
Analyse	30 % de la base de remboursement (BR)
Auxiliaires médicaux	30 % de la base de remboursement (BR)
Appareillage	
Prothèse auditive	200 €
Dentaire	
Soins dentaires	30 % de la base de remboursement (BR)
Prothèses dentaires remboursées et non remboursées par la sécurité sociale (sont concernées uniquement les prothèses sur dents vivantes)	100 % de la base de remboursement (BR)
Orthodontie remboursée et non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 6 semestres)	100 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RS
Optique acceptée par la sécurité sociale	
Lunettes ⁽¹⁾	
Par monture	
– adulte	20 €
– enfant	15 €
Par verre ⁽¹⁾	Cf. grille optique ci-dessous
Optique acceptée ou refusée par la sécurité sociale	
Lentilles	100 € par an pour l'ensemble des dépenses et par bénéficiaire
(1) Limité à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire sauf prescription médicale pour une correction différente, ou pour les mineurs auquel cas limité à une paire de lunettes par an. La durée est calculée par rapport à la date d'acquisition du premier équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel.	

Grille optique par verre adulte et enfant en complément du RPC

(En euros.)

		SPHÈRE				
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8
Unifocaux	égal à 0	25	29	34	41	51
	0 < dioptries ≤ 4	27	32	38	45	57
	4 < dioptries	27	32	38	45	57
Multifocaux ou progressifs	égal à 0	58	67	74	86	95
	0 < dioptries	66	76	84	70	59

Article 25

Cotisations. – Dotations

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque décès-incapacité-invalidité (art. 23 du présent accord) sont fixées à 0,30 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité (art. 24 du présent accord) sont fixées à 0,255 % du plafond de la sécurité sociale et 0,205 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime supplémentaire qui doit trouver son équilibre financier indépendamment des résultats techniques et financiers du régime professionnel de branche (RPC), les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 50 % pour la part employeur ;
- 50 % pour la part salarié.

Article 26

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter du 1^{er} janvier 2015. Toutefois, les garanties du présent régime ne prendront effet qu'à compter du 1^{er} janvier 2016. Dans l'intervalle, les garanties prévues à l'accord collectif du 22 juin 2007 modifié sur la prévoyance continueront à produire effet.

Article 27

Dépôt. – Publicité

Conformément aux articles L. 2231-6 et R. 2231-2 du code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires à la direction générale du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Article 28

Extension

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 9 juillet 2015.

(Suivent les signatures.)