

CONVENTIONS COLLECTIVES

Convention collective régionale

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

(Etendue par arrêté du 7 octobre 1952)

Convention collective régionale

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

(Etendue par arrêté du 1^{er} juin 1973,
Journal officiel du 24 juin 1973)

ACCORD DU 23 NOVEMBRE 2015

**RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES**

NOR : ASET1650403M
IDCC : 35, 642

Vu l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;
Vu la convention collective nationale de l'industrie du textile du 9 juin 1952 ;
Vu les accords paritaires des 5 juin 1952 et 7 juin 1972 relatifs au régime de prévoyance des ouvriers, employés techniciens et agents de maîtrise des tissages de soierie ;
Vu les avenants des 1^{er} février 1961 et 29 octobre 1986 ;
Vu l'accord du 19 septembre 2001 et l'avenant du 24 avril 2002 ;
Vu l'avenant du 23 décembre 2005 consécutif à l'obligation prévue par la réforme de l'assurance maladie ;
Vu l'accord du 22 décembre 2006 et son avenant du 7 juillet 2008 ;
Vu l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et ses avenants ;
Vu l'accord du 12 décembre 2009 et son avenant du 17 novembre 2011 ;
Vu l'accord du 26 novembre 2012 et ses avenants n^{os} 1 et 2 du 10 juin 2014,

PRÉAMBULE

Il est apparu important aux partenaires sociaux de la branche de rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs.

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

- à la fois de faciliter pour les entreprises de la branche (quelle que soit leur taille ou leur situation démographique) l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux et selon des modalités pratiques simples ;

- sans pour autant remettre en cause les régimes préexistants dans les entreprises ayant anticipé cette démarche et respectant les dispositions du présent accord.

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

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

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

Concernant les garanties de frais de santé, le présent accord de branche a pour vocation d'instituer de nouvelles garanties minimales conventionnelles en conformité avec le contrat responsable conformément au décret du 19 novembre 2014.

Le présent accord est conclu en application des articles L. 2231-1 et suivants du code du travail ainsi que des dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin).

Il a vocation à se substituer, à compter du 1^{er} janvier 2016 à l'accord de santé-prévoyance du 26 novembre 2012, dont la clause de désignation arrive à échéance au 31 décembre 2015.

C'est dans ce contexte que les parties signataires se sont accordées sur les points suivants.

CHAPITRE I^{ER}

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1^{er}

Objet

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

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

Article 2

Champ d'application

Sur le plan territorial

Le présent accord territorial s'applique dans les départements suivants :

Ain (01), Allier (03), Ardèche (07), Cantal (15), Drôme (26), Gard (30), Isère (38), Loire (42), Haute-Loire (43), Puy-de-Dôme (63), Rhône (69), Saône-et-Loire (71), Savoie (73), Haute-Savoie (74), Vaucluse (84), aux entreprises entrant dans le champ d'application professionnel de l'accord des tissages de soierie.

Cet accord s'applique à l'ensemble des entreprises et/ou établissements situés dans les 15 départements cités ci-dessus quelle que soit la localisation géographique du siège.

Sur le plan professionnel

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

Article 3

Bénéficiaires du dispositif

3.1. Bénéficiaires du régime

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

Dans le cadre du présent accord, le terme « non cadre » correspond aux salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale AGIRC du 14 mars 1947.

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

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

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

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

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

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

Les entreprises pourront en outre décider d'ajouter, selon l'une des modalités définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, autrement dit, par voie d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale, au cas de dispense défini ci-dessus, les cas de dispense suivants :

Les salariés bénéficiant, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :

- dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Ce cas de figure concerne notamment :
 - les salariés bénéficiant d'une telle couverture dans le cadre d'un autre emploi ;
 - les couples de salariés dans l'entreprise, pour lesquels il est possible de n'y faire adhérer qu'un seul des deux membres du couple, l'autre étant couvert en qualité d'ayant droit de son conjoint (dans le cadre de l'adhésion de la – famille au sens large – mise en place dans l'entreprise à titre obligatoire). Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre, ils devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de la direction de l'entreprise, le membre du couple ayant le salaire brut le plus élevé se verra précompter la cotisation au financement du régime ;
 - les salariés d'une entreprise relevant du présent accord, couvert en qualité d'ayant droit et à titre obligatoire, dans le cadre d'un régime d'entreprise, collectif et obligatoire ;

- par le régime local d’assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- par le régime complémentaire d’assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- par le régime de protection sociale complémentaire des agents de l’Etat et de ses établissements publics, organisé par les décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatifs à la participation de l’Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- par le régime de protection sociale complémentaire des agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics organisés par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- dans le cadre des contrats d’assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l’initiative et à l’entreprise individuelle (contrat « loi Madelin » pour la couverture des travailleurs non salariés, dits « TNS »).

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction de l’entreprise, leur dispense d’adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire chaque année, tout justificatif attestant de cette couverture. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les salariés qui sont bénéficiaires :

- de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé prévue à l’article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ;

Ces deux facultés de ne pas adhérer au régime ne valent que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

- d’une assurance individuelle « remboursement de frais médicaux ».

Cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu’à l’échéance du contrat individuel.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction de l’entreprise, leur dispense d’adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire tout justificatif requis. A défaut d’écrit et de justificatif adressé à l’employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les salariés suivants auront également la faculté de refuser l’adhésion au régime :

- les salariés et apprentis sous contrat (CDD) ; pour ceux dont la durée est au moins égale à 12 mois, dès lors qu’ils produisent tout document justifiant d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties « remboursement de frais médicaux » ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au régime les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction de l’entreprise, leur dispense d’adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire tout justificatif requis. A défaut d’écrit et de justificatif adressé à l’employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

L’ensemble de ces dispenses d’adhésion ou demande d’adhésion pourront être formulées à tout moment (sauf celle relative à l’assurance individuelle).

3.3. Dispenses d’adhésion relatives au régime de prévoyance

S’agissant des garanties de prévoyance instituées par le présent accord, les salariés ne bénéficient d’aucune dispense d’adhésion.

CHAPITRE II

COTISATIONS OBLIGATOIRES

Article 4

Cotisations prévoyance

4.1. Principe

La cotisation servant au financement du régime conventionnel de prévoyance est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 60 % employeur ;
- 40 % salarié.

4.2. Financement des prestations

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

- cotisation 2016 (part patronale + part salariale) : 1,88 % TA, TB ;
- cotisation 2017 (part patronale + part salariale) : 1,98 % TA, TB ;
- cotisation 2018 (part patronale + part salariale) : 2,11 % TA, TB.

Article 5

Cotisations frais médicaux

5.1. Principe

La cotisation servant au financement du régime de frais de santé conventionnel est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 73 % employeur ;
- 27 % salarié.

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

Le choix d'adhésion et de financement à des régimes surcomplémentaires pourra également faire l'objet d'une discussion au niveau de l'entreprise, entre les salariés et l'employeur.

5.2. Financement des prestations

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

- cotisation 2016 (part patronale + part salariale) : 1,93 % TA, TB ;
- cotisation 2017 (part patronale + part salariale) : 2,03 % TA, TB ;
- cotisation 2018 (part patronale + part salariale) : 2,09 % TA, TB.

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

CHAPITRE III

PRESTATIONS MINIMALES OBLIGATOIRES

Article 6

Définition des prestations

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

1. Garanties de base obligatoires prévoyance et frais de santé :
 - le versement d'un capital en cas de décès lequel peut être accompagné d'une rente éducation ou d'une rente temporaire de conjoint survivant au choix de l'assuré ;
 - le versement de frais d'obsèques ;

- le versement d’indemnité journalière en cas d’incapacité temporaire de travail ;
- le versement d’un capital ou d’une rente en cas d’invalidité ;
- le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complément de ceux servis par le régime général de la sécurité sociale.

Ces présentes garanties, définies en annexe seront dites « régimes conventionnels obligatoires ».

L’entreprise s’engage à communiquer à l’ensemble des salariés les informations relatives à l’action sociale déployée par son organisme d’assurance.

2. Garanties de frais de santé optionnelles facultatives

L’entreprise peut décider, par voie de décision unilatérale de l’employeur, d’accord collectif ou à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d’un projet d’accord proposé par le chef d’entreprise, de mettre en place des garanties supérieures offrant des prestations supplémentaires à celles des régimes conventionnels obligatoires.

Le salarié peut également faire la demande à titre individuel de bénéficier des garanties supérieures offrant des prestations supplémentaires facultatives à celles des régimes conventionnels obligatoires.

Article 7

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

Il est rappelé qu’en application des dispositions de l’article L. 911-8 du code de sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d’un maintien des régimes de remboursement de frais de santé et de prévoyance (incapacité, invalidité et décès) institués par le présent accord.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits de l’ancien salarié aient été ouverts au sein de l’entreprise relevant du présent accord. En outre et pour bénéficier de ce maintien, l’ancien salarié devra impérativement justifier auprès de l’organisme assureur, à l’ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de sa prise en charge par le régime d’assurance chômage.

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l’entreprise. Par conséquent, toute évolution des garanties, à la hausse comme à la baisse, sera applicable aux salariés en portabilité, selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

La durée de la portabilité est égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Le maintien des garanties s’effectue à titre gratuit.

A la fin de la période de maintien des droits santé en portabilité, l’ancien salarié recevra également de l’organisme assureur une information concernant la possibilité d’obtenir, en application de l’article 4 de la loi Evin, le maintien des garanties santé en contrepartie du versement d’une cotisation.

En tout état de cause, le maintien des garanties de prévoyance ne pourra conduire l’ancien salarié à percevoir des indemnités d’un montant supérieur à celui des allocations chômage qu’il aurait perçu au titre de la même période.

CHAPITRE IV
CLAUSES GÉNÉRALES

Article 8

Dépôt et extension

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

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

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

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

Article 9

Commission paritaire

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

Cette commission se réunira au moins une fois par an pour étudier le dispositif conventionnel et les éventuelles évolutions.

Article 10

Durée et date d'effet

Le présent accord prend effet au 1^{er} janvier 2016 pour une durée indéterminée.

Il est soumis aux clauses de dénonciation.

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

Article 11

Modification

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

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

Article 12

Dénonciation

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

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 6 mois. L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 6 mois.

Article 13

Portée normative

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

Fait à Lyon, le 23 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FTS.

Syndicats de salariés :

HACUITEX CFDT ;

UR CFTC TCH ;

URSRHC CGT ;

FO tissage.

ANNEXE A I

COTISATIONS PRÉVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ

Accord Tissages de soierie

En vigueur au 1^{er} janvier 2016

PREVOYANCE

Les taux de cotisation du régime conventionnel de Prévoyance (part patronale + part salariale) sont fixés à :

- 1,88 % TA, TB en 2016,
- 1,98 % TA, TB en 2017,
- 2,11 % TA, TB en 2018.

Répartition

La cotisation servant au financement du régime conventionnel de prévoyance est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 60 % employeur
- 40 % salarié

Prévoyance	Part employeur	Part salarié	total
2016	1,13 %	0,75 %	1,88 %
2017	1,19 %	0,79 %	1,98 %
2018	1,27 %	0,84 %	2,11 %

FRAIS de SANTE

Régime Obligatoire :

Les taux de cotisation du régime conventionnel Frais de santé (part patronale + part salariale) sont fixés à :

Cotisation Famille au sens Sécurité sociale :

- 1,93 % TA, TB en 2016,
- 2,03 % TA, TB en 2017,
- 2,09 % TA, TB en 2018.

Répartition

La cotisation servant au financement du régime de frais de santé conventionnel est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 73 % employeur
- 27 % salarié

Frais de santé - Régime obligatoire Cotisation famille au sens de la sécurité sociale	Part employeur	Part salarié	total
2016	1,41 %	0,52 %	1,93 %
2017	1,48 %	0,55 %	2,03 %
2018	1,53 %	0,56 %	2,09 %

Régimes Facultatifs, souscrits à titre obligatoire par l'entreprise

	En pourcentage du salaire TA, TB	
2016	Cotisation en supplément du régime conventionnel	
	Régime Conventionnel	Régime Optionnel
Famille au sens SS	-	1,65 %
Famille au sens large	0,76 %	2,54 %

Régimes Facultatifs, souscrits par le salarié :

En % du plafond de la Sécurité sociale	
2016	Régime Optionnel Cotisation en supplément du régime conventionnel selon le choix de l'entreprise
Famille au sens SS	1,04 %
Famille au sens large	1,60 %

Régimes Facultatifs, souscrits par le salarié, pour couvrir le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale :

En % du plafond de la Sécurité sociale	
2016	Cotisation optionnelle individuelle conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale
Régime conventionnel Famille au sens SS	0,99 %
	Cotisation en supplément du régime conventionnel
Régime optionnel obligatoire dans l'entreprise	0,83 %
Régime optionnel facultatif salarié	0,92 %

ANNEXE A II

GARANTIES MINIMALES EN PRÉVOYANCE

Accord Tissage de soierie

En vigueur au 1^{er} janvier 2016

Nature des garanties	En pourcentage du salaire annuel brut TA + TB
GARANTIE DECES	
Option 1 : Capital décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, sans enfant à charge	100 %
Marié, pacsé, sans enfant à charge	150 %
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, avec un enfant à charge	150 %
Marié, pacsé, avec un enfant à charge	180 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge	30 %
Option 2 : Capital décès + Rente éducation	
Capital décès toutes causes réduit pour bénéficier de la rente éducation :	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement, avec un enfant à charge	100 %
Marié, pacsé, avec un enfant à charge	105 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge	5 %
Rente annuelle d'éducation par enfant à charge jusqu'au 26 ^{ème} anniversaire :	
- jusqu'à la veille du 18 ^{ème} anniversaire	10 %
- de 18 ans jusqu'au terme du trimestre du 26 ^{ème} anniversaire si poursuite d'études supérieures	12 %
Option 3 : Rente de conjoint temporaire	
Rente temporaire annuelle versée au conjoint jusqu'à la date de son départ à la retraite	18 %
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel	
Capital supplémentaire versé pour tout assuré ayant au moins un enfant à charge	100 %
Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)	
Si simultanément ou après le décès de l'assuré, son conjoint décède à son tour, il est versé, aux enfants de l'assuré encore à charge, un capital égal à celui prévu en cas de décès toutes causes de l'option 1.	100 % du capital décès Option 1
Frais d'obsèques	
Salarié, conjoint, pacsé ou enfant à charge de + de 12 ans	10 % PMSS
GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	
Capital anticipé En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, versement anticipé du capital prévu par l'option 1 en cas de décès toutes causes	100 % du capital décès Option 1
GARANTIE INCAPACITE / INVALIDITE	
Incapacité temporaire totale de travail	En % du salaire annuel brut TA + TB y compris les prestations de la Sécurité sociale et dans la limite du salaire net
- au 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail continu	80 %
Invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégories	80 %
Invalidité 1^{ère} catégorie	48 %
Accident du travail ou Maladie Professionnelle	
- Rente totale – le taux d'Incapacité permanente supérieur ou égal à 66 %	80 %
- Rente partielle – le taux d'Incapacité permanente compris entre 33 % et 66 %	48 %

TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS

TB : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

ANNEXE A III

GARANTIES MINIMALES FRAIS DE SANTÉ

Accord Tissage de soierie

Régime conventionnel obligatoire

En vigueur au 1^{er} janvier 2016

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE (Ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la Sécurité sociale)
L'HOSPITALISATION	
Frais de séjour hospitaliers conventionnés	100 % FR – SS
Frais de séjour hospitaliers non conventionnés	90 % FR – SS limité à 100 % BR*
Frais de séjour en maison de repos	0,40 % PMSS / J
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux conventionnés CAS	120 % BR
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux conventionnés non CAS	100 % BR
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux non conventionnés	90 % FR – SS limité à 100 % BR*
Chambre particulière	1 % PMSS / J
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS**	
Frais de transport	100 % BR - SS
Pharmacie	100 % BR – SS
Analyses médicales	100 % BR – SS
Auxiliaires médicaux	100 % BR – SS
Consultations et Visites Généralistes/Spécialistes CAS	100 % BR – SS
Consultations et Visites Généralistes/Spécialistes non CAS	100 % BR – SS
Actes Techniques Médicaux CAS	100 % BR – SS
Actes Techniques Médicaux non CAS	100 % BR – SS
Radio, électroradiologie CAS	100 % BR – SS
Radio, électroradiologie non CAS	100 % BR – SS
Appareillages	90 % FR – SS limité à 100 % RSS*
Appareils auditifs	10 % PMSS / A / B
L'OPTIQUE	
Limitation à un équipement « monture et verres » tous les 2 ans, sauf en cas de changement de correction ou pour les mineurs (dans la limite d'un équipement par an)	
Verres simples (1)	3,5 % PMSS / PAIRE
Verres complexes (2)	
Verres super complexes (3)	
Monture	3 % PMSS
Lentille acceptée (unité)	1,5 % PMSS / unité
LE DENTAIRE	
Soins dentaires	100 % BR – SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	120 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	120 % BR
Orthodontie prise en charge par la SS	50 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	50 % BR
LES PRESTATIONS ELARGIES	
Cures thermales prises en charge par la SS (Limitées au reste à charge)	100 % FR – SS plafonné à 10 % PMSS / cure / A / B
Allocation maternité (Limitée au reste à charge)	1 ^{er} ou 2 ^{ème} enfant : 6,5 % PMSS 3 ^{ème} enfant et plus : 13 % PMSS
Actes de prévention (conforme à l'arrêté du 08/06/2006)	Prise en charge

* Prise en charge au minimum du ticket modérateur

** En secteur non conventionné, prise en charge au minimum du ticket modérateur

- (1) Définition verres simples conformément au décret du 19/11/2014 : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00
- (2) Définition verres complexes conformément au décret du 19/11/2014 : verres simples foyer dont la sphère est $\geq -6,00$ ou +6,00 ou dont la sphère est supérieure à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs en dehors des verres super complexes et pour le matériel pour amblyopie.
- (3) Définition verres complexes conformément au décret du 19/11/2014 : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone -8,00 ou +8,00 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone -4,00 à +4,00

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

BR : Base de Remboursement ; SS : Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; RSS : Remboursement Sécurité sociale ;

B : Bénéficiaire ; A : Année ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; J : Jour ; CAS : Contrat d'Accès aux Soins

ANNEXE A III BIS

GARANTIES OPTIONNELLES FRAIS DE SANTÉ

Accord Tissage de soierie

Régime optionnel

En vigueur au 1^{er} janvier 2016

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLEMENTAIRE Sous déduction du régime conventionnel obligatoire (Ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la Sécurité sociale)
L'HOSPITALISATION	
Frais de séjour hospitaliers conventionnés	100 % FR – SS
Frais de séjour hospitaliers non conventionnés	90 % FR – SS limité à 100 % BR*
Frais de séjour en maison de repos	1 % PMSS / J
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux conventionnés CAS	150 % BR
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux conventionnés non CAS	100 % BR
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux non conventionnés CAS	90 % FR – SS limité à 150 % BR*
Honoraires chirurgicaux / Honoraires Médicaux non conventionnés non CAS	90 % FR – SS limité à 100 % BR*
Chambre particulière	1 % PMSS / J
Lit d'accompagnant (enfant de – de 16 ans)	0,5 % PMSS / J
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS**	
Frais de transport	100 % BR - SS
Pharmacie	100 % BR – SS
Analyses médicales	100 % BR – SS
Auxiliaires médicaux	100 % BR – SS
Consultations et Visites Généralistes/Spécialistes CAS	100 % BR
Consultations et Visites Généralistes/Spécialistes non CAS	80 % BR
Actes Techniques Médicaux CAS	50 % BR
Actes Techniques Médicaux non CAS	30 % BR
Radio, électroradiologie CAS	50 % BR
Radio, électroradiologie non CAS	100 % BR – SS
Appareillages	90 % FR – SS limité à 100 % RSS*
Appareils auditifs	35% BR + 10 % PMSS / A / B
L'OPTIQUE	
Limitation à un équipement « monture et verres » tous les 2 ans, sauf en cas de changement de correction ou pour les mineurs (dans la limite d'un équipement par an)	
Verres simples (1)	8 % PMSS / PAIRE
Verres complexes (2)	
Verres super complexes (3)	
Monture	4 % PMSS
Lentille acceptée (unité)	3 % PMSS / unité limité à 2 unités / A / B
Lentille non prise en charge	100 € / A / B
LE DENTAIRE	
Soins dentaires	70 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	350 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	350% BR
Orthodontie prise en charge par la SS	200 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	150 % BR

LES PRESTATIONS ELARGIES	
Implantologie	5 % PMSS par implant Maxi 2 implants / A / B
Parodontologie	100 € / A / B
Ostéopathe (disposant d'un diplôme d'état)	40 € / séance Maxi 3 séances / A / B
Cures thermales prises en charge par la SS (Limitées au reste à charge)	100 % FR – SS plafonné à 10 % PMSS / cure / A / B
Chirurgie réfractive de l'œil	3 % PMSS / œil / A / B
Allocation maternité (Limitée au reste à charge)	1 ^{er} ou 2 ^{ème} enfant : 10 % PMSS 3 ^{ème} enfant et plus : 13 % PMSS
Actes de prévention (conforme à l'arrêté du 08/06/2006)	Prise en charge

* Prise en charge au minimum du ticket modérateur

** En secteur non conventionné, prise en charge au minimum du ticket modérateur

- (1) Définition verres simples conformément au décret du 19/11/2014 : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00
- (2) Définition verres complexes conformément au décret du 19/11/2014 : verres simples foyer dont la sphère est \geq -6,00 ou +6,00 ou dont la sphère est supérieure à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs en dehors des verres super complexes et pour le matériel pour amblyopie.
- (3) Définition verres complexes conformément au décret du 19/11/2014 : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone -8,00 ou +8,00 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone -4,00 à +4,00

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

BR : Base de Remboursement ; SS : Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; RSS : Remboursement Sécurité sociale ;

B : Bénéficiaire ; A : Année ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; J : Jour ; CAS : Contrat d'Accès aux Soins

ANNEXE A IV

CHAMP D'APPLICATION PROFESSIONNEL DU TISSAGE DE SOIERIE

TRANSLATION DES NOMENCLATURES POUR LES ACTIVITES ENTRANT DANS LE CHAMP D'APPLICATION DES ACCORDS DES TISSAGES DE SOIERIES

ANCIENNE NOMENCLATURE INSEE	APE	NAF 1	NAF 2 2008
476.51 FABRICANTS TISSEURS	44.32 & 47.09	17.2.G En totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte. 18.2.J Pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards (1)	1320 Z 1419 Z
476.52 FACONNIERS TISSEURS	44.32	17.2.G En totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte. 18.2.J Pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards (1)	1320 Z 1419 Z 1396 Z 1419 Z 1320 Z
476.54 TISSAGE DE SOIERIE comportant un atelier de teinture, apprêt, Impression	44.32 & 47.09	17.2.G En totalité à l'exclusion s'agissant des activités de préparation au tissage, de la mise en carte. 18.2.J Pour la fabrication d'autres vêtements et accessoires, pour la fabrication de cravates et foulards (1)	1320 Z 1419 Z
476.7 FABRICANTS TRANSFORMATEURS De tissus de soie et plus généralement de tissus de filés de fibres artificielles et synthétiques sur du matériel et selon la technique de soierie	44.32 & 47.09	17.2.G En totalité et pour les produits 17.20.10. tissus de laine, soie, etc. 17.20.31. tissus en fils de filaments 17.20.32. tissus en fibres synthétiques 17.20.33. tissus en fibres artificielles 17.20.40. tissus spéciaux 17.2.J pour la fabrication de tissus à usage technique 17.5.G pour la fabrication d'articles divers en textile... toiles à bluter et filtres	1320 Z 1419 Z 1320 Z 1396 Z 1320 Z
484.6 FABRIQUE DE PASSEMENTERIE METALLIQUE, FABRIQUE D'ORNEMENTS D'EGLISE et de VETEMENTS SACERDOTAUX 484.61. Fabrique de passementerie métallique, or et argent, de galons, de soutache, de broderie métallique, de dorures pour uniformes, pour képis, épaulettes, franges or et argent 484.62. fabrique d'ornements d'église et de vêtements sacerdotaux 484.63. Guimpiers façonniers, fabrique de fils guipés pour passementerie	44.42	17.4.C (pour partie) : fabrication d'autres articles confectionnés en textile - la fabrication de drapeaux banderoles, de bannières, etc. .. 17.5.G (pour partie) : industries textiles n.c.a. - pour la fabrication d'articles de rubannerie - pour la fabrication d'articles de passementerie	1320 Z 1320 Z 1396 Z 1399 Z
484.7 FABRIQUE DE TRESSSES,LACETS ET PASSEMENTERIES MECANIQUES 484.72. fabrique de tresses en matières textiles diverses ; fabrique de cordelières, de galons, de ganses 484.73. fabrique de passementerie mécanique en matières textiles diverses ; fabrique de cannetilles, de chenilles, de franges, glands, olives en coton, laine, soie.	44.42	17.5.G (pour partie) industries textiles n.c.a. - pour la fabrication d'articles de passementerie (y compris tresses, cordelières, galons, ganses etc...)	1320 Z 1396 Z 1399 Z

