

En savoir plus sur ce texte...

Afficher les non vigueur **IDCC 2666**

▶ Texte de base

▶ **Convention collective nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement du 24 mai 2007**

▶ Titre VIII : Retraite complémentaire — Protection sociale

8.2. Régime national de prévoyance complémentaire obligatoire

Article 1er Champ d'application

En vigueur étendu

Le présent chapitre a pour objet la mise en place d'un régime de prévoyance au sein des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (CAUE) pour les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel.

Article 2 Bénéficiaires

En vigueur étendu

Le bénéfice des garanties décès, incapacité temporaire de travail, invalidité et frais de santé est ouvert au profit des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement.

Article 3 Risques couverts

En vigueur étendu

Le présent chapitre institue au profit des salariés visés par l'article 2 les garanties suivantes sans conditions d'ancienneté :

- décès ;
- incapacité temporaire totale de travail ;
- invalidité, incapacité permanente ;
- frais de santé.

3.1. Garanties décès

3.1.1. Salaire de référence servant au calcul des prestations décès

Concernant les salariés en activité, le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé le décès, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes, à l'exclusion des indemnités ayant un caractère de remboursement de frais. Concernant les salariés en arrêt de travail total ou en mi-temps thérapeutique, le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes, à l'exclusion des indemnités ayant un caractère de remboursement de frais. La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, selon les modalités prévues au point 4 du présent chapitre.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

3.1.2. Garantie décès

Capital

En cas de décès, quelle que soit la cause, d'un salarié, il est versé un capital dont le montant est calculé en pourcentage du salaire de référence et en fonction de la situation familiale au moment du décès :

- célibataire, veuf, divorcé, séparé sans enfant à charge : 180 % ;
- marié, pacsé ou concubin sans enfant à charge : 320 % ;
- toutes situations familiales avec un enfant à charge : 400 % ;
- majoration par enfant à charge supplémentaire : 80 % ;

La notion « séparé » s'entend de la personne mariée ou pacsée, séparée.

Le versement de ce capital décès se cumule au versement du capital décès prévu par IRCANTEC.

Décès accidentel

Le capital décès « toutes causes » est doublé en cas de décès accidentel.

L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du salarié, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Invalidité absolue et définitive

Le capital est versé par anticipation au participant qui se trouve en état d'invalidité absolue et définitive, à condition qu'il en fasse la demande, indépendamment de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente qui lui sera servie (cf. point 3.3.3).

Un participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive s'il remplit l'une des conditions suivantes avant son départ à la retraite :

- soit invalide de 3e catégorie au titre de l'article L. 341-4 du [code de la sécurité sociale](#) avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie ;
- soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la sécurité sociale au taux de 100 % et avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

Décès en mission

En cas de décès survenant au cours d'un déplacement professionnel en France métropolitaine (y compris Corse), une garantie frais d'obsèques égale à 70 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 1 877 € en 2007) est accordée.

Cette garantie est complémentaire de l'aide accordée par la sécurité sociale.

Rente de conjoint survivant

En cas de décès du salarié laissant un conjoint survivant, une rente de conjoint survivant sera versée ; cette rente est définie comme suit :

- rente viagère : $60 \% \times P \times (65 \text{ ans} - \text{âge au décès})$;
- rente temporaire : 60 % des points retraite acquis par le salarié ;
- majoration par enfant à charge : 10 % par rente et par enfant ;
- rente d'orphelin de père et de mère :
- rente d'orphelin par enfant : $50 \% \times P \times (65 \text{ ans} - \text{âge au décès})$.

P est le nombre de points de retraite complémentaire (ARRCO et/ou AGIRC) à acquérir de la date du décès à celle des 65 ans du salarié (calcul sur la base d'un taux ARRCO à 8 % et d'un taux AGIRC à 16 %).

Rente éducation

Il est versé à chaque enfant à charge au moment du décès (si l'enfant est mineur, à son représentant légal) une rente temporaire d'éducation d'un montant annuel calculé en pourcentage du salaire de référence et évolutif en fonction de l'âge de l'enfant :

- jusqu'au 18e anniversaire : 25 % par enfant ;
- du 18e au 26e anniversaire (1) : 25 % par enfant.

Les rentes éducation sont versées sans limite de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la sécurité sociale, ou tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.

3.1.3. Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS).

La condition de durée de 1 an dans les deux cas précités est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition prévue au point 4.1.4 du présent chapitre ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

3.1.4. Définition des enfants à charge

Est réputé à charge du salarié l'enfant légitime, naturel reconnu ou non ou adopté, ainsi que celui de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint en ait effectivement la charge, c'est-à-dire s'il pourvoit à ses besoins et assure son entretien directement ou par le biais d'une pension alimentaire, à la date de l'événement couvert et s'il remplit l'une des conditions

suivantes :

- bénéficiaire des prestations sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du salarié, de son conjoint ou de son partenaire lié par un Pacs, sauf pour les enfants de plus de 16 ans déjà immatriculés ;
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisme, ou s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre à l'ANPE ;
- l'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié, conformément aux [dispositions des articles 228 et 315 du code civil](#).

Par ailleurs, en ce qui concerne la garantie frais de santé, l'enfant est reconnu à charge jusqu'à la date anniversaire de ses 28 ans, s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.

3.1.5. Bénéficiaires du capital décès

En cas de décès du salarié, le capital est servi :

- en premier lieu, au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s) ;
- en l'absence de désignation de bénéficiaire ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires ont renoncé ou disparu, dans l'ordre suivant :
 - à son conjoint marié, pacsé ou en concubinage, tel que défini au point 3.1.3 ;
 - à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
 - à défaut, à ses parents, par parts égales ;
 - à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
 - et à défaut, à ses ayants droit suivant la dévolution successorale.

Toutefois, lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée à la personne au titre de laquelle elle a été accordée (si l'enfant est mineur, à son représentant légal).

3.1.6. Maintien de la garantie décès, invalidité absolue et définitive

Les garanties décès, invalidité absolue et définitive sont maintenues, sans cotisation, à tout salarié en arrêt de travail, percevant à ce titre des prestations de l'organisme assureur, à compter du premier jour d'indemnisation et sous réserve que la date de survenance de cet arrêt soit intervenue en période de couverture.

Le changement d'organisme désigné à l'article 8.1 est sans effet sur le maintien de la garantie décès, par l' (les) ancien(s) organisme(s) désigné(s), au profit des personnes visées ci-dessus.

Dans ce cas, la revalorisation des rentes éducation continuera d'être assurée par l'organisme désigné par le présent régime pour la couverture de cette garantie, selon les modalités prévues au premier alinéa de l'article 5, conformément à l'[article L. 912-3 du code de la sécurité sociale](#) et à la loi n° 89-009 du 31 décembre 1989, modifiée par la [loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001](#).

3.2. Garanties incapacité temporaire de travail

3.2.1. Définition des garanties

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, le salarié, tel que défini aux articles 2 et 3 du présent chapitre, bénéficie d'une indemnité journalière en complément de celle versée par la sécurité sociale.

Les prestations sont versées à l'employeur si le bénéficiaire de la garantie fait encore partie de l'effectif de l'entreprise ou directement à ce dernier dans le cas contraire.

La garantie incapacité temporaire se décompose en 2 périodes d'indemnisation :

- maintien de salaire, jusqu'au 120e jour d'arrêt de travail ;
- relais maintien de salaire, à compter du 121e jour d'arrêt de travail.

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la sécurité sociale (moins de 200 heures par trimestre), les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation de la sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

La prestation pourra être suspendue en cas de fraude avérée ou de contre-visite médicale niant la nécessité de l'arrêt.

3.2.2. Salaire de référence servant au calcul des prestations incapacité temporaire

Le salaire de référence servant au calcul des prestations incapacité temporaire est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes, à l'exclusion des indemnités ayant un caractère de remboursement de frais.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

3.2.3. Montant des prestations

A. - Maintien de salaire

Les salariés perçoivent des indemnités journalières complémentaires destinées à garantir le versement de leur salaire net :

- à compter du premier jour d'arrêt de travail en cas d'accident de travail, de trajet ou de maladie professionnelle ;
- à compter du premier jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée si l'arrêt de travail est supérieur à 4 jours.

Jusqu'au 120e jour d'arrêt continu, le régime de prévoyance prévoit le versement d'une indemnité maximale calculée sur la base de :

- 100 % du salaire net de référence tranches A et B, sous déduction des prestations nettes versées par la sécurité sociale (retenues pour leur montant net de prélèvements sociaux). Le salaire pris en compte est le salaire net fiscal calculé sur la

même périodicité et les mêmes éléments que ceux mentionnés à l'article 3.2.2.

B. - Relais maintien de salaire

A compter du 121^e jour d'arrêt continu et jusqu'au 1 095^e jour, le régime de prévoyance prévoit le versement d'une indemnité maximale calculée sur la base de :

— 75 % du salaire brut de référence, tranches A et B, sous déduction des prestations brutes versées par la sécurité sociale (retenues pour leur montant avant prélèvements sociaux).

C. - Couverture des charges sociales patronales (jusqu'au 120^e jour d'arrêt)

L'employeur perçoit au titre des charges sociales patronales dues sur les prestations complémentaires versées au titre du présent régime une indemnité « charges sociales patronales » calculée sur la base de 37 % de la prestation prévue au paragraphe A « Maintien de salaire » du présent article.

Cette indemnisation spécifique est maintenue tant que le bénéficiaire des indemnités journalières fait encore partie de l'effectif de l'entreprise couverte, et au plus tard jusqu'au 120^e jour d'arrêt de travail continu.

3.2.4. Durée des prestations

Les prestations sont versées aussi longtemps que le bénéficiaire perçoit des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Le versement cesse :

- dès la fin du versement des indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la sécurité sociale ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

3.3. Garanties invalidité, incapacité permanente

3.3.1. Définition des garanties

En cas d'invalidité reconnue par la sécurité sociale en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie ou en cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66 %, le salarié bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'organisme gestionnaire du régime.

3.3.2. Salaire de référence servant au calcul des prestations invalidité, incapacité permanente

Le salaire de référence servant au calcul des prestations invalidité et incapacité permanente est le salaire annuel net fiscal des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail, revalorisé selon les modalités prévues pour les prestations à l'article 5 du présent chapitre, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente. Ce salaire de référence intègre les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes, à l'exclusion des indemnités ayant un caractère de remboursement de frais.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

3.3.3. Montant des prestations

A. - Invalidité (maladie ou accident de la vie privée)

Le montant annuel brut de la rente versée, sous déduction des prestations nettes de la sécurité sociale (2) et de toute rémunération d'activité professionnelle ou d'une allocation chômage, est égal à :

En cas d'invalidité classée en 1^{re} catégorie, 2^e catégorie ou 3^e catégorie : 90 % du salaire net, tranches A et B.

Le paiement de cette rente est fractionné en 4 versements effectués trimestriellement à terme échu.

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la sécurité sociale (moins de 200 heures par trimestre), les rentes définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

B. - Incapacité permanente (maladie professionnelle ou accident du travail)

La reconnaissance par la sécurité sociale de la stabilisation d'un état d'incapacité consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 66 % au sens de l'article L. 434-2 du code de sécurité sociale ouvre droit au versement d'une rente.

Le montant annuel de la rente, sous déduction des prestations nettes de la sécurité sociale (3) et de toute rémunération d'activité professionnelle ou d'une allocation chômage, est égal à 90 % du salaire net, tranches A et B.

En cas d'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'origine professionnelle « n » égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, la prestation prévue ci-dessus est calculée avec l'application d'un coefficient calculé selon la formule suivante : $3n/2$.

Le paiement de cette rente est fractionné en 4 versements effectués trimestriellement à terme échu.

3.3.4. Durée des prestations

Les prestations sont versées aussi longtemps que le bénéficiaire perçoit une rente de la sécurité sociale.

Le versement cesse :

- à la liquidation de la pension de vieillesse de la sécurité sociale ;

- à la date où le bénéficiaire cesse de percevoir une rente d'invalidité de la sécurité sociale (pour la garantie invalidité) ;
- à la date où le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66 % (pour la garantie incapacité permanente) ;

3.4. Règle de cumul commune aux points 3.2 et 3.3

En tout état de cause, le cumul des indemnités perçues mensuellement pour maladie ou accident au titre du régime général de la sécurité sociale, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnités chômage, et des indemnités ou rentes complémentaires versées au titre du présent régime, toutes ces sommes étant considérées en net, ne pourra pas conduire à verser au salarié une somme supérieure au salaire net qu'il aurait touché s'il avait continué à exercer son activité. Le complément de pension accordé par la sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3e catégorie ou à certains bénéficiaires d'une rente d'incapacité permanente pour un taux de 100 % n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation due par l'organisme désigné est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au salarié ou à l'ancien salarié indemnisé les prestations ou fractions de prestations indûment versées. Les salariés ou anciens salariés doivent fournir à l'organisme désigné toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le bénéficiaire refuse de fournir les informations, l'organisme désigné peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

(1) *Sous conditions : poursuite d'études ou événements assimilés définis au point 4.1.4.*

(2) *Sauf prestation majoration pour l'assistance d'une tierce personne attribuée par la sécurité sociale*

(3) *Sauf prestation majoration pour l'assistance d'une tierce personne attribuée par la sécurité sociale*

Article 4 **Revalorisation des prestations**

En vigueur étendu

Les prestations périodiques sont revalorisées selon l'évolution de la valeur du point AGIRC au 1er juillet de chaque exercice pour les garanties arrêt de travail et en fonction de celle du point OCIRP pour les rentes éducation et les rentes de conjoint. En cas de changement d'organisme désigné, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme désigné, conformément à l'[article L. 912-3 du code de la sécurité sociale](#). Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme désigné, la revalorisation des prestations rente éducation et rente de conjoint sera poursuivie par l'OCIRP, organisme assureur de ces garanties mentionné à l'article 7 du présent chapitre.

Article 5 **Garantie frais de santé**

En vigueur étendu

5.1. Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent chapitre

Les salariés définis aux articles 2 et 3 du présent chapitre bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel. Dans ce cas, les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié (cf. point 6.4).

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie telle que définie ci-dessus au point 3, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

5.2. Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément à la circulaire DSS/5B/2005/396 du 25 août 2005, certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- salariés sous contrat d'alternance, de professionnalisation ou d'apprentissage, à condition qu'ils soient à durée déterminée, ainsi que tous les salariés sous contrat à durée déterminée ;
- salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire instituée dans le cadre de la couverture maladie universelle ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) ;
- salariés qui bénéficient déjà, à la date d'adhésion de l'entreprise au régime, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé par leur conjoint. La couverture du salarié concerné doit bien relever d'une obligation imposée au conjoint et non pas d'une adhésion facultative. Cette disposition n'est valable qu'à la date d'adhésion de l'entreprise. Cette faculté n'est plus ouverte après cette date, même pour les salariés embauchés postérieurement. Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

5.3. Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié

Conformément au point 6.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Par extension, les salariés peuvent opter

facultativement pour une extension de la garantie frais de santé à tout ou partie de leur famille, soit en optant pour la couverture « couple », soit en optant pour la couverture « famille ».

Couverture « couple »

La couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint ou d'un enfant à charge.

Couverture « famille »

La couverture « familiale » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge). Le conjoint du salarié est défini au point 3.1.3 du présent chapitre.

Les enfants à charge du salarié sont définis au point 3.1.4 du présent chapitre.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme désigné de la demande d'extension familiale si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

5.4. Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par un choix de contrats individuels proposés sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du participant. Ils seront informés en temps utile par l'organisme gestionnaire du régime.

Les prestations proposées seront équivalentes à celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposés par l'organisme assureur.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

5.5. Conditions de la garantie frais de santé

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses soins ou interventions non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties. Le service des prestations est par ailleurs conditionné au respect des dispositions légales en termes de prescription.

5.6. Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent pour certains les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date de la présente proposition. Ainsi l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

HOSPITALISATION CHIRURGICALE et médicale	ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES : 100 % des frais réels Etablissements non conventionnés : 85 % des frais réels
Frais d'accompagnement	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Maternité ou adoption	385 €
Frais d'électroradiologie Consultation, visites auprès d'un omnipraticien ou d'un spécialiste Pratique médicale courante (analyses, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, frais de déplacement) Soins dentaires	100 % des frais réels (1) dans la limite de 250 % du tarif de convention
Prothèses diverses, orthopédie	100 % des frais réels (1) dans la limite de 250 % du tarif de responsabilité
Frais de transport	100 % du tarif de convention (2)
Frais pharmaceutiques	100 % du tarif de responsabilité (1)
Prothèses dentaires acceptées ou refusées par la sécurité sociale	
Prothèses auditives acceptées ou refusées par la sécurité sociale	100 % des frais réels (3) dans la limite de 250 % du tarif de convention et d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 1 525 €
Orthodontie acceptée ou refusée par la sécurité sociale	

Frais d'optique (verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la sécurité sociale)	100 % des frais réels (1) dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 600 €
Cures thermales acceptées ou non par la sécurité sociale	305 €
Frais d'obsèques salarié, conjoint, enfants	385 €
(1) Sous déduction des prestations de la sécurité sociale. (2) Sous déduction des prestations en convention de la sécurité sociale. (3) Sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la sécurité sociale.	

En tout état de cause, le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaire ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés.

5.7. Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, les organismes désignés tiennent compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique. Les cotisations et les prestations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Les conditions particulières ainsi déterminées sont mentionnées à l'annexe I au présent chapitre intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ». (1)

(1) Alinéa exclu de l'extension comme étant contraire aux dispositions de l'article L. 132-10 du code du travail. La présente convention a en effet été déposée sans annexe (arrêté du 27 février 2008, art. 1er).

Article 5 **Garantie frais de santé**

En vigueur étendu

Article 5.1

Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent chapitre

Les salariés définis aux articles 2 du présent chapitre ainsi que leurs ayants droit bénéficient obligatoirement de cette couverture selon leur situation familiale effective.

Article 5.2

Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément au décret du 9 janvier 2012, certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas être affiliés au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur lequel doit préalablement informer les salariés de cette faculté. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 et des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur affiliation au régime. Dans ce cas, leur affiliation prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande et sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'être affiliés et de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur

situation.

Article 5.3

Structure de cotisation

Les salariés devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Couverture " salarié seul "

La couverture " salarié seul " correspond à la couverture du salarié qui n'a pas d'ayant droit.

Couverture " couple "

La couverture " couple " s'adresse au salarié qui n'a qu'un seul ayant droit et correspond à la couverture du salarié et de son conjoint ou d'un enfant à charge.

Couverture " famille "

La couverture " famille " correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

La définition des ayants droit est celle prévue dans le contrat d'assurance. Elle est rappelée à titre informatif :

- s'agissant du conjoint du salarié, à l'article 3.1.3 du présent chapitre ;
- s'agissant des enfants à charge, à l'article 3.1.4 du présent chapitre.

Exceptions au principe d'adhésion en fonction de la situation réelle de famille

Par exception à la règle susvisée, les salariés qui sont en mesure de justifier que leurs ayants droit sont déjà couverts par ailleurs pourront, s'ils le souhaitent, décider de cotiser au régime selon la couverture " salarié seul " ou " couple ". L'ayant droit est considéré être " couvert par ailleurs " dans les cas suivants :

- l'ayant droit est déjà couvert à titre obligatoire par l'intermédiaire d'un régime complémentaire frais de santé collectif d'entreprise ;
- l'ayant droit est déjà couvert à titre facultatif par l'intermédiaire d'un régime complémentaire couvrant notamment les frais de santé, ouvert aux fonctionnaires et agents publics de l'Etat et de ses établissements publics ;
- l'ayant droit est déjà couvert par un contrat d'assurance de groupe dit " contrat loi Madelin ".

Le salarié doit justifier chaque année, auprès de l'employeur, de la couverture dont bénéficient ses ayants droit, conjoint et/ou enfants.

5.4. Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé

Conformément aux [dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989](#), la garantie frais de santé peut être maintenue par un choix de contrats individuels proposés sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du participant. Ils seront informés en temps utile par l'organisme gestionnaire du régime.

Les prestations proposées seront équivalentes à celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposées par l'organisme assureur.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

5.5. Conditions de la garantie frais de santé

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses soins ou interventions non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties. Le service des prestations est par ailleurs conditionné au respect

des dispositions légales en termes de prescription.

5.6. Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent pour certains les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date de la présente proposition. Ainsi l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

HOSPITALISATION CHIRURGICALE et médicale	ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES : 100 % des frais réels Etablissements non conventionnés : 85 % des frais réels
Frais d'accompagnement	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Maternité ou adoption	385 €
Frais d'électroradiologie Consultation, visites auprès d'un omnipraticien ou d'un spécialiste Pratique médicale courante (analyses, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, frais de déplacement) Soins dentaires	100 % des frais réels (1) dans la limite de 250 % du tarif de convention
Prothèses diverses, orthopédie	100 % des frais réels (1) dans la limite de 250 % du tarif de responsabilité
Frais de transport	100 % du tarif de convention (2)
Frais pharmaceutiques	100 % du tarif de responsabilité (1)
Prothèses dentaires acceptées ou refusées par la sécurité sociale	
Prothèses auditives acceptées ou refusées par la sécurité sociale	100 % des frais réels (3) dans la limite de 250 % du tarif de convention et d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 1 525 €
Orthodontie acceptée ou refusée par la sécurité sociale	
Frais d'optique (verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la sécurité sociale)	100 % des frais réels (1) dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 600 €
Cures thermales acceptées ou non par la sécurité sociale	305 €
Frais d'obsèques salarié, conjoint, enfants	385 €
(1) Sous déduction des prestations de la sécurité sociale. (2) Sous déduction des prestations en convention de la sécurité sociale. (3) Sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la sécurité sociale.	

- médecine douce : 25 € par séance limité à 5 séances par an et par bénéficiaire ;

- vaccins non remboursés par la sécurité sociale : 100 % des frais réels ;

- implantologie dentaire : forfait de 538 € limité à 1 fois par an par bénéficiaire,

Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 538 € ou 538 € par implant limité à un implant par an et par bénéficiaire ;

- optique : opération au laser de la myopie : 10 % PMSS par œil,

Ou traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

En tout état de cause, le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaire ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés.

5.7. Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, les organismes désignés tiennent compte des dispositions spécifiques prévues par le [code de la sécurité sociale](#) pour cette zone géographique. Les cotisations et les prestations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Les conditions particulières ainsi déterminées sont mentionnées à l'annexe I au présent chapitre intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

- médecine douce : 25 € par séance limité à 5 séances par an et par bénéficiaire ;

- vaccins non remboursés par la sécurité sociale : 100 % des frais réels ;

- implantologie dentaire : forfait de 538 € limité à 1 fois par an par bénéficiaire,

Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 538 € ou 538 € par implant limité à un implant par an et par bénéficiaire ;

- optique : opération au laser de la myopie : 10 % PMSS par œil,

Ou traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

Article 6 **Conditions de suspension des garanties**

En vigueur étendu

Le bénéfice des garanties du présent chapitre est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, sauf en cas de maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Dans les cas de suspension du contrat de travail pour lesquelles la garantie frais de santé n'est pas maintenue, le salarié qui souhaite maintenir la couverture frais de santé prévue au titre du présent chapitre peut en faire la demande auprès de son employeur.

Il adressera dans ce cas à son employeur, selon une périodicité définie entre eux, le règlement correspondant aux cotisations totales à sa charge exclusive (part employeur et part salarié). L'employeur maintiendra dans ce cas l'affiliation du salarié concerné et le versement des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme désigné en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme désigné de la déclaration faite par l'entreprise.

Par exception, les garanties décès sont maintenues sans contrepartie de cotisation dans les cas de suspension du contrat de travail pour les motifs suivants, et pour une durée n'excédant pas celle prévue par le code du travail pour les cas cités ci-dessous :

- congé parental ;

- congé de présence parentale (enfant gravement malade, accidenté ou handicapé grave) ;

- congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Par ailleurs, en cas de suspension pour incapacité de travail reconnue par la sécurité sociale et indemnisée au titre du présent régime ou en cas de congé de maternité et/ ou paternité ;

- les garanties décès et arrêt de travail sont maintenues sans versement de cotisation, et ce même s'il y a versement de tout ou partie du salaire par l'employeur ;

- la garantie frais de santé est quant à elle maintenue moyennant le versement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire plein d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération)

Article 6 bis **Portabilité des droits de prévoyance complémentaire**

En vigueur étendu

1. Bénéficiaires de la portabilité

Les dispositions qui suivent s'appliquent pour les ruptures de contrat de travail prenant effet à compter du 1er septembre 2011.

Les salariés dont le contrat de travail est rompu (sauf en cas de faute lourde) et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties de prévoyance et frais de santé.

Le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le

dernier employeur, ainsi qu'à la justification par le salarié à son ancien employeur de la prise en charge par l'assurance chômage.

2. Garanties maintenues

Ils bénéficient de l'ensemble des garanties du régime, sans dissociation possible, au titre duquel ils étaient affiliés lors de la rupture de leur contrat de travail, à l'exception de la garantie incapacité temporaire de travail dite « Maintien de salaire » qui ne constitue par une garantie de prévoyance complémentaire.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

3. Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur désigné.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture (le contrat doit donc avoir eu une durée minimale de 30 jours).

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de APRIONIS Prévoyance ou Malakoff Médéric Prévoyance (ex. URRPIMMEC) ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

4. Financement de la portabilité des droits de prévoyance et santé

Le maintien du bénéfice des garanties de prévoyance et santé complémentaire aux salariés dont le contrat de travail est rompu ou a cessé, tel que prévu au présent article, est assuré dans le cadre de la mutualisation des risques de la branche.

5. Information du salarié

L'employeur doit informer le salarié par courrier recommandé, ou remis en main propre contre récépissé, dans un délai minimum de 15 jours ouvrables avant le terme du contrat, de son droit à la portabilité en matière de prévoyance et de santé.

Le salarié peut renoncer au maintien des garanties, en le notifiant expressément par écrit à son ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

6. Salaire de référence pour la portabilité des droits prévoyance et santé

Le salaire de référence servant de base au calcul des différentes prestations de prévoyance est le même salaire que celui défini aux articles 3.1.1 « Garanties décès », 3.2.2 « Garanties incapacité temporaire » et 3.3.2 « Garanties invalidité/incapacité permanente », à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail. La période de référence étant celle précédant la cessation du contrat de travail.

S'agissant des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire, elles seront limitées au montant des allocations nettes du régime d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

Article 7 **Modalités d'adhésion** En vigueur étendu

7.1. Organismes gestionnaires

Les organismes désignés pour assurer, dans le cadre d'une coassurance, la couverture des garanties décès, invalidité, incapacité et frais de santé prévues par le présent chapitre sont :

- Ionis Prévoyance (institution membre de Ionis), 50, route de la Reine, BP 85, 92105 Boulogne-Billancourt Cedex ;
- URRPIMMEC (institution membre du groupe Malakoff), 15, avenue du Centre, 78285 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex.

Une convention de coassurance est conclue entre Ionis Prévoyance et l'URRPIMMEC. Celle-ci désigne un apériteur qui sera plus particulièrement en charge d'organiser la compensation des comptes ainsi que leur mutualisation. Il sera également en charge de la présentation annuelle des comptes consolidés auprès des partenaires sociaux de la branche. Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent chapitre, les modalités de fonctionnement administratif, les exclusions réglementaires et l'ensemble des dispositions non mentionnées dans le présent régime feront l'objet de dispositions inscrites dans le protocole de gestion administrative conclu entre les signataires du présent chapitre et les organismes désignés. Ces dispositions qui seront portées à la connaissance des bénéficiaires s'imposeront à eux. Pour ce qui concerne les garanties rentes de conjoint et d'éducation, l'organisme assureur est l'OCIRP (organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le [code de la sécurité sociale](#), 10, rue Cambacérès, 75008 Paris). Concernant la gestion de cette garantie, l'OCIRP en délègue la charge à Ionis Prévoyance et à l'URRPIMMEC.

7.2. Principe d'adhésion

L'ensemble des entreprises relevant du champ d'activité professionnel visé par la convention collective nationale doit rejoindre l'un des organismes désignés pour l'intégralité des garanties. Concernant les entreprises qui ne disposaient d'aucun régime de prévoyance, l'adhésion à l'organisme désigné est impérative dès la date d'opposabilité du présent régime de prévoyance aux entreprises, telle que mentionnée au point 8 du présent chapitre.

7.3. Mesures transitoires

Concernant les entreprises qui disposaient déjà d'un régime de prévoyance obligatoire, l'adhésion à l'organisme désigné doit être réalisée au plus tard à la date de la première échéance permettant la résiliation du contrat en cours, et ce conformément aux délais de préavis à respecter. Concrètement, cette date d'échéance dépendra de la date d'extension de la convention collective. Concernant ces entreprises, elles devront néanmoins se couvrir auprès de l'organisme désigné, et ce dès la date d'opposabilité du régime, pour les garanties non prévues par leur contrat souscrit antérieurement (décès, incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente, frais de santé). Les entreprises concernées contacteront pour ce faire l'organisme désigné afin d'établir un contrat spécifique en attendant l'adhésion totale à l'ensemble des garanties du régime. Les entreprises apportant la preuve à l'organisme désigné qu'à la date d'entrée en vigueur de la convention collective les niveaux de prestations étaient supérieurs, garantie par garantie, et à un montant de la quote-part salariale de la cotisation supérieure à celle prévue par le régime obligatoire devront établir un contrat spécifique auprès de l'opérateur à un même coût et garanties équivalentes à leur contrat antérieur.

7.4. Adhésion tardive

Toute adhésion réalisée postérieurement à la date à laquelle elle aurait dû être réalisée compte tenu de la situation de l'entreprise, appréciée au cas par cas, sera soumise à la commission paritaire de gestion du régime de prévoyance, qui pourra alors décider, après étude réalisée par les organismes désignés, du paiement temporaire d'une cotisation supplémentaire correspondant au différentiel entre le risque de cette entreprise et les risques de l'ensemble des entreprises adhérentes au régime conventionnel.

7.5. Risques en cours à la date d'effet du régime

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties et toujours inscrit à l'effectif de l'entreprise, s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale sans être indemnisés au titre d'un régime de prévoyance complémentaire, les organismes désignés prendront en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent régime. De même, les salariés concernés bénéficieront de l'ensemble des garanties décès, sans contrepartie de cotisation, et ce tant qu'ils perçoivent des prestations au titre de leur arrêt de travail. Cependant, cette disposition ne sera accordée systématiquement qu'aux entreprises qui adhéreront au présent régime au plus tard à la date d'effet de la convention collective. Au-delà de cette date, la prise en compte des arrêts de travail en cours sera conditionnée au règlement par l'entreprise d'une cotisation spécifique correspondant aux risques calculés par l'organisme désigné.

Dans le cas contraire, concernant les salariés ou anciens salariés qui bénéficient des prestations du régime de la sécurité sociale et de prestations complémentaires au titre d'un précédent régime de prévoyance, les organismes désignés ne prendront en charge que la revalorisation des prestations en cours de service. Cette prise en charge sera accordée dans la mesure où la revalorisation n'est pas garantie par le précédent organisme assureur. Par ailleurs, les organismes désignés pourront prévoir la reprise du maintien des garanties décès au profit de ces salariés ou anciens salariés, obligation qui incombe normalement à l'ancien assureur, à la seule condition que l'ancien assureur transfère aux organismes désignés l'intégralité des provisions déjà constituées à cet effet.

Les indemnisations accordées par les organismes désignés au titre des arrêts en cours seront accordées à effet du jour de l'adhésion de l'entreprise au régime et seront maintenues au travers d'un fonds spécifique réservé à cet usage. Les organismes désignés étudieront l'impact de ce maintien et, à l'issue des premières années de gestion du régime, soumettront éventuellement à la commission paritaire de gestion les conditions de son financement.

Article 8 **Durée. — Date d'effet** En vigueur étendu

Le présent régime de prévoyance est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet dès la date de signature de la convention collective, date à partir de laquelle elle sera soumise à la procédure d'extension ; toutefois, les dispositions du régime ne seront opposables aux entreprises, adhérentes ou non au syndicat patronal signataire, qu'à compter du premier jour du troisième mois suivant la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension de la convention collective.

Concernant les entreprises devant assumer des délais de résiliation de contrats en cours avec d'autres organismes, celles-ci devront rejoindre le régime au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date d'extension.

Article 9

Réexamen des conditions de la mutualisation

En vigueur étendu

En application de l'article L. 912-1 de [la loi n° 94-678 du 8 août 1994](#), les garanties prévues au présent accord ainsi que les modalités d'organisation de la mutualisation des risques seront examinées tous les 5 ans.

Article 10

Commission paritaire de gestion du régime de prévoyance

En vigueur étendu

Il est institué au sein de la branche professionnelle une commission paritaire de gestion du régime de prévoyance.

10.1. Compétence et attributions

La commission paritaire de gestion a pour objet d'examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de prévoyance institué par le présent chapitre, notamment l'étude et l'analyse du rapport d'information sur les comptes des résultats globaux du régime qui doit être fourni par les organismes désignés chaque année, au plus tard le 30 août de l'année n + 1.

En particulier, ladite commission est habilitée à faire toutes propositions d'aménagements du régime, au niveau tant des prestations qu'à celui des cotisations, ainsi qu'à étudier et valider toutes propositions de modifications du régime de prévoyance émises par les organismes désignés. Elle peut demander à ces derniers des précisions et informations complémentaires d'ordre économique, financier, social nécessaires à l'appréciation de l'application du présent chapitre et/ou à l'étude de l'équilibre financier du régime dans son ensemble. Elle est également habilitée à réexaminer le choix des organismes désignés.

10.2. Composition et fonctionnement

La commission paritaire de gestion est composée de 2 représentants de chacune des organisations syndicales de salariés signataires de la convention collective et de représentants de l'organisation syndicale patronale également signataire en nombre égal à celui des représentants des salariés.

La commission est présidée alternativement par un représentant des organisations syndicales de salariés et un représentant de l'organisation syndicale des employeurs.

Elle se réunit au moins 1 fois par an en réunion préparatoire et plénière. Des réunions exceptionnelles peuvent être organisées à la demande d'au moins une organisation, membre de la commission, pour traiter des questions spécifiques et/ou urgentes.

Les convocations sont assurées par le président qui établit l'ordre du jour en y faisant figurer les demandes de ses membres ou des organismes désignés.

Les décisions sont prises à la majorité simple.

Les frais liés à la participation des membres de la commission paritaire de gestion sont pris en charge par les organismes désignés sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais réels (défraiement, déplacement, hébergement...).

Article 11

Obligations des entreprises adhérentes et des salariés

En vigueur étendu

Les organismes désignés réalisent une notice d'information adressée aux entreprises adhérentes, à charge pour ces dernières de la remettre à chacun des salariés concernés, conformément aux [dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale](#). De même, en cas de modifications apportées aux droits et obligations des salariés, une nouvelle notice sera établie par les organismes désignés et devra être remise à chaque salarié par l'entreprise adhérente. La preuve de la remise de la notice aux salariés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

Dans le cadre de la couverture de certains risques (notamment invalidité), les salariés devront se soumettre régulièrement aux examens de contrôle demandés par les organismes désignés, et remettre toutes pièces justificatives nécessaires dont la confidentialité leur est garantie.

Article 12

Financement du régime

En vigueur étendu

12.1. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations des garanties décès et arrêt de travail prévues par les points 4.1, 4.2 et 4.3 sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, dans la limite des tranches A et B.

Les cotisations des garanties frais de santé sont exprimées en pourcentage du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, après application des limites mensuelles suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 0,56 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- salaire maximum pris en compte : 1,5 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

12.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.
 Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :
 – l'effectif des participants ;
 – les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.
 L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires.

(En pourcentage.)

GARANTIE DÉCÈS - ARRÊT DE TRAVAIL	PART EMPLOYEUR		PART SALARIÉ		ENSEMBLE	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Capital décès	0,23	0,23	0,24	0,24	0,47	0,47
Décès accidentel	0,04	0,04	0,05	0,05	0,09	0,09
Rente de conjoint	0,22	0,46	0,24	0,46	0,46	0,92
Rente éducation	0,12	0,12	0,13	0,13	0,25	0,25
Incapacité temporaire maintien de salaire, y compris remboursement des charges sociales patronales (jusqu'au 120e jour)	0,75	0,75			0,75	0,75
Incapacité temporaire longue maladie (121e au 1 095e jour)			0,13	0,35	0,13	0,35
Incapacité/invalidité permanente	0,07	0,43	0,14	0,10	0,21	0,53
Total décès/arrêt de travail	1,43	2,03	0,93	1,33	2,36	3,36

PART EMPLOYEUR		PART SALARIÉ		ENSEMBLE	
TA	TB	TA	TB	TA	TB
60	60	40	40	100	100
1,07	1,07	0,71	0,71	1,78	1,78
2,11	2,11	1,41	1,41	3,52	3,52
3,29	3,29	2,20	2,20	5,49	5,49

12.3. Répartition employeur-salarié

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié est progressive durant les 2 premières années suivant la date d'effet du régime pour atteindre 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié au terme de cette période.
 Les taux appliqués les 2 premières années sont les suivants :
 – durant les 12 premiers mois suivant la date d'effet : 50 % employeur, 50 % salarié ;
 – durant les 12 mois suivants : 55 % employeur, 45 % salarié.

12.4. Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Les salariés et leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient de conditions particulières (prestations et cotisations) mentionnées dans l'annexe I au présent chapitre intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

12.5. Révision du financement

Les taux des cotisations ont été établis en fonction de l'évolution actuarielle des risques. Ces taux seront automatiquement révisés, sans qu'il soit nécessaire qu'un avenant au présent chapitre soit conclu, en tenant compte notamment des résultats techniques du régime et après approbation de la commission paritaire de gestion. La commission paritaire de gestion pourra également décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer les garanties.
 Cependant, durant les premières années de mise en place du régime et sous réserve des modifications pouvant intervenir dans les modalités de calcul des prestations des régimes de base de la sécurité sociale, les taux des cotisations seront maintenus au moins :
 – 2 ans concernant les garanties frais de santé prévues au point 6 ;
 – 3 ans concernant les garanties décès et arrêt de travail prévus aux points 4.1, 4.2 et 4.3.
 Les CAUE sont tenus de s'affilier, à dater de l'extension de la convention collective des CAUE, à l'organisme de couverture de la santé et de la prévoyance :

Article 12 **Financement du régime** En vigueur étendu

12.1. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations des garanties décès et arrêt de travail prévues par les points 4.1, 4.2 et 4.3 sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, dans la limite des tranches A et B.
 Les cotisations des garanties frais de santé sont exprimées en pourcentage du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent,

après application des limites mensuelles suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 70 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- salaire maximum pris en compte : 130 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

12.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des participants ;
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires.

A. - Garanties décès, invalidité, incapacité

(En pourcentage.)

Garanties décès, incapacité, invalidité	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Capital décès	0,35	0,36	0,17	0,16	0,52	0,52
Décès accidentel	0,06	0,06	0,03	0,03	0,09	0,09
Rente de conjoint	0,26	0,56	0,14	0,24	0,40	0,80
Rente éducation	0,15	0,16	0,07	0,06	0,22	0,22
Invalidité, incapacité permanente	0,23	0,54	0,12	0,23	0,35	0,77
Incapacité temporaire longue maladie (à compter du 121e jour)			0,16	0,39	0,16	0,39

La répartition du total de ces cotisations ci-dessus est de 60 % à la charge de l'employeur et de 40 % à la charge du salarié.

(En pourcentage.)

Incapacité temporaire Maintien de salaire, y compris remboursement des charges sociales patronales (jusqu'au 120e jour)	0,75	0,75			0,75	0,75
Total décès, invalidité, incapacité	1,8	2,43	0,69	1,11	2,49	3,54

Toutefois, pourront déroger à cette répartition les organismes entrant dans le champ d'application du régime national de prévoyance, pour ce qui concerne leur personnel cadre relevant des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 AGIRC (et non de l'IRCANTEC). Dans ce cas, il est précisé que la contribution de l'employeur s'impute sur l'obligation fixée par l'article 7 de la convention susvisée ; à ce titre, l'employeur devra prendre en charge 1,50 % de la cotisation du régime de prévoyance sur la tranche A (soit, compte tenu de la cotisation de 0,75 % affectée au maintien de salaire, une contribution totale pour l'employeur de 2,25 % de la tranche A).

B. - Garantie frais de santé de l'ensemble du personne

Garantie Frais de santé	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
	60 %	60 %	40 %	40 %	100 %	100 %
Cotisation « salarié seul »	1,06 %	1,06 %	0,71 %	0,71 %	1,77 %	1,77 %
Cotisation « couple »	2,10 %	2,10 %	1,4 %	1,4 %	3,5 %	3,5 %
Cotisation « famille »	3,27 %	3,27 %	2,18 %	2,18 %	5,45 %	5,45 %

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié pour la garantie frais de santé de l'ensemble du personnel est de 60 % à la charge de l'employeur et de 40 % à la charge du salarié.

12.3. Répartition employeur-salarié

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié est progressive durant les 2 premières années suivant la date d'effet du régime pour atteindre 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié au terme de cette période.

Les taux appliqués les 2 premières années sont les suivants :

- durant les 12 premiers mois suivant la date d'effet : 50 % employeur, 50 % salarié ;
- durant les 12 mois suivants : 55 % employeur, 45 % salarié.

12.4. Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Les salariés et leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient de conditions particulières (prestations et cotisations) mentionnées dans l'annexe I au présent chapitre intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

12.5. Révision du financement

Les taux des cotisations ont été établis en fonction de l'évolution actuarielle des risques. Ces taux seront automatiquement révisés, sans qu'il soit nécessaire qu'un avenant au présent chapitre soit conclu, en tenant compte notamment des résultats techniques du régime et après approbation de la commission paritaire de gestion. La commission paritaire de gestion pourra également décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer les garanties.

Cependant, durant les premières années de mise en place du régime et sous réserve des modifications pouvant intervenir dans les modalités de calcul des prestations des régimes de base de la sécurité sociale, les taux des cotisations seront maintenus au moins :

- 2 ans concernant les garanties frais de santé prévues au point 6 ;
- 3 ans concernant les garanties décès et arrêt de travail prévus aux points 4.1, 4.2 et 4.3.

Les CAUE sont tenus de s'affilier, à dater de l'extension de la convention collective des CAUE, à l'organisme de couverture de la santé et de la prévoyance :

Article 12 Financement du régime En vigueur non étendu

12.1. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations des garanties décès et arrêt de travail prévues par les points 4.1, 4.2 et 4.3 sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, dans la limite des tranches A et B.

Les cotisations des garanties frais de santé sont exprimées en pourcentage du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, après application des limites mensuelles suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 70 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- salaire maximum pris en compte : 130 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

12.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des participants ;
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires.

A. - Garanties décès, invalidité, incapacité

(En pourcentage.)

Garanties décès, incapacité, invalidité	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Capital décès	0,35	0,36	0,17	0,16	0,52	0,52

Décès accidentel	0,06	0,06	0,03	0,03	0,09	0,09
Rente de conjoint	0,26	0,56	0,14	0,24	0,40	0,80
Rente éducation	0,15	0,16	0,07	0,06	0,22	0,22
Invalidité, incapacité permanente	0,23	0,54	0,12	0,23	0,35	0,77
Incapacité temporaire longue maladie (à compter du 121e jour)			0,16	0,39	0,16	0,39

La répartition du total de ces cotisations ci-dessus est de 60 % à la charge de l'employeur et de 40 % à la charge du salarié.

(En pourcentage.)

Incapacité temporaire Maintien de salaire, y compris remboursement des charges sociales patronales (jusqu'au 120e jour)	0,75	0,75			0,75	0,75
Total décès, invalidité, incapacité	1,8	2,43	0,69	1,11	2,49	3,54

Toutefois, pourront déroger à cette répartition les organismes entrant dans le champ d'application du régime national de prévoyance, pour ce qui concerne leur personnel cadre relevant des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 AGIRC (et non de l'IRCANTEC). Dans ce cas, il est précisé que la contribution de l'employeur s'impute sur l'obligation fixée par l'article 7 de la convention susvisée ; à ce titre, l'employeur devra prendre en charge 1,50 % de la cotisation du régime de prévoyance sur la tranche A (soit, compte tenu de la cotisation de 0,75 % affectée au maintien de salaire, une contribution totale pour l'employeur de 2,25 % de la tranche A).

B. - Garantie frais de santé de l'ensemble du personnel

Garantie Frais de santé	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA 60 %	TB 60 %	TA 40 %	TB 40 %	TA 100 %	TB 100 %
Cotisation salarié seul	1,10 %	1,10 %	0,73 %	0,73 %	1,83 %	1,83 %
Cotisation couple	2,17 %	2,17 %	1,45 %	1,45 %	3,62 %	3,62 %
Cotisation famille	3,38 %	3,38 %	2,26 %	2,26 %	5,64 %	5,64 %

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié pour la garantie frais de santé de l'ensemble du personnel est de 60 % à la charge de l'employeur et de 40 % à la charge du salarié.

12.3. Répartition employeur-salarié

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié est progressive durant les 2 premières années suivant la date d'effet du régime pour atteindre 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié au terme de cette période. Les taux appliqués les 2 premières années sont les suivants :

- durant les 12 premiers mois suivant la date d'effet : 50 % employeur, 50 % salarié ;
- durant les 12 mois suivants : 55 % employeur, 45 % salarié.

12.4. Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Les salariés et leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient de conditions particulières (prestations et cotisations) mentionnées dans l'annexe I au présent chapitre intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

12.5. Révision du financement

Les taux des cotisations ont été établis en fonction de l'évolution actuarielle des risques. Ces taux seront automatiquement révisés, sans qu'il soit nécessaire qu'un avenant au présent chapitre soit conclu, en tenant compte notamment des résultats techniques du régime et après approbation de la commission paritaire de gestion. La commission paritaire de gestion pourra également décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer les garanties.

Cependant, durant les premières années de mise en place du régime et sous réserve des modifications pouvant intervenir dans les modalités de calcul des prestations des régimes de base de la sécurité sociale, les taux des cotisations seront maintenus au moins :

- 2 ans concernant les garanties frais de santé prévues au point 6 ;
- 3 ans concernant les garanties décès et arrêt de travail prévus aux points 4.1, 4.2 et 4.3.

Les CAUE sont tenus de s'affilier, à dater de l'extension de la convention collective des CAUE, à l'organisme de couverture de la santé et de la prévoyance :