

ACCORD NATIONAL DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

ARTICLE 1 – CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime de prévoyance destiné à satisfaire les dispositions de la convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers pour les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel.

Toutes ses dispositions doivent être interprétées par rapport au texte conventionnel de référence.

ARTICLE 2 – BENEFICIAIRES

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 cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ANCIENNETE

Les garanties définies ci-après sont acquises aux salariés définis à l'article 2 dans les conditions suivantes :

- **Pour les garanties décès, invalidité et frais de santé** : sans condition d'ancienneté dès la date d'embauche du salarié.
- **Pour la garantie incapacité temporaire de travail** :
 - En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, les garanties sont acquises à compter du 1er jour suivant la fin de la période d'essai si elle existe
 - En cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté, dès la date d'embauche du salarié.

ARTICLE 4 – RISQUES COUVERTS

Le présent accord institue au profit des salariés visés par les articles 2 et 3, les garanties suivantes :

- Décès
- Incapacité Temporaire Totale de travail
- Invalidité / Incapacité Permanente.
- Frais de santé

Article 4-1 Garanties décès

4-1-1 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 .

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. La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, selon les modalités prévues à l'art 5 du présent Accord.

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^{ème} de leur montant.

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

4-1-2 Garantie décès des non cadres

En cas de décès toutes causes d'un salarié non cadre, 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 : **100 %**
- marié, pacsé ou concubin sans enfant à charge : **150 %**
- toutes situations familiales avec un enfant à charge : **175 %**
- majoration par enfant à charge supplémentaire : **25 %**

La notion familiale "séparé" s'entend de la personne mariée ou pacsée séparée de droit.

De plus, il est versé à chaque enfant à charge au moment du décès (si enfant 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'à 11 ans révolus : **8 %** par enfant
- de 12 ans à 17 ans révolus : **12 %** par enfant
- de 18 à 25 ans révolus* : **16 %** par enfant

*sous conditions : poursuite d'études ou événements assimilés définis à l'article 4.1.6

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

4-1-3 Garantie décès des cadres

En cas de décès toutes causes d'un salarié cadre, 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 de droit ou de fait.

De plus, il est versé à chaque enfant à charge au moment du décès (si enfant 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'à 11 ans révolus : **8 %** par enfant
- de 12 ans à 17 ans révolus : **12 %** par enfant
- de 18 à 25 ans révolus* : **16 %** par enfant

*sous conditions : poursuite d'études ou événements assimilés définis à l'article 4.1.6

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

4-1-4 Garanties communes cadre et non cadre

A) 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.

B) Double effet

En cas de décès du conjoint survivant, du pacsé ou du concubin (sous réserve des conditions prévues à l'art 4-1-5 du présent Accord), qu'il soit simultané ou postérieur au décès du participant, il est versé aux enfants à charge au moment du décès, une somme égale à 100% du capital décès "toutes causes", répartie par parts égales entre eux.

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 article 4.3.3)

Un participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive s'il est classé avant l'âge de 60 ans :

- soit invalide 3ème catégorie au titre de l'Article L341.4 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.

C) Décès en mission rapatriement de corps

En cas de décès survenant au cours d'un déplacement professionnel en France métropolitaine (y compris Corse), les frais suivants sont pris en charge :

- frais de rapatriement du corps, calculés sur la base des frais réels et dans la limite de 50% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (soit 1.258 € en 2005).
- frais de déplacement d'un proche de l'assuré (conjoint, concubin, pacsé, frère, sœur, ascendant, descendant), calculés sur la base des frais réels et dans la limite du prix d'un trajet aller-retour 2ème classe SNCF pour la France métropolitaine (ou frais réels dans la limite de 20% du PMSS pour la Corse, soit 504 € en 2005).

4-1-5 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 déclaré fiscalement comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

La condition de durée d'un an dans les deux cas précités est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition prévue à l'article 4-1-6 du présent Accord, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

4-1-6 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, ou de son conjoint, 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.
- ne pas avoir dépassé 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 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil.

- 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.

4-1-7 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 (s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, dans l'ordre suivant :
 - à son conjoint marié, pacsé ou en concubinage, tel que définis à l'art 4-1-5 ;
 - 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 enfant mineur : à son représentant légal).

4-1-8 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 1er 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'ancien organisme désigné, 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 accord 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 la loi n° 89009 du 31.12.1989, modifiée par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001.

Article 4-2 Garanties Incapacité Temporaire de travail

4-2-1 Définition des garanties

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, le salarié, tel que défini dans les articles 2 et 3 du présent accord, 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 deux périodes d'indemnisation :

- Maintien de salaire, jusqu'au 120^{ème} jour d'arrêt de travail,
- Relais maintien de salaire, à compter du 121^{ème} 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 200h/trimestre), les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation 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.

4-2-2 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.

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^{ème} de leur montant.

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

4-2-3 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 1^{er} jour d'arrêt de travail en cas d'accident de travail, de trajet ou de maladie professionnelle ;
- à compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

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

- **82%** du salaire de référence tranche A,
- **90%** du salaire de référence tranche B,

sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité Sociale (retenues pour leur montant avant prélèvements sociaux).

B) Relais maintien de salaire

A compter du 121^{ème} jour d'arrêt continu et jusqu'au 1095^{ème} jour, le régime de prévoyance prévoit le versement, d'une indemnité maximale calculée sur la base de :

- **78%** du salaire de référence tranche A,
- **80%** du salaire de référence tranche 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^{ème} 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 40% 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^{ème} jour d'arrêt de travail continu.

4-2-4 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 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,

Article 4-3 Garanties Invalidité / Incapacité Permanente

4-3-1 Définition des garanties

En cas d'invalidité reconnue par la Sécurité Sociale en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} 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.

4-3-2 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 brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail, revalorisé selon les modalités prévues pour les prestations à l'article 5 du présent Accord, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente.

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^{ème} de leur montant.

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

4-3-3 Montant des prestations

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

Le montant annuel brut de la rente versée, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité Sociale ¹ et de toute rémunération d'activité professionnelle, est égal à :

En cas d'invalidité classée en 2^{ème} catégorie ou 3^{ème} catégorie

- **75% du salaire de référence tranche A,**
- **78% du salaire de référence tranche B,**

En cas d'invalidité classée en 1^{ère} catégorie :

- **45 % du salaire de référence tranches A et B**

Le paiement de cette rente est fractionné en quatre 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 200h/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 d'un montant brut annuel de

- 75 % du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité Sociale ¹.

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

4-3-4 Durée des prestations :

¹ Sauf prestation majoration pour l'assistance d'une tierce personne attribuée par la Sécurité Sociale

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),
- au 60^{ème} anniversaire du bénéficiaire de la rente, sous réserve de modification des dispositions légales concernant les pensions de retraite des invalides.

¹ Sauf prestation majoration pour l'assistance d'une tierce personne attribuée par la Sécurité Sociale

Article 4-4 Règle de cumul commune aux articles 4-2 et 4-3

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 3^{ème} catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation due par l'organisme gestionnaire est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au salarié indemnisé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Les participants doivent fournir à l'organisme désigné toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le salarié refuse de fournir les informations, l'organisme désigné peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

ARTICLE 5 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques sont revalorisées selon l'évolution de la valeur du point ARRCO au 1^{er} juillet de chaque exercice pour les garanties arrêt de travail et en fonction de celle du point OCIRP pour les rentes éducation.

En cas de changement d'organisme gestionnaire des garanties, 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 gestionnaire, la revalorisation des prestations rente éducation sera poursuivie par l'organisme assureur de cette garantie, mentionné à l'art 8 du présent Accord.

ARTICLE 6 - GARANTIE FRAIS DE SANTE

6-1 Bénéficiaires

Les salariés définis aux articles 2 et 3 du présent Accord, ainsi que leurs familles, bénéficient obligatoirement de cette couverture.

Par famille, il faut entendre :

- Le conjoint salarié ou non tel que défini à l'article 4-1-5 du présent Accord,
- Les enfants à charge du participant tels que définis à l'art 4-1-6 du présent Accord.

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

6-2 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 six 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.

6-3 Conditions de la garantie frais de santé :

Sont exclus 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 terme de prescription.

6-4 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 des conditions d'indemnisation de la sécurité sociale en vigueur à la date de conclusion du présent accord. La diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera en aucun cas compensée ; il en résultera une diminution corrélative de la couverture complémentaire.

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.

Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 85 % des Frais Réels ⁽¹⁾
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
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption gémellaire).	160 €
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	30% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	30% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	40% BR
Actes de spécialité, petite chirurgie	30% BR
Frais de déplacement	30% BR
Soins Dentaires	30% BR
Prothèses diverses, Orthopédie	35% BR
Frais de Transport	35% BR
Frais Pharmaceutiques	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽²⁾ , dans la limite de 75 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 75 % BR
Frais d'Optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 80 €
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 110 €
Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, de son conjoint, ou d'un enfant à charge.	160 € par personne décédée.

BR Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

(1) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale

(2) sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la Sécurité Sociale

6-5. Régime optionnel

Au delà du régime obligatoire, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme gestionnaire à un régime de garantie frais de santé plus favorable. A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix et des taux de cotisations aménagés dont le prélèvement sera effectué par l'employeur.

Ce choix pourra également être fait collectivement au niveau de l'entreprise ou du cabinet par voie d'accord ou de décision unilatérale.
(voir tableau en annexe 2)

6-6 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 ayant droits relevant du Régime local Alsace Moselle, l'organisme désigné tient 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 régime de base et 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 dans l'annexe 1 au présent Accord intitulée « garantie frais de santé des salariés et ayant droits bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

ARTICLE 7 – CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

Le bénéfice des garanties du présent Accord est suspendu de plein droit pour les participants qui sont dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé à l'article L. 122.32.17 et suivants du Code du travail,
- congé parental d'éducation visé à l'article L. 122.28.12 et suivants du Code du travail,
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L. 122.32.12 et suivants du Code du travail,
- journée d'appel pour la défense, périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

La suspension des garanties 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 trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme désigné de la déclaration de l'adhérent.

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 précités, le salarié qui souhaite maintenir pour l'ensemble de sa famille la couverture frais de santé prévue au titre du présent accord 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), calculées sur la base du dernier salaire perçu avant la suspension du contrat de travail. L'employeur maintiendra dans ce cas l'affiliation du salarié concerné et le versement des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire.

ARTICLE 8 - MODALITES D'ADHESION

Article 8-1 Organisme gestionnaire

L'organisme gestionnaire et assureur - sauf rentes éducation - du présent régime de prévoyance complémentaire mis en place dans le cadre de la Convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, topographes, photogrammètres et experts fonciers est l'institution de prévoyance relevant de l'article L. 931.1 du code de la Sécurité Sociale :

***CRI PREVOYANCE (institution membre de IONIS)
50, Route de la Reine
BP 85
92 105 Boulogne Billancourt Cedex***

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent Accord, les modalités de fonctionnement administratif, les exclusions réglementaires et les notices d'information feront l'objet de dispositions inscrites dans le protocole de gestion administrative conclu entre les signataires du présent accord et l'organisme gestionnaire. Ces dispositions qui seront portées à la connaissance des bénéficiaires s'imposeront à eux. Le protocole de gestion signé entre les partenaires sociaux et la CRI Prévoyance est annexé au présent accord.

Pour ce qui concerne la garantie rente 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 la CRI Prévoyance.

Article 8-2 Date d'adhésion

- les entreprises relevant du champ d'activité professionnel visé par le présent Accord, créées après la date d'extension de ce dernier, devront obligatoirement adhérer à l'organisme désigné dans les 2 mois de leur création.
- Le protocole de gestion visé à l'article 8.1. définit les obligations de l'organisme gestionnaire en vue de l'information des entreprises et de la formalisation de leur adhésion.

Article 8-3 Clause de sauvegarde

Les entreprises qui auraient souscrit un régime antérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, devront choisir entre :

- Adhérer à l'organisme désigné après dénonciation des contrats souscrits auprès d'autres organismes,
- Maintenir leur ancien contrat au-delà des délais de dénonciation contractuels en 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, à ceux définis dans le présent régime de prévoyance.
- Et en tous cas limiter le montant de la quote-part salariale de la cotisation à celle prévue par le régime obligatoire de la profession. Cette obligation est effective au delà des délais obligatoires permettant l'adaptation ou la dénonciation de leur régime et contrat.

En outre, en cas de résiliation d'un contrat souscrit avant la date d'application du présent régime, et quel qu'en soit le niveau des garanties, les entreprises concernées auront l'obligation de rejoindre le régime de prévoyance mutualisé de la branche professionnelle.

Article 8-4 Mesure transitoire

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

Article 8-5 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, s'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité Sociale sans être indemnisés au titre d'un régime de prévoyance complémentaire, l'organisme désigné prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent régime. Cependant, cette disposition ne sera accordée qu'aux entreprises qui adhéreront au présent régime au plus tard à la date du 1^{er} janvier 2007. Au delà de cette, 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, s'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité Sociale et de prestations complémentaires au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'organisme désigné ne prendra en charge que la revalorisation des prestations en cours de service, dans la mesure où la revalorisation n'est pas garantie par le précédent organisme assureur.

Les indemnités accordées par le Gestionnaire désigné 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. L'organisme désigné étudiera l'impact de ce maintien et à l'issue des premières années de gestion du régime, soumettra éventuellement à la Commission paritaire de gestion les conditions de son financement.

ARTICLE 9 – DUREE DE L'ACCORD / DATE D'EFFET

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet dès sa date de signature, date à partir de laquelle il sera soumis à la procédure d'extension ; toutefois, il ne sera opposable aux entreprises, adhérentes ou non au syndicat patronal signataire, qu'à compter du premier jour de premier mois suivant son extension.

En toute hypothèse, la signature du présent accord a été expressément conditionnée à l'acceptation par la CRI PREVOYANCE et l'OCIRP de couvrir les garanties définies, aux conditions tarifaires fixées à l'article 13. A défaut de cette acceptation l'accord collectif n'aurait pas été conclu.

En conséquence, au cas où l'un et/ou l'autre des assureurs résilierait le protocole de gestion, le présent accord serait purement et simplement caduc ; il cesserait de s'appliquer au jour de cessation des effets du/des contrat(s) d'assurance.

Les signataires du présent accord seraient alors réunis, sans délai, afin d'examiner la situation

ARTICLE 10 – REVISION / DENONCIATION

Article 10.1.

L'accord peut être révisé dans les conditions fixées à l'article L 132.7 du Code du Travail. La partie à l'origine de la proposition de révision devra informer les autres signataires cinq mois au moins avant le 31 décembre de chaque année en transmettant les raisons de sa demande de révision et le projet de modification sollicitée. Une réunion de la commission paritaire nationale de négociation sera alors convoquée sous un mois maximum.

La révision de l'accord entraînant modification du contrat d'assurance sera conditionnée à la révision de celui-ci. La modification des garanties et/ou des prestations sont opposables aux bénéficiaires éventuels des prestations.

Article 10.2.

Le présent accord peut être dénoncé ou remis en cause dans les conditions fixées par l'article L 132.8 du Code du Travail.

Pendant le délai de 5 mois visé ci-dessus les parties entreprendront des négociations en vue de conclure un accord de substitution. A défaut d'accord substitutif, lui-même conditionné à son assurance auprès d'un organisme conventionnellement retenu, le régime cessera de s'appliquer à la date de cessation des effets du contrat avec l'organisme assureur désigné pour le présent accord, ceci compte tenu de la l'indissociabilité du régime et du ou des contrat(s) d'assurance. En cas de résiliation du/des contrat(s) d'assurance, l'assureur restera tenu de verser les prestations en cours de service et de maintenir les garanties décès au profit des bénéficiaires des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du/des contrat(s). De même, l'assureur sera tenu de verser les rentes invalidité éventuellement dues au profit du bénéficiaire dont l'incapacité sera antérieure à la date d'effet de la résiliation.

Article 10.3.

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 cinq ans.

ARTICLE 11 - COMMISSION PARITAIRE DE GESTION DU REGIME DE PREVOYANCE

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

Article 11-1 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 Accord, notamment, l'étude et l'analyse du rapport d'information sur les comptes des résultats globaux du régime qui doit être fourni par l'organisme désigné 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, tant au niveau des prestations qu'à celui des cotisations, ainsi qu'à étudier et valider toutes propositions de modifications du régime de prévoyance émises par l'organisme désigné. Elle peut demander à ce dernier des précisions et informations complémentaires d'ordre économique, financier, social nécessaires à l'appréciation de l'application du présent accord, et/ou à l'étude de l'équilibre financier du régime dans son ensemble. Elle est également habilitée à réexaminer le choix de l'organisme désigné.

Article 11-2 Composition et fonctionnement :

La Commission paritaire de gestion est composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord, et de représentants des organisations syndicales patronales également signataires en nombre égal à celui des représentants des salariés.

La Commission est présidée alternativement par un représentant des organisations syndicales de salariés et représentant des organisations syndicales 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 de l'organisme assureur.

Les décisions sont prises à la majorité simple.

Les frais salaires et charges liés à la participation des membres de la Commission paritaire de gestion sont pris en charge par l'organisme désigné sur présentation des justificatifs.

ARTICLE 12 - OBLIGATIONS DES ENTREPRISES ADHERENTES ET DES SALARIES

L'organisme désigné réalise 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 l'organisme désigné et devra être remise à chaque salarié par l'entreprise adhérente. La preuve de la remise de la notice au salarié 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 l'organisme désigné, et remettre toutes pièces justificatives nécessaires dont la confidentialité leur est garantie.

ARTICLE 13 - FINANCEMENT DU REGIME

13-1 Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentages du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent dans la limite des tranches A et B.

13-2 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.

13-3 Salariés non cadres (hors Alsace-Moselle)

La cotisation des garanties Décès, Incapacité Temporaire, Invalidité et Frais de santé, est égale à 4,80 % du salaire annuel brut tranche A et 6,15 % du salaire annuel brut tranche B.

GARANTIES	<i>Part employeur</i>		<i>Part salarié</i>		<i>Ensemble</i>	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Capital décès</i>	0,19 %	0,19 %	0,19 %	0,19 %	0,38 %	0,38 %
<i>Rente éducation en cas de décès</i>	0,02 %	0,02 %	0,21 %	0,21 %	0,23 %	0,23 %
<i>Incapacité Temporaire Maintien de Salaire (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,49 %	1,01 %			0,49 %	1,01 %
<i>Couverture des charges sociales patronales (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,20 %	0,41 %			0,20 %	0,41 %
<i>Incapacité Temporaire Longue Maladie (121^{ème} au 1095^{ème} jour)</i>			0,18 %	0,36 %	0,18 %	0,36 %
<i>Invalidité / Incapacité Permanente</i>	0,10 %	0,19 %	0,10 %	0,45 %	0,20 %	0,64 %
SOUS TOTAL DECES / ARRET DE TRAVAIL	1,00 %	1,82 %	0,68 %	1,21 %	1,68 %	3,03 %
<i>Garantie Frais de santé (hors Alsace-Moselle)</i>	1,87 %	1,87 %	1,25 %	1,25 %	3,12%	3,12%
TOTAL PREVOYANCE	2,87 %	3,69 %	1,93 %	2,46 %	4,80 %	6,15 %

13-4 Cotisations cadres (hors Alsace-Moselle)

La cotisation des garanties Décès, Incapacité Temporaire, Invalidité et Frais de santé, est égale à 5,37 % du salaire annuel brut tranche A et 6,72 % du salaire annuel brut tranche B.

GARANTIES	<i>Part employeur</i>		<i>Part salarié</i>		<i>Ensemble</i>	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Capital décès</i>	0,53 %	0,53 %	0,42 %	0,42 %	0,95 %	0,95 %
<i>Rente éducation en cas de décès</i>	0,02 %	0,02 %	0,21 %	0,21 %	0,23 %	0,23 %
<i>Incapacité Temporaire Maintien de Salaire (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,49 %	1,01 %			0,49 %	1,01 %
<i>Couverture des charges sociales patronales (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,20 %	0,41 %			0,20 %	0,41 %
<i>Incapacité Temporaire Longue Maladie (121^{ème} au 1095^{ème} jour)</i>			0,18 %	0,36 %	0,18 %	0,36 %
<i>Invalidité / Incapacité Permanente</i>	0,10 %	0,19 %	0,10 %	0,45 %	0,20 %	0,64 %
SOUS TOTAL DECES / ARRET DE TRAVAIL	1,34 %	2,16 %	0,91%	1,44 %	2,25 %	3,60 %
<i>Garantie Frais de santé (hors Alsace-Moselle)</i>	1,87 %	1,87 %	1,25 %	1,25%	3,12 %	3,12 %
TOTAL PREVOYANCE	3,21%	4,03 %	2,16%	2,69 %	5,37 %	6,72 %

13-5 Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Les salariés et leurs ayant droits relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient de conditions particulières (prestations et cotisations) mentionnées dans l'annexe 1 au présent Accord intitulée « garantie frais de santé des salariés et ayant droits bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

13-6 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 accord soit conclu, dans la stricte proportion des résultats techniques du régime et après approbation de la commission paritaire de gestion sous réserve que l'augmentation ne dépasse pas 10% du montant de la cotisation antérieure. Dans la même limite, la commission paritaire de gestion pourra décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer, à due concurrence actuarielle, les garanties.

ARTICLE 14 – DIFFICULTE D'INTERPRETATION DE L'ACCORD

La CPNNC, examinera les difficultés d'application du présent accord qui lui seront soumises en vue de leur règlement.

ARTICLE 15 - EXTENSION

Le présent accord sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

Les parties conviennent de demander au Ministère chargé de la Sécurité Sociale et au Ministère chargé du Budget l'extension du présent accord, afin de le rendre applicable à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers et ce, en application de l'article L.911-3 du code de la Sécurité Sociale.

FAIT A PARIS, le 13 octobre 2005

Organisation d'employeurs



G. REIGNER / SNEPPIM

UNGE Serge GARRIGOU

[Signature]

OCTOBRE 2005 – VERSION DEFINITIVE

Organisations représentatives des salariés

NATI-NAT-TP CFTC
[Signature]
FNCB cfat SYNTRAU

[Signature]
CFE - CGC - BTP
S. BALLOT P. LAUNE

[Signature] *[Signature]*
CGT J.M. MARCQ

[Signature]

108

[Signature]

ACCORD NATIONAL DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

ANNEXE 1 : GARANTIE FRAIS DE SANTE DES SALARIES ET AYANT DROITS BENEFICIAIRES DU REGIME LOCAL ALSACE – MOSELLE.

1. Principe

La présente annexe a pour objet de définir les conditions de prise en charge des garanties frais de santé du régime de prévoyance complémentaire au profit de salariés et de leurs ayants droits relevant du Régime local Alsace Moselle. Il est tenu compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité Sociale pour cette zone géographique. Les cotisations et les prestations prévues par l'accord de prévoyance sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture régime de base et complémentaire identique pour tout salarié relevant du champs d'application de l'accord de prévoyance, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

2. Tableau des garanties obligatoire (Alsace-Moselle)

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent pour certains les prestations de la Sécurité Sociale, en fonction des conditions d'indemnisation de la sécurité sociale en vigueur à la date de conclusion de l'accord de prévoyance. La diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale (régime de base ou régime local) ne sera en aucun cas compensée ; il en résultera une diminution corrélative de la couverture complémentaire.

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.

Cf. tableau page suivante.

Tableau des garanties obligatoires (suite)

Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 85 % des Frais Réels ⁽¹⁾
Frais d'Accompagnement	100 % des Frais Réels dans la limite de 45 euros par jour
Chambre Particulière	100 % des Frais Réels dans la limite de 45 euros par jour
Forfait Hospitalier	Pris en charge par le régime local Alsace-Moselle
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption gémellaire).	160 €
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste Frais d'électroradiologie et radiothérapie Analyses et auxiliaires médicaux Actes de spécialité, petite chirurgie Frais de déplacement Soins Dentaires	} 10% BR
Prothèses diverses, Orthopédie	10% BR
Frais de Transport	Pris en charge par le régime local Alsace-Moselle
Frais Pharmaceutiques (vignettes blanches ou bleues)	10% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽²⁾ , dans la limite de 55 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 55 % BR
Frais d'Optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 80 €
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 110 €
Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, de son conjoint, ou d'un enfant à charge.	160 € par personne décédée.

BR Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

(1) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale (régime de base et régime local)

(2) sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la Sécurité Sociale (régime de base et régime local).

3. Régime optionnel

Au delà du régime obligatoire, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme gestionnaire à un régime de garantie frais de santé plus favorable. A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix et des taux de cotisations aménagés dont le prélèvement sera effectué par l'employeur.

Ce choix pourra également être fait collectivement au niveau de l'entreprise ou du cabinet par voie d'accord ou de décision unilatérale.

(voir tableaux en annexe 2 à l'accord de prévoyance)

4. Financement du régime

4-1 Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentages du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent dans la limite des tranches A et B.

4-2 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.

4-3 Salariés non cadres (régime local Alsace-Moselle)

La cotisation des garanties Décès, Incapacité Temporaire, Invalidité et Frais de santé, est égale à 3,05 % du salaire annuel brut tranche A et 4,40 % du salaire annuel brut tranche B.

GARANTIES	<i>Part employeur</i>		<i>Part salarié</i>		<i>Ensemble</i>	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Capital décès</i>	0,19 %	0,19 %	0,19 %	0,19 %	0,38 %	0,38 %
<i>Rente éducation en cas de décès</i>	0,02 %	0,02 %	0,21 %	0,21 %	0,23 %	0,23 %
<i>Incapacité Temporaire Maintien de Salaire (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,49 %	1,01 %			0,49 %	1,01 %
<i>Couverture des charges sociales patronales (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,20 %	0,41 %			0,20 %	0,41 %
<i>Incapacité Temporaire Longue Maladie (121^{ème} au 1095^{ème} jour)</i>			0,18 %	0,36 %	0,18 %	0,36 %
<i>Invalidité / Incapacité Permanente</i>	0,10 %	0,19 %	0,10 %	0,45 %	0,20 %	0,64 %
SOUS TOTAL DECES / ARRET DE TRAVAIL	1,00 %	1,82 %	0,68 %	1,21 %	1,68 %	3,03 %
<i>Garantie Frais de santé (Alsace-Moselle)</i>	0,82 %	0,82 %	0,55 %	0,55 %	1,37%	1,37%
TOTAL PREVOYANCE	1,82 %	2,64 %	1,23 %	1,76 %	3,05 %	4,40 %

4-4 Cotisations cadres (régime local Alsace-Moselle)

La cotisation des garanties Décès, Incapacité Temporaire, Invalidité et Frais de santé, est égale à 3,62 % du salaire annuel brut tranche A et 4,97 % du salaire annuel brut tranche B.

GARANTIES	<i>Part employeur</i>		<i>Part salarié</i>		<i>Ensemble</i>	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Capital décès</i>	0,53 %	0,53 %	0,42 %	0,42 %	0,95 %	0,95 %
<i>Rente éducation en cas de décès</i>	0,02 %	0,02 %	0,21 %	0,21 %	0,23 %	0,23 %
<i>Incapacité Temporaire Maintien de Salaire (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,49 %	1,01 %			0,49 %	1,01 %
<i>Couverture des charges sociales patronales (jusqu'au 120^{ème} jour)</i>	0,20 %	0,41 %			0,20 %	0,41 %
<i>Incapacité Temporaire Longue Maladie (121^{ème} au 1095^{ème} jour)</i>			0,18 %	0,36 %	0,18 %	0,36 %
<i>Invalidité / Incapacité Permanente</i>	0,10 %	0,19 %	0,10 %	0,45 %	0,20 %	0,64 %
SOUS TOTAL DECES / ARRET DE TRAVAIL	1,34 %	2,16 %	0,91 %	1,44 %	2,25 %	3,60 %
<i>Garantie Frais de santé (Alsace-Moselle)</i>	0,82 %	0,82 %	0,55 %	0,55 %	1,37%	1,37%
TOTAL PREVOYANCE	2,17 %	2,98 %	1,46 %	1,99 %	3,62 %	4,97 %

4-5 Révision du financement

Les taux des cotisations seront révisés dans les conditions prévues à l'art 13-6 de l'accord de prévoyance de la branche.

ACCORD NATIONAL DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

ANNEXE 2 : GARANTIES OPTIONNELLES FRAIS DE SANTE.

1. Principe

La présente annexe a pour objet de définir les conditions de prise en charge des garanties frais de santé optionnelles qui peuvent s'ajouter aux garanties minimums prévues par l'accord national de prévoyance.

Les salariés peuvent adhérer individuellement pour ces garanties optionnelles auprès de l'organisme gestionnaire désigné à l'art 8-1 de l'accord national de prévoyance. A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix et des taux de cotisations aménagés dont le prélèvement sera effectué par l'employeur.

Ce choix pourra également être fait collectivement au niveau de l'entreprise ou du cabinet par voie d'accord ou de décision unilatérale.

2. Tableaux des garanties optionnelles hors Alsace-Moselle

Les remboursements mentionnés dans les tableaux ci-après intègrent pour certains les prestations de la Sécurité Sociale, en fonction des conditions d'indemnisation de la sécurité sociale en vigueur à la date de conclusion de l'accord de prévoyance. La diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera en aucun cas compensée ; il en résultera une diminution corrélative de la couverture complémentaire.

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

Cf. tableaux pages suivantes.

2.1 Option 1 (hors Alsace-Moselle)

POSTES DE SOINS (HORS ALSACE-MOSELLE)	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE OPTION 1 (y compris régime complémentaire minimum prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle)
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 85 % des Frais Réels ⁽¹⁾
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
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption gémellaire).	230 €
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	100% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	100% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	100% BR
Actes de spécialité, petite chirurgie	100% BR
Frais de déplacement	100% BR
Soins Dentaires	100% BR
Prothèses diverses, Orthopédie	100% BR
Frais de Transport	35% BR
Frais Pharmaceutiques	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽²⁾ , dans la limite de 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 100 % BR
Frais d'Optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 125 €
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 125 €
Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, de son conjoint, ou d'un enfant à charge.	230 € par personne décédée.

BR Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

(3) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale

(4) sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la Sécurité Sociale

2.2 Option 2 (hors Alsace-Moselle)

POSTES DE SOINS (HORS ALSACE-MOSELLE)	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE OPTION 2 (y compris régime complémentaire minimum prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle)
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 85 % des Frais Réels ⁽¹⁾
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
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption gémellaire).	385 €
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	250% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	250% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	250% BR
Actes de spécialité, petite chirurgie	250% BR
Frais de déplacement	250% BR
Soins Dentaires	250% BR
Prothèses diverses, Orthopédie	250% BR
Frais de Transport	35% BR
Frais Pharmaceutiques	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽²⁾ , dans la limite de 250 % BR et d'un plafond annuel par bénéficiaire de 1525 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 250 % BR et d'un plafond annuel par bénéficiaire de 1525 €
Frais d'Optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 305 €
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 305 €
Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, de son conjoint, ou d'un enfant à charge.	385 € par personne décédée.

BR Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

(1) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale

(2) sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la Sécurité Sociale

3. Financement du régime (hors Alsace-Moselle)

3-1 Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentages du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent dans la limite des tranches A et B.

3-2 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.

3-3 Salariés cadres et non cadres (hors Alsace-Moselle)

OPTION 1 (hors Alsace-Moselle)	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Régime minimum obligatoire (rappel)</i>	1,87 %	1,87 %	1,25 %	1,25 %	3,12 %	3,12 %
<i>Option 1</i>	A définir dans l'entreprise				+1,14 %	+ 1,14 %
TOTAL REGIME MINIMUM + OPTION 1					4,26 %	4,26 %

OPTION 2 (Hors Alsace-Moselle)	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Régime minimum obligatoire (rappel)</i>	1,87 %	1,87 %	1,25 %	1,25 %	3,12 %	3,12 %
<i>Option 2</i>	A définir dans l'entreprise				+ 2,58 %	+ 2,58 %
TOTAL REGIME MINIMUM + OPTION 2					5,70 %	5,70 %

3-4 Révision du financement

Les taux des cotisations seront révisés dans les conditions prévues à l'art 13-6 de l'accord de prévoyance de la branche.

4. Tableaux des garanties optionnelles Alsace-Moselle

Les remboursements mentionnés dans les tableaux ci-après intègrent pour certains les prestations de la Sécurité Sociale, en fonction des conditions d'indemnisation de la sécurité sociale en vigueur à la date de conclusion de l'accord de prévoyance du 2005. La diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale (régime de base ou régime local) ne sera en aucun cas compensée ; il en résultera une diminution corrélative de la couverture complémentaire.

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

4.1 Option 1 (Alsace-Moselle)

BR Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

(1) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale (régime de base et régime local)

(2) sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la Sécurité Sociale (régime de base et régime local).

POSTES DE SOINS (ALSACE-MOSELLE)	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE OPTION 1 (y compris régime complémentaire minimum prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle)
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 85 % des Frais Réels ⁽¹⁾
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	Pris en charge par le régime local Alsace-Moselle
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption gémellaire).	230 euros
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste Frais d'électroradiologie et radiothérapie Analyses et auxiliaires médicaux Actes de spécialité, petite chirurgie Frais de déplacement Soins Dentaires	} 80% BR
Prothèses diverses, Orthopédie	} 75% BR
Frais de Transport	Pris en charge par le régime local Alsace-Moselle
Frais Pharmaceutiques (vignettes blanches ou bleues)	10% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽²⁾ , dans la limite de 80 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 80 % BR
Frais d'Optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 125 €
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 125 €
Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, de son conjoint, ou d'un enfant à charge.	230 € par personne décédée.

4.2 Option 2 (Alsace-Moselle)

POSTES DE SOINS (ALSACE-MOSELLE)	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE OPTION 2 (y compris régime complémentaire minimum prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle)
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 85 % des Frais Réels ⁽¹⁾
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	Pris en charge par le régime local Alsace-Moselle
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption gémellaire).	385 €
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste Frais d'électroradiologie et radiothérapie Analyses et auxiliaires médicaux Actes de spécialité, petite chirurgie Frais de déplacement Soins Dentaires	230% BR
Prothèses diverses, Orthopédie	225% BR
Frais de Transport	Pris en charge par le régime local Alsace-Moselle
Frais Pharmaceutiques (vignettes blanches ou bleues)	10% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽²⁾ , dans la limite de 230 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 230 % BR
Frais d'Optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 305 €
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 305 €
Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, de son conjoint, ou d'un enfant à charge.	385 € par personne décédée.

BR Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

(3) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale (régime de base et régime local)

(4) sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la Sécurité Sociale (régime de base et régime local).

5. Financement du régime (Alsace-Moselle)

5-1 Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentages du salaire annuel brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent dans la limite des tranches A et B.

5-2 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.

5-3 Salariés cadres et non cadres (Alsace-Moselle)

OPTION 1 (Alsace-Moselle)	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Régime minimum obligatoire (rappel)</i>	0,82 %	0,82 %	0,55 %	0,55 %	1,37 %	1,37 %
<i>Option 1</i>	A définir dans l'entreprise				+0,84 %	+ 0,84 %
TOTAL REGIME MINIMUM + OPTION 1					2,21 %	2,21 %

OPTION 2 (Alsace-Moselle)	Part employeur		Part salarié		Ensemble	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
<i>Régime minimum obligatoire (rappel)</i>	0,82 %	0,82 %	0,55 %	0,55 %	1,37 %	1,37 %
<i>Option 2</i>	A définir dans l'entreprise				+ 2,04 %	+ 2,04 %
TOTAL REGIME MINIMUM + OPTION 2					3,41 %	3,41 %

5-4 Révision du financement

Les taux des cotisations seront révisés dans les conditions prévues à l'article 13-6 de l'accord de prévoyance de la branche.

FAIT A PARIS, le 13 octobre 2005

Organisation d'employeurs



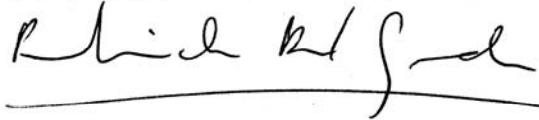

G. REIGNER / SNEPPIM

UNGE Serge GARRIGOU



Organisations représentatives des salariés

BATI-NAT-TP CFTC



PNCRB fofit SYNATPAU



CFE . CGC . BTP

S. BALLOI P. LAUNE



CGT : J. M. MARCQ

