

Brochure n° 3228

Convention collective nationale

IDCC : 637. – **INDUSTRIES ET COMMERCE
DE LA RÉCUPÉRATION**

ACCORD DU 9 AVRIL 2008
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE
NOR : *ASET0850729M*
IDCC : 637

Entre :

La fédération des entreprises du recyclage région Nord-Picardie,

D'une part, et

La CFDT ;

La CFTC ;

La CFE-CGC ;

La CGT-FO ;

La CGT,

D'autre part,

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un nouveau régime de prévoyance au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective régionale des industries et commerces de récupération et du recyclage.

Ce nouveau régime de prévoyance succède au régime de prévoyance du 2 octobre 1997 complété par les avenants du 15 janvier 2004 et du 13 février 2006.

Le présent accord définit les garanties, les cotisations et leur répartition ainsi que l'organisme désigné pour l'assurance et la gestion dudit régime.

Article 2

Hiérarchie des normes et accords dérogatoires

Conformément aux dispositions prévues par la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004, l'accord de prévoyance d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise dérogatoire ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent accord.

Article 3

Bénéficiaires

Le présent régime de prévoyance et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement, dès leur date d'embauche, aux salariés non cadres de la totalité des entreprises appartenant au champ d'application de la convention collective nationale des industries et commerces de la récupération et du recyclage.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (DIF, FONGECIF...).

Les salariés non cadres bénéficiaires des présentes dispositions sont dénommés ci-après sous le vocable « salarié ».

Toutefois, conformément à la circulaire DSS/5B/2005/396 du 25 août 2005, par dérogation au caractère obligatoire pour les personnels visés ci-dessus, l'adhésion à la garantie « frais de santé » est facultative pour les salariés suivants :

- salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale). L'adhésion facultative n'est permise que pour la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture CMU. Dès l'extinction des droits CMU, le salarié doit être affilié à titre obligatoire ;
- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers ;
- salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples).

Pour l'application de ces cas dérogatoires, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'adhésion à la garantie frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés concernés stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus. Les salariés concernés par la dérogation au titre de la CMU et de la couverture obligatoire auprès d'un autre employeur devront justifier au moins une fois par an de leur situation permettant la dérogation.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie frais de santé. 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 à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En outre, aucun autre cas dérogatoire ne pourra être accordé.

Si l'entreprise ne respecte pas l'ensemble des dispositions du présent article, elle encourt le risque d'un redressement fiscal et/ou social pour elle-même et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime. En effet, le régime ne bénéficierait plus des avantages fiscaux et sociaux des régimes collectifs obligatoires, et notamment cotisation employeur soumise à charges sociales, cotisation salarié non déductibles du revenu imposable.

Enfin, concernant leur personnel cadre qui n'est pas concerné par le présent accord, les partenaires sociaux rappellent aux entreprises qu'elles sont tenues de respecter l'article 7 de la convention collective nationale de retraite des cadres du 14 mars 1947 relatif à la prévoyance des personnels cadres. Pour ce faire, les entreprises pourront souscrire un contrat pour leur(s) personnel(s) cadre(s) auprès de l'organisme assureur désigné pour la couverture et la gestion du présent accord.

Article 4

Les garanties

Les garanties prévues par le présent régime sont les suivantes :

- garantie décès toutes causes ;
- garantie rente éducation ;
- garantie rente handicap ;
- garantie invalidité absolue et définitive ;
- garantie frais d'obsèques ;
- garantie frais de santé.

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement doit survenir en période de couverture, ce qui signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise ;
- le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord « Bénéficiaires ».

Article 5

Garantie décès toutes causes

Article 5.1

Montant de la prestation capital décès

En cas de décès du salarié bénéficiaire du présent régime, quelle qu'en soit la cause, le régime prévoit le versement d'un capital égal à 120 % du salaire annuel brut, majoré de 25 % de ce même salaire par enfant à charge, au sens de l'article 11.2.

Le salaire servant de base au calcul du capital est égal au dernier mois de pleine activité du salarié $\times 12$, auquel s'ajoutent les primes soumises à cotisations sociales.

L'organisme désigné à l'article xxx effectue le règlement de la prestation dans les 30 jours suivant la réception du dossier complet constitué et adressé par l'entreprise.

Article 5.2

Bénéficiaires du capital décès

En cas de décès du salarié, le capital est servi selon l'ordre de priorité défini ci-dessous :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin ou partenaire de Pacs tels que définis à l'article xxx (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l'assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au(x) bénéficiaire(s) apparent(s) ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- 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, si le salarié souhaite appliquer une désignation différente de celle prévue ci-dessus, il peut le faire en remplissant un bulletin de désignation de bénéficiaire(s) spécifique, émis par l'organisme désigné.

Lorsque l'ensemble des bénéficiaires expressément désignés par le salarié a renoncé ou est décédé, le capital sera versé selon l'ordre établi ci-dessus.

Article 5.3

Exclusions spécifiques à la garantie décès

Sont exclus de cette garantie les décès résultant :

- des conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits ;
- des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- d'un fait du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré. Dans ce cas, le capital doit être versé aux héritiers à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complices du meurtre de l'assuré.

Article 6

Garanties rente éducation et rente handicap

Article 6.1

Garantie rente éducation

En cas de décès d'un salarié, il sera versé aux enfants à charge à la date du décès, en complément du capital décès, une rente temporaire éducation dont le montant est fixé à :

- jusqu'au 12^e anniversaire : 6 % du salaire annuel brut limité aux tranches A et B ;
- jusqu'au 18^e anniversaire : 9 % du salaire annuel brut limité aux tranches A et B ;

– jusqu’au 26^e anniversaire (1) : 12 % du salaire annuel brut limité aux tranches A et B.

La rente est viagère pour les enfants déclarés invalides avant leur 26^e anniversaire.

La rente est également versée en cas d’invalidité absolue et définitive telle que définie à l’article 7 du présent accord.

Les rentes éducation sont versées à chacun des enfants à charge du salarié à la date de son décès. Si l’enfant est mineur, le versement s’effectue à son représentant légal.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l’invalidité absolue et définitive.

Article 6.2

Garantie rente handicap

En cas de décès d’un salarié, il sera versé aux enfants handicapés à la date du décès, en complément du capital décès et de la rente éducation éventuellement versée, une rente viagère handicap dont le montant est fixé à : versement d’une rente viagère à l’enfant handicapé d’un montant égal à 500 € par mois.

L’évolution du montant de cette prestation est indexée sur l’augmentation du montant de l’allocation aux adultes handicapés (AAH). En cas de modification notable ou de disparition de l’AAH, un avenant devra déterminer une allocation spécifique aux personnes handicapées afin d’indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Est reconnu comme handicapé l’enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d’une infirmité physique et/ou mentale qui l’empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s’il est âgé de moins de 18 ans, d’acquérir une instruction ou une formation professionnelle d’un niveau normal, tel que défini par l’article 199 *septies* (2^e) du code général des impôts.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de l’invalidité absolue et définitive assimilable au décès du salarié.

La rente est également versée en cas d’invalidité absolue et définitive telle que définie à l’article 7 du présent accord.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l’invalidité absolue et définitive.

Article 6.3

Maintien de la garantie rente handicap à titre individuel

Lorsque la garantie rente handicap cesse de couvrir le salarié en raison de

(1) Si poursuite d’études.

la rupture de son contrat de travail, ce dernier peut demander à l'organisme désigné ci-après le maintien d'une couverture dans le cadre d'une adhésion individuelle. La demande doit être faite dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 6.4

Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes éducation et handicap servies dans le cadre du présent accord sont revalorisées chaque année, suivant un taux fixé par le conseil d'administration paritaire de l'organisme désigné ci-après pour l'assurance de ces 2 garanties.

En cas de changement d'organisme assureur des présentes garanties, la revalorisation des prestations rente éducation et rente handicap sera poursuivie par l'organisme assureur de ces garanties, mentionné à l'article 18.1 du présent accord.

Article 7

Garantie invalidité absolue et définitive

En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié, le présent régime prévoit le versement par anticipation, à la date de consolidation :

- du capital qui aurait été payé si le salarié était décédé ;
- de la (des) rente(s) éducation prévue en présence d'enfant à charge ;
- de la (des) rente(s) handicap prévue en présence d'enfant(s) handicapé(s).

Un salarié est considéré en état d'invalidité absolue et définitive s'il est classé :

- soit invalide 3^e catégorie au titre de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- soit comme victime d'accident de travail bénéficiant de la rente pour incapacité permanente et totale avec majoration pour l'assistance d'une tierce personne, au titre de l'article L. 453-2 du code de la sécurité sociale.

Le capital et/ou les rentes sont versés par anticipation au salarié à condition qu'il en fasse la demande.

A la demande du salarié concerné, le capital pourra être versé soit en rente temporaire (sur 2 ans maximum), soit en 2 fois, le deuxième versement intervenant alors à la date anniversaire du premier.

Les droits à garantie sont ouverts au profit du salarié qui se trouve en état d'invalidité absolue et définitive au cours de la période de couverture telle que définie à l'article 4.

Article 8

Garantie frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article 11, il est prévu le versement d'une allocation égale à 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

Le conjoint visé ci-dessus est défini à l'article « Définition du conjoint » au sein du présent accord.

L'organisme désigné à l'article xxx effectue le règlement de la prestation dans les 15 jours suivant la réception du dossier complet constitué et adressé par l'entreprise.

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge, les droits à garantie sont ouverts à la condition que le décès survienne en période de couverture tel que défini ci-dessus à l'article 4.

Sauf disposition contraire, l'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

Article 9

Maintien des garanties décès

Par dérogation aux dispositions de l'article 13 « Conditions de cessation des garanties » tel que stipulé au présent accord, les garanties prévues en cas de décès du salarié sont maintenues sans cotisation, à tout salarié ou ancien salarié en situation d'arrêt de travail, pour autant que l'arrêt ait été déclaré durant la période de couverture au titre du présent régime et qu'il bénéficie toujours, à la date de son décès, des prestations de la sécurité sociale au titre de cet arrêt ou au titre du classement en invalidité qui peut en résulter.

Article 10

Garantie frais de santé

Article 10.1

Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent accord

Les salariés bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel, à l'exception de ceux qui peuvent justifier des cas dérogatoires prévus à l'article 3.

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié.

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie telle que définie à l'article 4, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 10.2

Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié

Conformément à l'article 10.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Toutefois, les salariés peuvent opter facultativement pour une extension de la garantie frais de santé à l'ensemble de leur famille en optant pour la couverture « famille ».

La couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge au sens du présent régime).

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.

Article 10.3

Dispositions concernant le maintien d'une 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 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 désigné dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent régime au profit des salariés.

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

Article 10.4

Conditions de la garantie frais de santé

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau ci-après, ils s'ajoutent aux prestations de la sécurité sociale.

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 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.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale reprises par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005, pour les contrats dits « responsables » et la règle de la non-prise en charge des participations forfaitaires laissées à la charge de l'assuré.

Article 10.5

Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après tiennent compte des prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date de signature du présent accord. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, et la contribution forfaitaire, instituées respectivement aux articles 3, 7, 8 et 20 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, et les franchises médicales instituées par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2008 ne donnent pas lieu à remboursement.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

(Tableau pages suivantes.)

Garanties santé

Les prestations de ce tableau sont exprimées en complément du régime de base.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>Hospitalisation médicale et chirurgicale Etablissements conventionnés Chambres non conventionnées Chambre particulière (y compris maternité) Forfait journalier hospitalier Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans</p>	<p>100 % des frais réels (1) 90 % des frais réels (1) Frais réels dans la limite de 3 % du PMSS par jour Frais réels Forfait égal à 1,76 % du PMSS par jour d'hospitalisation</p>
<p>Médecine Consultations, visites (généraliste, spécialiste, professeur) : secteur conventionné ou non conventionné Auxiliaires médicaux Analyses et travaux de laboratoire Electroradiologie et radiothérapie Orthopédie, prothèses médicales (hors auditives), Frais de transport remboursés par la SS Actes de spécialité, petite chirurgie et forfait de cures thermales Soins de cures thermales</p>	<p>100 % de la base de remboursement SS (BR ou TC) 40 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 40 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 30 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 35 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 35 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 30 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 35 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p>
<p>Pharmacie remboursée par la sécurité sociale</p>	<p>Vignettes blanches 35 % BR/Vignettes bleues 65 % BR Vignettes orange 15 % BR</p>

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>Optique</p> <p>Verres, montures, lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale</p>	<p>100 % du ticket modérateur plus un forfait égal à 8 % du PMSS par an et par personne couverte par le régime</p>
<p>Dentaire</p> <p>Soins dentaires</p> <p>Parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire</p> <p>Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS (prothèses dentaires fixes esthétiques, prothèses dentaires fixes métalliques, prothèses dentaires amovibles, actes divers de prothèses dentaires)</p> <p>Orthodontie remboursée par la sécurité sociale (orthodontie dento-faciale)</p>	<p>100 % du ticket modérateur</p> <p>100 % du ticket modérateur</p> <p>200 % de base de remboursement SS (BR ou TC ou TC reconstitué)</p> <p>200 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p>
<p>Actes de prévention (2)</p> <p>Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC 12)</p> <p>Dépistage de l'hépatite B</p>	<p>100 % du ticket modérateur</p> <p>100 % du ticket modérateur</p>
<p>Maternité et adoption</p>	<p>Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS (limite doublée quand il s'agit de naissance gémellaire)</p>

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation <i>in vitro</i>)	doublée quand il s'agit de naissance gémellaire)
<p>(1) Sous déduction des prestations de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2-II du code de la sécurité sociale.</p> <p>Base de remboursement SS : tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale. Il est déterminé par accord entre les professionnels de santé et le régime de base de la sécurité sociale.</p> <p>Ticket modérateur (TM) : part restant à la charge de l'assuré social compte tenu de la différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le montant remboursé par la sécurité sociale.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>	

Article 10.6

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 ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime 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 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 dans l'annexe I au présent accord intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

Article 11

Définition du conjoint et des enfants à charge

Article 11.1

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an et que le domicile fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs).

Article 11.2

Enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à l'ANPE ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RMI mensuel.

Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

Article 12

Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes.

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.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande de l'entreprise adhérente, au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime. Les cotisations basées sur le salaire seront calculées à partir du dernier salaire de base revalorisé, c'est-à-dire le dernier mois de pleine activité du salarié multiplié par 12 et comprenant les primes soumises à cotisations sociales.

Article 13

Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de rupture du contrat de travail du salarié ;
- à la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie du personnel définie à l'article 3 du présent accord.

Article 14

Forclusion

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations de gestionnaire, sauf cas de force majeure ou cas fortuit ou si le gestionnaire ne subit pas de préjudice.

Article 15

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale.

Cette prescription est portée à 10 ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le salarié.

Article 16

Protocole de gestion du régime prévoyance

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement administratif font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans le protocole de gestion conclu entre les signataires du présent avenant et les organismes désignés à l'article 18 ci-après.

Article 17

Cotisations

Article 17.1

Taux de cotisation

La cotisation normalement appelée pour les garanties décès, invalidité absolue et définitive et allocation obsèques est égale à 0,32 % du salaire brut, dont 0,16 % est pris en charge par l'employeur.

Cependant, en raison des excédents constatés dans les comptes du régime de prévoyance de la branche professionnelle, les partenaires sociaux conviennent d'appliquer un taux d'appel de 75 % sur le taux de cotisation de ces garanties. Ainsi, la cotisation appelée auprès des entreprises pour les garanties décès, invalidité absolue et définitive et allocation obsèques est égale à 0,24 % du salaire brut, dont 0,12 % financé par l'employeur.

Le taux d'appel appliqué pourra être modifié ou supprimé sur simple décision des partenaires sociaux, matérialisée par un avenant.

Le total des cotisations des garanties rente éducation et rente handicap est égal à 0,16 % du salaire brut (soit 0,13 % pour la rente éducation et 0,03 % pour la rente handicap), dont 0,08 % est pris en charge par l'employeur.

La cotisation « frais de santé » des salariés est égale à :

- 28,20 € par mois pour le salarié seul ;
- 56,20 € par mois pour le salarié et sa famille (conjoint et enfants à charge),

dont 14,10 € sont pris en charge par l'employeur, soit 50 % de la cotisation du salarié seul.

Cette cotisation est révisable chaque année par accord paritaire.

La cotisation « frais de santé » pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par l'article 10.3 « Disposition particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé » est égale à :

- 42 € par mois pour le bénéficiaire seul ;
- 84 € par mois pour le bénéficiaire et sa famille.

Cette cotisation est révisable chaque année par accord paritaire dans la limite prévue par la loi.

Article 17.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont forfaitaires ou exprimées en pourcentage du salaire brut, suivant les garanties.

Le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire brut déclaré à l'URSSAF, y compris les éléments variables, dans la limite des tranches A et B.

Article 17.3

Obligation des entreprises adhérentes, adhésion, affiliation et paiement des cotisations

Article 17.3.1

Entreprises adhérentes. – Adhésion. – Affiliation

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise concernée devra retourner à l'organisme désigné pour la gestion des garanties un bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

Elle devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie à l'article 3 du présent accord.

Elle devra fournir un état récapitulatif complet du personnel concerné comprenant notamment, pour chacun des salariés, le salaire annuel brut et la situation de famille.

Article 17.3.2

Déclarations

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le salarié servent de base à la garantie.

L'organisme désigné pour la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

Article 17.3.3

Paiement des cotisations

L'entreprise adhérente tient à la disposition de l'organisme désigné pour la gestion toutes pièces comptables de nature à justifier les éléments servant de base tant au calcul des cotisations qu'au calcul des prestations.

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions du présent accord.

Elles sont payables trimestriellement à terme échu.

Le paiement doit être effectué dans les 15 premiers jours du trimestre civil suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues.

Les régularisations éventuelles sont effectuées à la fin de chaque année.

Les versements sont opérés par chèque bancaire ou par virement.

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

A défaut des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'organisme désigné pour la gestion envoie à l'adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, le gestionnaire peut engager une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

Article 18

Modalités d'adhésion et de mutualisation

Article 18.1

Organismes désignés

L'organisme désigné pour l'assurance des garanties capital décès, allocation obsèques et frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est l'institution de prévoyance paritaire relevant de l'article L. 932-1 du code de la sécurité sociale : IONIS Prévoyance (institution membre de IONIS), 50, route de la Reine, BP 85, 92105 Boulogne-Billancourt Cedex.

L'organisme désigné pour l'assurance des garanties rente éducation et rente handicap est l'union d'institutions de prévoyance paritaire relevant de l'article L. 932-1 du code de la sécurité sociale : OCIRP, 10, rue Cambacérès, 75008 Paris.

Concernant la gestion de ces 2 garanties, l'OCIRP en délègue la charge à IONIS Prévoyance.

Article 18.2

Modalités d'adhésion

1. Les entreprises en création et les entreprises n'ayant conclu aucun contrat de prévoyance à la date de signature du présent accord doivent obligatoirement adhérer au présent régime auprès des organismes désignés.

2. Lors de fusions d'entreprises dont l'une au moins appartient au régime conventionnel, la nouvelle entreprise est tenue de rester dans ce régime de prévoyance auprès des organismes désignés.

3. Les entreprises qui disposaient déjà de contrats d'assurance souscrits antérieurement à la date de signature du présent accord ne sont pas tenues d'adhérer aux organismes désignés à condition que ces contrats soient adaptés en conséquence. Cette adaptation qui dispense les entreprises concernées de rejoindre la mutualisation du présent régime consiste nécessairement à offrir aux salariés concernés des garanties strictement supérieures, risque par risque, à celles prévues par le présent régime.

Les entreprises concernées qui désirent néanmoins rejoindre le régime conventionnel pour bénéficier de la mutualisation peuvent demander leur adhésion auprès de IONIS Prévoyance dans les conditions tarifaires prévues par l'accord, et ce jusqu'au 1^{er} janvier 2009.

Toute demande d'adhésion formulée au-delà de cette date pourra faire l'objet d'une cotisation supplémentaire temporaire correspondant à la tarification des risques en cours pour les salariés en arrêt de travail à la date d'adhésion de l'entreprise.

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

Article 18.3

Conditions de réexamen de la mutualisation

Le choix de l'organisme gestionnaire peut être modifié par la commission de gestion paritaire, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1^{er} janvier après notification aux organismes désignés par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Par ailleurs, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder au réexamen des conditions de mutualisation des garanties au plus tard tous les 5 ans à partir de la signature du présent accord.

Article 18.4

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 dans l'entreprise :

- s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale sans être couverts auprès d'un précédent assureur pour des garanties décès similaires à celle du présent régime, les organismes désignés prendront en charge la couverture des garanties décès concernées, et ce dans les conditions prévues au titre du présent régime ;
- s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale tout en bénéficiant d'un maintien de garanties décès auprès d'un précédent assureur mais pour des prestations inférieures à celles prévues par le présent régime, les organismes désignés prendront en charge le versement du différentiel entre les prestations du présent régime et celles maintenues par le précédent assureur.

Ces dispositions ne seront accordées qu'aux entreprises qui adhéreront au présent régime au plus tard à la date du 1^{er} janvier 2009. Au-delà de cette date, la prise en compte des garanties décès au titre des arrêts de travail en cours sera conditionnée au règlement par l'entreprise d'une cotisation spécifique correspondant à la couverture de ces risques, calculée par les organismes désignés.

Les indemnisations accordées au titre des risques 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 dési-

gné étudiera l'impact de ce maintien et, à l'issue des premières années de gestion du présent régime, présentera à la commission paritaire de gestion les impacts financiers de ces reprises d'encours.

Article 19

Commission de gestion paritaire

Il est institué au sein de la profession une commission de gestion paritaire du régime de prévoyance composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative des salariés et autant de membres représentant la direction des entreprises ou personnes mandatées par ces dernières, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La présidence de cette commission et la fonction de secrétaire sont assurées par le président de la commission sociale du syndicat de la récupération pour la gestion industrielle de l'environnement et du recyclage région Nord-Picardie ou par un représentant désigné par lui pour le remplacer.

Rôle de la commission de gestion paritaire :

- application et interprétation du « régime de prévoyance » et du « protocole de gestion » ;
- étude de l'évolution du régime de prévoyance et des modifications éventuelles de garanties ;
- examen des comptes de résultats et bilan financier ;
- contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- choix de l'organisme paritaire désigné ;
- suivi des actions sociales avec l'organisme paritaire désigné ;
- négociation avec l'organisme paritaire désigné, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- étude des cas sociaux difficiles ;
- étude d'accès des entreprises (adhérentes ou non à la branche professionnelle) ;
- étude des statistiques demandées à l'organisme désigné pour la gestion ;
- décision d'affectation des coûts d'étude pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche.

Pour toutes ces tâches, la commission de gestion paritaire ou l'un de ses représentants syndicaux peut demander l'aide d'un expert extérieur qui sera financé dans le cadre de frais qui seront impactés dans le compte de résultat du régime de prévoyance.

Réunions :

La commission paritaire se réunit au minimum une fois par an, sur convocation du président ou à la demande des organisations syndicales signataires de l'accord, les décisions se prenant à la majorité des voix.

Article 20

Fonds social

Les organismes désignés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Article 21

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée de 1 an à compter de son entrée en vigueur et se renouvellera ensuite par tacite reconduction, sous réserve des modalités de dénonciation et révision figurant à l'article 22 ci-dessous.

Article 22

Modalités de dénonciation et de révision

Chacune des parties signataires a la faculté de dénoncer ou solliciter la révision totale ou partielle du présent avenant à condition de le notifier 3 mois avant l'expiration annuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisme signataire.

Cette lettre devra définir les motifs de la dénonciation ou révision et, dans ce dernier cas, joindre un projet de modification de tout ou partie du présent avenant.

L'avenant dénoncé conserve son plein effet jusqu'à la conclusion éventuelle d'un nouveau texte.

La révision des cotisations est annuelle en fonction des résultats comptables des garanties après décision de la commission sociale paritaire en accord avec l'organisme gestionnaire.

Article 23

Dépôt, extension et entrée en vigueur

Le texte du présent avenant sera déposé à la direction des relations du travail et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes, conformément à l'article L. 132-10 du livre I^{er} du code du travail.

En application des articles L. 911-3 du code de la sécurité sociale et L. 118-3 et suivants du code du travail, les organisations signataires du présent accord conviennent, indépendamment de l'accomplissement des formalités de dépôt, de demander l'extension du présent accord au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget afin de le rendre applicable à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective visée à l'article 1^{er}.

Il entrera en vigueur à la même date :

- sur l'ensemble du territoire national (y compris les DOM) ;
- pour l'ensemble des entreprises et salariés dépendant de la convention collective des industries et commerces de la récupération et du recyclage.

Cette date de prise d'effet est fixée à la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'élargissement (sur l'ensemble du territoire national y compris les DOM), faisant suite à l'arrêté d'extension et à la signature du présent accord.

Fait à Marcq-en-Barœul, le 9 avril 2008.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Garanties santé du régime local Alsace-Moselle

Les prestations de ce tableau sont exprimées en complément du régime de base.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>Hospitalisation médicale et chirurgicale Etablissements conventionnés Etablissements non conventionnés Chambre particulière (y compris maternité) Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans</p>	<p>100 % des frais réels (1) 90 % des frais réels (1) Frais réels dans la limite de 3 % du PMSS par jour Forfait égal à 1,76 % du PMSS par jour d'hospitalisation</p>
<p>Médecine Consultations, visites (généraliste, spécialiste, professeur) : secteur conventionné ou non conventionné Auxiliaires médicaux Analyses et travaux de laboratoire Electroradiologie et radiothérapie Orthopédie, prothèses médicales (hors auditives), Actes de spécialité, petite chirurgie et forfait de cures thermales Soins de cures thermales</p>	<p>80 % de la base de remboursement SS (BR ou TC) 10 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 10 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 10 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 10 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 10 % de base de remboursement SS (BR ou TC) 10 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p>
<p>Pharmacie remboursée par la sécurité sociale</p>	<p>Vignettes blanches 10 % BR/Vignettes bleues 20 % BR</p>

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>Optique Verres, montures, lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale</p>	<p>100 % du ticket modérateur plus un forfait égal à 8 % du PMSS par an et par personne couverte par le régime</p>
<p>Dentaire Soins dentaires Parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS (prothèses dentaires fixes esthétiques, prothèses dentaires fixes métalliques, prothèses dentaires amovibles, actes divers de prothèses dentaires) Orthodontie remboursée par la sécurité sociale (orthodontie dento-faciale)</p>	<p>100 % du ticket modérateur 100 % du ticket modérateur 200 % de base de remboursement SS (BR ou TC ou TC reconstitué) 200 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p>
<p>Actes de prévention (2) Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC 12) Dépistage de l'hépatite B</p>	<p>100 % du ticket modérateur 100 % du ticket modérateur</p>

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>Maternité et adoption Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation <i>in vitro</i>)</p>	<p>Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS (limite doublée quand il s'agit de naissance gémellaire)</p>
<p>(1) Sous déduction des prestations de la sécurité sociale. (2) Actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2-II du code de la sécurité sociale. Base de remboursement SS : tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale. Il est déterminé par accord entre les professionnels de santé et le régime de base de la sécurité sociale. Ticket modérateur (TM) : part restant à la charge de l'assuré social compte tenu de la différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le montant remboursé par la sécurité sociale. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>	

1. La cotisation « frais de santé » des salariés relevant du régime local Alsace-Moselle est égale à :

- 14,10 € par mois pour le salarié seul ;
- 28,20 € par mois pour le salarié et sa famille (conjoint et enfants à charge),

dont 7,05 € sont pris en charge par l'employeur, soit 50 % de la cotisation du salarié seul.

Cette cotisation est révisable chaque année par accord paritaire.

2. La cotisation « frais de santé » pour les anciens salariés relevant du régime local Alsace-Moselle et visés par l'article 10.3 de l'accord « Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé » est égale à :

- 21 € par mois pour le bénéficiaire seul ;
- 42 € par mois pour le bénéficiaire et sa famille.

Cette cotisation est révisable chaque année par accord paritaire dans la limite prévue par la loi.