

THALES ELECTRON DEVICES

AVENANT N° 2 A LA CONVENTION SOCIALE

Entre la Société THALES ELECTRON DEVICES :

Société anonyme au capital de 30 998 925 € dont le siège social est situé au :

2 bis, rue Latécoère – 78941 Vélizy Cedex

Représentée par Monsieur JARRIER Claude, Directeur des Ressources Humaines , agissant par délégation du Directeur Général,

d'une part,

Et

Les Organisations Syndicales :

CFDT

CFE-CGC

CGT

FO

d'autre part,

PREAMBULE

Les décisions prises par la Commission Paritaire du régime de prévoyance du 29 juin 2001 conduisent à mettre à jour notre convention.

ARTICLE 1 : RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

Article 1.1. : Dans l'article 29 (Régimes applicables par catégorie de personnel - Cas général) de la Convention Sociale, il convient de préciser :

- pour les Mensuels niveaux I1 à III1, dans la colonne "Cotisations contractuelles" :
" 12 % sur T2 (14 % en 2004 - 16 % en 2005 avec la même répartition entre employeur et salarié)
- Employeur 7.2 % - Salarié 4.8 %"
- pour les Mensuels niveaux III2 à IV 1, dans la colonne "Cotisations contractuelles" :
" 12 % sur T2 (14 % en 2004 - 16 % en 2005 avec la même répartition entre employeur et salarié)
- Employeur 7.2 % - Salarié 4.8 %"

Article 1.2. : Dans l'article 30 (Régimes particuliers de retraites complémentaires des salariés ex-CSF) de la Convention Sociale, il convient de préciser :

- pour les Mensuels niveaux I1 à III1, entrés avant 1958, dans la colonne "Cotisations contractuelles" :
" 12 % sur T2 , la cotisation est entièrement à la charge de l'employeur"
- pour les Mensuels niveaux III2 à IV1, entrés avant 1958, dans la colonne "Cotisations contractuelles" :
" 12 % sur T2 (14 % en 2004 - 16 % en 2005 avec la même répartition entre employeur et salarié)
- Employeur 10.8 % - Salarié 1.2 %".

ARTICLE 2 - PRÉVOYANCE

Le Chapitre IX de la Convention Sociale de TED est remplacé par les dispositions suivantes .

CHAPITRE IX

RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Les dispositions du présent chapitre ont pour but de compléter le statut social des salariés de la société THALES ELECTRON DEVICES par la mise en place d'un régime OBLIGATOIRE de garanties identiques pour toutes les catégories de personnel couvrant :

- les risques majeurs du DÉCÈS, de l'INVALIDITÉ absolue et définitive,
- l'INCAPACITÉ temporaire de travail,
- pour la garantie SOINS DE SANTÉ, une solution diversifiée est mise en place dans le cadre d'un régime OBLIGATOIRE.

Par ailleurs, il est proposé des garanties et prestations complémentaires à titre facultatif, afin de permettre à chaque cotisant d'ajuster sa protection sociale à ses besoins.

Les dispositions du présent chapitre prennent en compte les principes généraux du droit des assurances et de la Sécurité sociale.

ARTICLE 32 : PRINCIPES DU RÉGIME

Il existe un régime de prévoyance INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ ET DÉCÈS, au profit de l'ensemble des salariés de la Société au 1^{er} juillet 1995. Le caractère obligatoire des garanties permet d'obtenir une solidarité entre les salariés et une meilleure tarification des risques.

Il est cependant précisé que les sinistres nés antérieurement à la date de mise en place du présent accord relèvent des contrats qui les couvraient au moment de leur survenance.

- Ce régime de prévoyance comprend d'une part, une couverture sociale complémentaire de base qui s'applique à l'ensemble des salariés et d'autre part des garanties facultatives laissées au choix des salariés leur permettant d'ajuster leur protection sociale à leurs besoins.
- L'adhésion au régime complémentaire de base est obligatoire. La souscription de garanties facultatives peut s'effectuer à tout moment par le participant sous réserve, en ce qui concerne la garantie SOINS DE SANTÉ, des conditions précisées dans la section I.

- Au-delà de l'affiliation systématique au régime obligatoire, pour les risques DÉCÈS, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INVALIDITÉ, le personnel pourra, à titre individuel, adhérer à des organismes mutualistes ou autres.

ARTICLE 33 : CONCEPTS UTILISÉS ET RISQUES EXCLUS

Article 33.1 : DÉFINITIONS DE QUELQUES CONCEPTS UTILISÉS DANS LA RÉDACTION DU RÉGIME

■ TRAITEMENTS DE BASE pour le calcul des prestations et cotisations :

- le **traitement mensuel de base brut** (1) est égal à la part fixe du salaire du dernier mois de plein traitement (2) précédant l'arrêt de travail ou le décès de l'intéressé, ou maintenu intégralement par application d'accords collectifs, augmenté du douzième des parties variables du salaire perçues au cours des douze mois précédents, dans la limite de 4 fois le plafond de la Sécurité sociale. Il est limité à 3 fois le plafond de la Sécurité sociale pour le calcul de la cotisation de la garantie SOINS DE SANTÉ.
- le **traitement annuel de base brut** est égal à 12 fois le dernier traitement mensuel de base brut défini ci-dessus.

Il peut être réévalué pour le calcul des prestations décès lorsque le participant (3) justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus au jour de son décès ou à la date à laquelle le bénéficiaire (4) peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Le taux de réévaluation est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC constatée entre le début de l'arrêt de travail du participant ou, à défaut, entre le jour de son décès et la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

• PERSONNES À CHARGE POUR LE RISQUE DÉCÈS - INCAPACITÉ - INVALIDITÉ :

• **Enfants à charge :**

Les enfants à charge sont les enfants du participant ou de son conjoint ou du partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont le participant pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de l'entretien ou pour lesquels il verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement, et tout enfant à charge au sens fiscal.

- (1) Ensemble des éléments du salaire brut donc avant déduction des cotisations sociales
- (2) Y compris indemnités journalières de la Sécurité sociale.
- (3) Participant : c'est celui qui cotise au régime
- (4) Bénéficiaire(s) : il s'agit du participant ou certains ayants droit pour lesquels le participant perçoit des prestations (frais médicaux) ; les ayants droit peuvent eux-mêmes percevoir des prestations (capital décès, rente de conjoint).

- âgés de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année
- ou âgés de moins de 25 ans au 31 décembre de l'année
 - . s'ils poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants (art. L 565 et suivants du code de la Sécurité sociale),
 - . s'ils sont en apprentissage et perçoivent une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage ou de travail et de leurs bulletins de salaire,
 - . si par suite d'infirmité ou de maladie incurable, ils sont atteints d'une incapacité permanente au taux égal ou supérieur à 80 % au sens de l'article 169 du code de la famille et de l'aide sociale. Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux ou des rentes, aucune limitation d'âge ne leur est appliquée.
- ou quel que soit leur âge s'ils accomplissent leur service national légal.

- **Personnes à charge :**

Lorsque le contrat fait référence à la notion de personnes à charge, il s'agit de personnes à charge au sens fiscal, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la famille et de l'aide sociale et ce, conformément à l'article 196 A bis du code général des impôts.

Article 33.2 : RISQUES EXCLUS

Les risques suivants sont exclus de la garantie du régime de prévoyance :

■ EN CAS DE DÉCÈS :

- Le suicide d'un participant ne justifiant pas de deux ans d'assurance dans un régime ou aux régimes précédents applicables au personnel de l'entreprise.
- L'homicide volontaire du participant par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.
- Aviation : les risques résultant d'un accident de navigation aérienne ne sont couverts que si le participant se trouve à bord d'un appareil autorisé à voler par un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, le pilote pouvant être le participant lui-même, à condition que le pilote se soit conformé aux règlements en vigueur.
Les matches, paris, courses, concours, acrobaties aériennes, records, tentatives de records ou essais préparatoires, essais de réception, ainsi que les sauts en parachute sauf ceux qu'exigerait la situation critique de l'appareil.
- La conséquence d'explosion, irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transformation de noyau d'atome ou radioactivité.

- Guerre : en cas de guerre où la France est belligérante, le risque décès ne pourra être couvert que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

**■ POUR LE CAPITAL COMPLÉMENTAIRE
EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL ET POUR LA GARANTIE
INCAPACITÉ DE TRAVAIL :**

- les maladies, accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant ;
- les maladies, accidents qui résultent de l'utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
- les accidents qui résultent de l'état d'ivresse ;
- les blessures ou lésions provenant de courses de vitesse, matches ou paris sauf les compétitions sportives normales entre amateurs, de la pratique du vol libre, de l'aile volante ou du parachute ascensionnel ;
- les accidents de navigation aérienne non garantie au titre de l'assurance décès ;
- les faits de guerre pour tous les participants mobilisés ou non, l'assurance étant suspendue en temps de guerre pour tous les participants mobilisés ou engagés volontaires ;
- la guerre civile, l'insurrection ou l'émeute (à condition que le participant y ait pris une part active) et les rixes sauf le cas de légitime défense.

■ POUR LES RENTES DE CONJOINT

La garantie n'est pas accordée dans les cas suivants :

- Le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant, et a été condamné pour ces faits
- En cas de guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir
- En cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le participant y prend une part active
- Pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes
- En cas d'omission, de déclaration fausse ou inexacte du participant

■ POUR LA GARANTIE SOINS DE SANTÉ :

En sus des exclusions définies ci-dessus :

- les frais non pris en charge par la Sécurité sociale hormis les frais de prothèses dentaires, cure thermale, lentilles cornéennes ;
- les séjours en maison de retraite, séjour de gériatrie et gériatrie ;
- les frais de cure de rajeunissement, amaigrissement, esthétique et la thalassothérapie.

ARTICLE 34 : MAINTIEN DES GARANTIES

Article 34.1 : MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE GRATUIT

Les garanties sont maintenues à titre gratuit au participant ne percevant plus de salaire et bénéficiant, au titre du présent régime, des indemnités incapacité de travail ou invalidité.

En cas de licenciement pendant une période de maladie, le participant continue à bénéficier des mêmes prestations d'Incapacité de travail, Invalidité et reste couvert pour les garanties DÉCÈS et SOINS DE SANTÉ tant que la Sécurité sociale l'indemnise.

Article 34.2 : MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE ONÉREUX

A titre individuel et onéreux, des garanties du régime peuvent être également maintenues

- aux retraités
- aux licenciés
- aux démissionnaires
- aux salariés ayant achevé un Contrat à Durée Déterminée de plus de 6 mois
- aux ayants droit d'un salarié décédé...(cf. tableau ci-après).

Le participant intéressé peut demander la suppression de certaines garanties dont il bénéficiait avant la rupture ou la suspension du contrat de travail, mais il ne peut demander à bénéficier de garanties supérieures.

Les retraités qui souhaitent adhérer au nouveau régime de Prévoyance SOINS DE SANTÉ peuvent le faire aux conditions spécifiques de cette population.

Ceci concerne également les retraités qui relèvent d'autres institutions ou mutuelles à condition qu'ils aient été salariés de la Société TED au moment de leur départ à la retraite ou en cessation d'activité anticipée de type AS-FNE, ARPE ou assimilé.

■ DÉLAIS POUR FORMULER LA DEMANDE :

Les délais pendant lesquels la demande doit être formulée, et les garanties qui peuvent être maintenues, sont exposés ci-après :

	Délai pour formuler la demande (délai maxima exprimé en mois)	Maintien de la garantie		
		DÉCÈS	INCAPACITÉ INVALIDITÉ	SOINS DE SANTÉ
Retraités	6	OUI jusqu'à 65 ans	NON	OUI
Préretraités (AS-FNE, ARPE)	6	OUI	NON	OUI
Licenciés indemnisés par les ASSEDIC	6	OUI	(1)	OUI
Démissionnaires	2	NON	NON	(maxi 3 mois)
Congés sans solde	2	OUI	NON	OUI
Contrat à Durée Déterminée	3	NON	NON	OUI
Ayant droit d'un assuré décédé (conjoint ou partenaire) (hors prise en charge d'un concubin)	6	NON	NON	OUI (2)
Salariés en congé de conversion Loi n° 85-832 du 5 août 1985	2	OUI	OUI	OUI

- (1) *Le participant licencié pour des raisons économiques, à la recherche d'un emploi et indemnisé par l'ASSEDIC, peut demander le bénéfice de la garantie hospitalisation.*

Au titre de cette garantie, sont prises en charge avec effet rétroactif au premier jour :

- *toute hospitalisation de plus de 10 jours,*
- *les journées d'hospitalisation et de maladie dès lors que le cumul de ces périodes est supérieur à 10 jours,*

entraînant la cessation du paiement des allocations versées par l'ASSEDIC.

L'indemnité journalière attribuée, au titre de cette garantie, est égale à 100 % de l'allocation journalière versée par l'ASSEDIC la veille de l'hospitalisation sous déduction de l'indemnité journalière servie par la Sécurité sociale pendant la période d'hospitalisation.

- (2) *Les personnes qui étaient garanties par le participant à la date du décès ont la possibilité d'adhérer à l'un des régimes "santé senior" proposés par la CAISSE à ses retraités, sous réserve d'en formuler la demande dans les 6 mois suivant la date du décès.*

■ COTISATIONS :

Les cotisations sont à la charge du participant. Le versement d'une contribution éventuelle de l'employeur, dans le cadre des mesures d'un plan social, relève de la négociation au sein de l'entreprise.

- **Cas général :**

- **Assiette des cotisations :**

Les garanties qui peuvent être maintenues sont couvertes par des cotisations calculées sur la partie fixe du dernier salaire brut mensuel du participant précédant la rupture ou la suspension du contrat de travail, augmentée du 1/12 des parties variables du salaire perçues au cours des 12 derniers mois.

Ce salaire brut est revalorisé chaque année sur la base du salaire de référence AGIRC.

- **Cotisations :**

Décès : 0,76 %.

Hospitalisation : 0,08 % de T1 ⁽¹⁾ et 0,60 % de T2 ⁽²⁾

Ou Maladie + Hospitalisation : 0,12% de T1 ⁽¹⁾ et 0,85% de T2 ⁽²⁾

Soins de santé : cotisations identiques à celles des actifs.

Garanties facultatives : cotisations identiques à celles des actifs.

(1) T1 est la tranche de rémunération annuelle inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale.

(2) T2 est la tranche de rémunération annuelle comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond de Sécurité sociale.

- **Cas particuliers :**

- **Retraités :**

- Jusqu'à 65 ans, la garantie DECES du régime de base obligatoire est maintenue et couverte par une cotisation égale à 0,76 %, l'assiette étant la même que celle définie au cas général.

- La garantie SOINS DE SANTÉ est financée par une cotisation mensuelle.

Régime de base des Retraités (ARMORIQUE) : 3,28 % du PMSS ⁽³⁾ + 1,55 % de la retraite AGIRC

Régime amélioré (VANOISE) : des garanties supplémentaires :

4,86 % du PMSS ⁽³⁾ + 1,55 % de la retraite AGIRC

Cette cotisation supplémentaire de 1,55 % est applicable à compter du 1^{er} juillet 1999.

- **Salariés en congé de conversion :**

Les cotisations sont celles dues par le personnel actif et sont assises sur les salaires qui auraient été ceux des intéressés s'ils avaient poursuivi normalement leur activité.

(3) PMSS est le plafond mensuel de Sécurité sociale. PMSS = 2 352 Euros au 1^{er} janvier 2002

ARTICLE 35 : FONCTIONNEMENT DU RÉGIME

Pour les conditions générales et toutes informations complémentaires non reprises dans le présent accord d'entreprise qui institue un régime de prévoyance couvrant les risques DÉCÈS, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INVALIDITÉ et SOINS DE SANTÉ, il y a lieu de se rapporter au contrat en vigueur conclu avec l'assureur.

Article 35.1 : COMMISSION PARITAIRE

Il est institué une Commission paritaire au niveau de la Société, composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative signataire et de représentants de l'employeur, en nombre égal.

Les missions de la Commission paritaire sont les suivantes :

- Avoir connaissance des résultats du régime
- Proposer des modifications concernant le fonctionnement et le financement du régime à la Commission paritaire technique définis à l'Article 35-2 ci-après.
- Assurer l'information des salariés sur le régime de prévoyance mis en place et ses évolutions.

Article 35.2 : COMMISSION PARITAIRE TECHNIQUE AUPRES DE LA CAISSE HAUSSMANN

Etant donné que le contrat de prévoyance choisi par le présent accord est celui adopté par différentes Sociétés du Groupe THALES, les parties conviennent qu'il est souhaitable que différents problèmes relatifs au régime de prévoyance soient examinés en commun, par les partenaires sociaux qui ont mis en place de tels contrats, au niveau de l'institution de prévoyance qui a été choisie.

Il s'avère en particulier que l'analyse des résultats des contrats au niveau des sociétés adhérentes, prises individuellement, peut avoir moins de signification qu'une analyse des résultats de l'ensemble des sociétés ayant adhéré au même contrat.

De même, il s'avère souhaitable d'alimenter et de pouvoir utiliser le fonds social commun à toutes les sociétés adhérentes au contrat.

Une Commission paritaire technique siégeant auprès de la caisse de prévoyance est instituée.

A - COMPOSITION

La Commission est paritaire. Elle est composée de deux représentants par organisation syndicale signataire d'un accord prévoyance dans une des Sociétés du périmètre couvert et d'un nombre égal de représentants des directions de la Société THALES et de ses filiales adhérentes.

- Chaque membre de cette Commission dispose d'un certain nombre de mandats :
- Il est d'abord déterminé le nombre de mandats attribués au titre de chaque Société adhérente au contrat défini à l'Article 32.

Le nombre de ces mandats est de un par tranche complète de 50 salariés inscrits, étant entendu que si le résultat est un nombre impair, le nombre de mandats est porté au nombre pair immédiatement supérieur. Le total des mandats de l'entreprise sera réparti par moitié entre les organisations syndicales signataires et la Direction.

- La répartition des mandats entre organisations syndicales signataires prendra en compte l'audience de chaque organisation syndicale en fonction des résultats aux élections professionnelles (comités d'établissements ou comités d'entreprise).

La répartition se fait selon la proportionnelle, avec application de la règle de la plus forte moyenne. Les mandats de chaque organisation syndicale sont répartis également entre ses deux représentants.

- Les membres de la Commission sont désignés pour une durée de deux ans et le nombre de mandats n'est pas modifié pendant cette période, même en cas de remplacement.

Lors de nouvelles désignations, il est procédé au nouveau calcul du nombre de mandats de chacun des membres de la Commission.

- Les décisions sont arrêtées au sein de la Commission à la majorité des 2/3^e des mandats.

B - ATTRIBUTION

Les missions de la Commission paritaire technique sont les suivantes :

- Etudier les propositions de modifications concernant le fonctionnement et le financement du régime, souhaitées par ses membres ou demandées par les Commissions paritaires des Sociétés adhérentes au contrat.
- Effectuer toute étude sur l'évolution du régime de prévoyance ainsi que ses modalités de gestion.
- Etudier toute modification des régimes existants.
- Examiner périodiquement les résultats du régime et prendre toute décision concernant son fonctionnement et son financement en liaison avec l'institution.
- Représenter les adhérents et les participants au régime de prévoyance de THALES et des filiales adhérentes dans les relations avec les organismes paritaires qu'ils soient gestionnaires ou assureurs.
- Informer les Commissions paritaires de chaque société adhérente des décisions prises.
- Effectuer tous les contrôles nécessaires au fonctionnement du régime.
- Proposer l'affectation du solde de la participation aux résultats.
- Gérer le fonds social, et à ce titre, elle décide des compléments de remboursements et d'aides éventuelles en cas de situation difficile sur présentation de dossier.

Les partenaires de la Société donnent explicitement mandat à cette Commission pour opérer les adaptations nécessaires en particulier en ce qui concerne les prestations et les taux de cotisations, en liaison avec l'assureur.

Article 35.3 : PARTICIPATION AUX RÉSULTATS DU RÉGIME

■ Au **crédit** figureront :

- les cotisations brutes,
- les provisions pour sinistres restant à payer au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les provisions des rentes d'incapacité et d'invalidité, les rentes éducation et les rentes de conjoint au 31 décembre de l'exercice précédent.

■ Au **débit** figureront :

- les frais de gestion,
- les frais de réassurance,
- les sinistres et les provisions des rentes d'incapacité et d'invalidité, les rentes éducation et les rentes conjoint au 31 décembre de l'exercice,
- les revalorisations des rentes,
- les provisions pour sinistres restant à payer au 31 décembre de l'exercice concerné.

■ Si le solde est **créditeur** :

- **95 %** du solde seront répartis de la façon suivante :
 - 40 % alimentent une réserve de stabilité rémunérée des intérêts servis au titre des placements effectués par l'organisme (limités à 25 % des cotisations annuelles),
 - 10 % alimentent le fonds social,
 - 50 % peuvent servir :
 - soit à une réduction des taux de cotisation
 - soit à l'amélioration des garanties.
- Les **5 %** restants, demeurent acquis par l'assureur pour lui permettre d'augmenter ses fonds propres et sa marge de solvabilité.

■ Si le solde est **DÉBITEUR**,

- il est reporté sur l'exercice suivant ou débité de la Réserve de stabilité.

Les calculs ci-dessus sont effectués chaque année pour l'ensemble des sociétés du Groupe THALES participant au même régime de prévoyance et sont présentés à la Commission Paritaire Technique auprès de la Caisse Haussmann.

SECTION I

SOINS DE SANTE

Les parties signataires ont convenu de l'opportunité d'assurer à tous les salariés une garantie complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Cette garantie est obligatoire pour tous les salariés.

Toutefois, dans le but de ne pas mettre en difficulté certaines Mutuelles locales auxquelles le personnel marque souvent un attachement important, les salariés des niveaux I.1 à IV.1 auront le choix entre les deux solutions suivantes :

- adhésion au régime défini ci-après,
- adhésion à une mutuelle de leur choix dont les garanties et cotisations sont fixées par chaque mutuelle.

Dans les deux cas, la participation de la Société au financement de la cotisation sera identique.

ARTICLE 36 : PERSONNES GARANTIES

Le régime de prévoyance ci-après couvre les bénéficiaires suivants :

- a) le participant,
- b) le conjoint du participant ou le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité, étant entendu que s'il est lui-même salarié les prestations versées dans le cadre du présent régime seront complémentaires à celles de la Sécurité sociale et des régimes de prévoyance dont il pourrait bénéficier personnellement.

Il en sera de même si ledit conjoint ou le partenaire relève du régime des travailleurs non salariés ou du Régime Agricole. Dans ce cas, les prestations prévues ci-après seront déterminées en fonction de celles qu'aurait effectuées. le régime général de la Sécurité sociale, compte tenu, éventuellement, de celles qui pourraient également être effectuées par des régimes complémentaires,

- c) le concubin non salarié et ses enfants à condition qu'ils soient considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré,
- d) les enfants célibataires jusqu'à 25 ans et fiscalement à charge du participant :
 - qui poursuivent leurs études et sont inscrits régulièrement à la Sécurité sociale au régime étudiant ;
 - en apprentissage ou titulaires d'un contrat d'insertion dans la vie professionnelle prévue par la législation sociale (contrat de qualification, contrat d'orientation...) et qui perçoivent une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales.
- e) les enfants qui deviennent handicapés entre 21 et 25 ans s'ils n'ont pas cessé d'être à la charge du participant (cf. d),
- f) les enfants handicapés sans limite d'âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^{ème} anniversaire de la carte d'invalidité civile,

- g)** les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans inscrits à l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE) à la recherche d'un premier emploi,
- h)** les enfants pour lesquels le participant verse une pension alimentaire et qui remplissent l'une des conditions indiquées en d), e), f) ou g),
- i)** les ascendants du participant à condition qu'ils soient considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit du participant.

ARTICLE 37 : DESCRIPTION DES GARANTIES

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau ci-après pour chaque nature des garanties ; les remboursements de la Sécurité sociale viennent en déduction des versements.

Toutefois, les prestations versées à un participant, pour lui-même ou pour sa famille, tant par le présent régime que par la Sécurité sociale et par un ou plusieurs autres régimes de prévoyance, ne peuvent dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés.

Les incidences éventuelles des décisions gouvernementales en matière de remboursement des taux de garantie de la Sécurité sociale feront l'objet d'un examen systématique par la Commission paritaire (prévue à l'article 35.2), cet examen aura ou non une conséquence sur le niveau des garanties ou la cotisation.

GARANTIES SOINS DE SANTÉ

NATURE DES GARANTIES	RÉGIME DE BASE	RÉGIME AMÉLIORÉ PRESTATIONS PORTÉES A :
HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE Etablissements conventionnés Etablissements non conventionnés	100 % des frais réels ⁽¹⁾ 100 % des frais réels dans la limite du tarif de convention	100 % des frais réels ⁽¹⁾ 95 % des frais réels ⁽¹⁾
FORFAIT JOURNALIER	100 % des frais réels	100 % des frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE LIT D'ACCOMPAGNANT	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % PMSS / jour ⁽²⁾	100 % des frais réels dans la limite de 3,5 % PMSS / jour ⁽²⁾
TRANSPORT	100 % des frais réels ⁽¹⁾	100 % des frais réels ⁽¹⁾
SÉJOUR EN MAISON DE REPOS ACCEPTÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	100 % des frais réels ⁽¹⁾	100 % des frais réels ⁽¹⁾
CONSULTATIONS VISITES : •généralistes (conventionnés et non conventionnés) •Spécialistes, Professeurs, Neuropsychiatres (conventionnés et non conventionné)	100 % des frais réels dans la limite de 100 % du tarif de convention ⁽¹⁾ 100 % des frais réels dans la limite de 100 % du tarif de convention ⁽¹⁾	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du tarif de convention ⁽¹⁾ 100 % des frais réels dans la limite de 400 % du tarif de convention ⁽¹⁾
AUTRES HONORAIRES MÉDICAUX radios, auxiliaires, analyses, actes en K... • actes conventionnés • actes non conventionnés	100 % des frais réels dans la limite de 100 % du tarif de convention ⁽¹⁾ 100 % des frais réels dans la limite de 100 % du tarif de convention ⁽¹⁾	100 % des frais réels ⁽¹⁾ 95 % des frais réels ⁽¹⁾
PHARMACIE - remboursés à 35 % - remboursés à 65 %	100 % du ticket modérateur 100 % du ticket modérateur	100 % du ticket modérateur 100 % du ticket modérateur

OPTIQUE - verres + montures - monture seule - verres seuls (2 verres) - lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	100 % des frais réels dans la limite de 25 RSS ⁽⁴⁾ + 6,5 % PMSS ^{(2), (1)} 100 % des frais réels dans la limite de 25 RSS ⁽⁴⁾ + 3,25 % PMSS ^{(2), (1)} 100 % des frais réels dans la limite de 25 RSS ⁽⁴⁾ + 3,25 % PMSS ^{(2), (1)} 100 % des frais réels dans la limite de 8 % du PMSS ⁽²⁾ , par personne et par an ⁽¹⁾	100 % des frais réels dans la limite de 28 RSS ⁽⁴⁾ + 10 % PMSS ^{(2), (1)} 100 % des frais réels dans la limite de 28 RSS ⁽⁴⁾ + 5 % PMSS ^{(2), (1)} 100 % des frais réels dans la limite de 28 RSS ⁽⁴⁾ + 5 % PMSS ^{(2), (1)} 100 % des frais réels dans la limite de 10 % du PMSS ⁽²⁾ par personne et par an ⁽¹⁾
SOINS DENTAIRES Praticiens conventionnés ou non conventionnés	100 % du ticket modérateur	100 % des frais réels dans la limite de 415 % du tarif de Convention ⁽¹⁾
PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE - acceptées par la Sécurité sociale - refusées par la Sécurité sociale (Pour l'orthodontie avant le 18 ^{ème} anniversaire du patient)	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du tarif de Convention ⁽¹⁾ <i>(Tarif de Convention théorique si refus de Sécurité sociale)</i>	100 % des frais réels dans la limite de 415 % du tarif de Convention ⁽¹⁾ <i>(Tarif de Convention théorique si refus de Sécurité sociale)</i>
APPAREILLAGE - ORTHOPÉDIE PROTHÈSES MÉDICALES	100 % des frais réels dans la limite de 100 % du tarif de responsabilité ⁽¹⁾	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du tarif de responsabilité ⁽¹⁾
PROTHÈSES AUDITIVES	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du tarif de responsabilité ⁽¹⁾	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du tarif de responsabilité ⁽¹⁾
CURE THERMALE	100 % des frais réels dans la limite de 750 points AGIRC ⁽³⁾	100 % des frais réels dans la limite de 750 points AGIRC ⁽³⁾
MATERNITÉ	Prise en charge des frais de maternité dans les mêmes conditions que l'hospitalisation et la maladie	Prise en charge des frais de maternité dans les mêmes conditions que l'hospitalisation et la maladie

(1) sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale

(2) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice concerné

(3) selon valeur du point AGIRC en vigueur au moment de l'événement

(4) RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

NB : Les demandes de remboursement doivent être adressées à la Caisse de Prévoyance Haussmann dans le délai d'un an suivant la date du décompte de la sécurité sociale

**ARTICLE 38 : ADHÉSION A LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE
FACULTATIVE SOINS DE SANTÉ
(Régime dénommé RÉGIME AMÉLIORÉ)**

Les **nouveaux salariés** peuvent adhérer à la garantie complémentaire facultative SOINS DE SANTÉ sans délai de carence dans les trois mois suivant leur engagement par la société.

A) *L'adhésion du participant* à la garantie complémentaire facultative SOINS DE SANTÉ s'effectue dans les conditions suivantes :

1. au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est faite au plus tard le 31 octobre de l'année précédente, avec application d'un délai de carence de 3 mois pour tous les frais à l'exception :

- des prothèses dentaires pour lesquelles le délai de carence est porté à 6 mois,
- de la maternité pour laquelle le délai de carence est porté à 9 mois.

2. au 1^{er} jour du mois suivant

- la naissance d'un enfant du participant
- le mariage du participant,
- la conclusion d'un pacte civil de solidarité par le participant
- la justification de la vie maritale du participant,
- le licenciement du conjoint ou du partenaire dans le cadre d'un PACS dans les conditions lui ouvrant droit au bénéfice de l'ASSEDIC, seul motif de changement de situation professionnelle accepté.

sous réserve que la demande soit faite dans les 3 mois suivant l'un de ces événements, et ce, sans application de délai de carence.

B) *La radiation de l'adhésion* à la garantie complémentaire facultative SOINS DE SANTÉ peut intervenir :

1. dans le cas général, c'est-à-dire à l'exception d'un des motifs cités au § A alinéa 2, la radiation de l'adhésion à la garantie complémentaire SOINS DE SANTÉ doit être formulée au plus tard le 31 octobre pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Une nouvelle adhésion à la garantie complémentaire facultative SOINS DE SANTÉ ne sera alors possible que dans les conditions décrites au paragraphe A. 2 ci dessus.

2. Au 1^{er} jour du mois suivant :

- un changement de situation de famille (séparation, divorce, dissolution d'un pacte civil de solidarité, décès du conjoint, du partenaire ou du concubin assuré, décès d'un enfant du participant),
 - une modification de la situation professionnelle du participant (départ en congé sans solde, en préretraite ou en retraite),
- sous réserve que la demande soit formulée dans les 3 mois suivant l'un de ces événements.

ARTICLE 39 : COTISATIONS SOINS DE SANTÉ

Article 39.1 : TAUX ET RÉPARTITION DES COTISATIONS DES ACTIFS

A - RÉGIME DE BASE :

Risque	Taux global	Toutes catégories professionnelles
SOINS DE SANTÉ	2,15 % sur le salaire brut limité à 3 x PMSS ⁽¹⁾ Avec application d'un forfait mensuel fixé à 2.36 % du PMSS depuis le 1 ^{er} juillet 2001	<u>Employeur</u> Participation de 1,316 % du PMSS depuis le 1 ^{er} juillet 2001 <u>Salarié</u> Cotisation globale diminuée de la participation employeur
<i>(1) PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale PMSS : 2352 Euros au 1^{er} janvier 2002</i>		

B - OPTIONS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES A LA CHARGE EXCLUSIVE DU SALARIÉ

TIERS PAYANT	0,08 % PMSS ⁽¹⁾	Cotisation mensuelle système SANTÉ PHARMA ⁽²⁾
RÉGIME AMÉLIORÉ	Cotisation forfaitaire mensuelle de 0.92 % du PMSS. par mois depuis le 1 ^{er} juillet 2001	

(1) PMSS = Plafond mensuel de Sécurité sociale

(2) Il s'agit du TIERS-PAYANT PHARMACEUTIQUE qui implique que les frais pharmaceutiques soient toujours remboursés à 100 %.

Le taux de cotisation du régime de base obligatoire ne pouvait pas être modifié pendant une période de 3 ans à compter du 1^{er} juillet 1995, sauf en cas de changement de la législation de la Sécurité sociale ou fiscale.

Toutefois, pendant les 3 premières années de mise en place du régime, la cotisation minimale mensuelle du régime de base obligatoire pouvait être réévaluée au 1^{er} juillet, sans que cette augmentation puisse être supérieure à l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. La participation de l'employeur représentait 51,72 % du minimum mensuel, évoluant dans la même proportion que celui-ci.

La cotisation forfaitaire de l'option facultative RÉGIME AMÉLIORÉ peut être modifiée chaque année au vu des résultats financiers constatés à la fin de l'exercice précédent.

C - ASSIETTE DE COTISATIONS POUR LE PERSONNEL NE TRAVAILLANT PAS À TEMPS PLEIN :

L'assiette des cotisations pour le personnel travaillant à temps partiel, temps réduit, temps choisi ou bénéficiaires de formules diverses de réduction du temps de travail sera la suivante :

- cotisation SOINS DE SANTÉ régime de base obligatoire calculée sur le salaire réel avec application de la cotisation minimum.
- option facultative RÉGIME AMÉLIORÉ application de la cotisation forfaitaire.

Article 39.2 : ÉVOLUTION ULTÉRIEURE DE LA COTISATION :

Il est expressément convenu que l'obligation de TED en application du présent accord se limite au seul paiement des cotisations mentionnées pour leurs montants et taux arrêtés à la date de l'accord.

En aucun cas, la société n'est engagée sur le paiement des prestations correspondant à la Section I - SOINS DE SANTÉ du présent accord et qui relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

En conséquence, en cas d'augmentation des cotisations due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres / primes, l'obligation de TED sera limitée au paiement des cotisations mentionnées dans le présent accord intégrant l'évolution indiquée à l'article 39.1 - B.

Toute augmentation de cotisation fera l'objet d'un avenant au présent accord, sous réserve des pouvoirs délégués à la Commission Paritaire Technique auprès de la Caisse Haussmann.

A défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations pourront éventuellement être réduites proportionnellement de telle sorte que le budget constitué des cotisations définies dans le présent accord suffise au financement global des garanties.

ARTICLE 40 : CAS DES SALARIÉS QUI N'ADHÉRENT PAS AU RÉGIME DÉCRIT CI-DESSUS ET ADHÉRENT À UNE MUTUELLE

■ CAS DES SALAIRES DE NIVEAUX I.1 A IV.1

Les salariés de niveaux I.1 à IV.1 qui ne souhaitent pas adhérer au régime décrit ci-dessus peuvent conserver ou adhérer à une MUTUELLE de leur choix à l'exclusion de tout autre organisme, selon les modalités et avec les conséquences suivantes :

- ils devront produire au service du personnel de leur établissement, un justificatif de leur adhésion afin que le prélèvement de la cotisation puisse être opéré sur le bulletin de paie,
- la société prendra en charge une part patronale identique à celle définie à l'article 39 ; les règles mentionnées dans ce même article concernant l'évolution de cette part patronale sont également applicables,

- l'adhésion aux options complémentaires facultatives TIERS PAYANT et RÉGIME AMÉLIORÉ est réservée aux seuls salariés qui adhèrent au RÉGIME DE BASE.

■ CAS DES TRANSFERTS D'ADHÉSION

Sauf lors de l'entrée en vigueur de l'accord :

- l'adhésion au régime décrit ci-dessus (RÉGIME DE BASE et RÉGIME AMÉLIORÉ) n'est possible qu'avec effet au 1^{er} janvier si la demande est faite au plus tard le 31 octobre de l'année précédente.
- les garanties prennent effet sans délai de carence pour le RÉGIME DE BASE et dans les conditions de l'article 38 B, pour le RÉGIME AMÉLIORÉ .

Par ailleurs, la démission du régime obligatoire décrit dans le présent accord pour adhérer à une mutuelle n'est possible :

- qu'avec effet au 1^{er} janvier sous préavis de 2 mois pour le RÉGIME DE BASE,
- qu'en respectant les modalités de radiation indiquées dans l'article 38 pour le RÉGIME AMÉLIORÉ.

Dans tous les cas, les transferts d'adhésion doivent être notifiés au service du personnel de l'établissement pour leur mise en œuvre sur le bulletin de paie.

■ CAS DES PROMOTIONS AU NIVEAU IV.2

Les salariés promus au niveau IV.2 seront automatiquement affiliés au présent régime après application du délai de résiliation de leur mutuelle d'appartenance.

SECTION II

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ - DÉCÈS

ARTICLE 41 : GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ

Cette garantie ne comporte pas d'option complémentaire facultative.

Elle a pour objet de permettre le versement d'indemnités sous déduction de celles de la Sécurité sociale :

- aux participants bénéficiant des indemnités journalières de la Sécurité sociale, soit au titre "maladie" soit au titre "accident du travail et maladie professionnelle"
- aux bénéficiaires d'une Pension d'invalidité de la Sécurité sociale.

Article 41.1. : INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

A partir du moment où l'employeur cesse de verser le salaire à plein tarif et, au plus tôt, lorsque le cumul des jours d'arrêt de travail, pour une même maladie ou à la suite d'un même accident, excède 45 jours au cours de 12 mois consécutifs, il est versé des indemnités dont le montant, exprimé en pourcentage du traitement mensuel de base, est fixé comme suit :

SITUATION DE FAMILLE	% DU TRAITEMENT ANNUEL DE BASE
sans enfant à charge	80 %
avec 1 enfant à charge	85 %
avec 2 enfants à charge	90 %
avec 3 enfants à charge et plus	95 %

sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale et de la quote-part du salaire éventuellement maintenu par l'employeur.

Ces indemnités ne peuvent avoir pour effet de procurer au bénéficiaire des ressources supérieures au salaire net qu'il aurait perçu s'il avait travaillé, compte tenu du salaire éventuellement maintenu par l'employeur et des prestations "espèces" de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Ces indemnités sont versées jusqu'à la reprise du travail ou le classement en invalidité, ou la liquidation des droits à la retraite.

• **Reprise de travail à temps partiel autorisée par la Sécurité sociale :**

L'indemnité Incapacité temporaire de travail s'applique sur la différence entre le traitement mensuel de base et le salaire mensuel rémunérant l'activité à temps partiel.

Article 41.2. : INVALIDITÉ

La rente mensuelle exprimée en pourcentage du salaire mensuel de base est fixée comme suit :

INVALIDES 1^{re} catégorie ⁽¹⁾		60 %
	majoration par enfant à charge (maximum 3) <i>sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</i>	5 %
INVALIDES 2^e catégorie		80 %
	majoration par enfant à charge (maximum 3) <i>sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.</i>	5 %
INVALIDES 3^e catégorie	<i>sous déduction des prestations de la Sécurité sociale .</i>	100 %

(1) Lorsque le bénéficiaire de la rente reprend, avec l'accord de la Sécurité sociale, une activité à temps partiel, le régime assure 75 % au lieu de 60 % de la perte de salaire sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.

Ces rentes sont versées tant que l'intéressé perçoit de la sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité de travail, et cela, jusqu'au 65^{ème} anniversaire.

Article 41.3. : REVALORISATION

Les rentes sont revalorisées chaque année en fonction de la variation du point de retraite AGIRC. La revalorisation sera appliquée au 31 décembre de l'année qui suit la date d'effet de la rente.

Article 41.4. : RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET DE LA RENTE D'INVALIDITÉ

Les indemnités journalières sont réglées à terme échu à l'employeur, tant que le contrat de travail n'est pas rompu et directement à l'assuré après rupture du contrat de travail. Le règlement de la rente d'invalidité s'effectue directement auprès du participant, qu'il y ait ou non rupture du contrat de travail.

ARTICLE 42 : GARANTIE DÉCÈS - RÉGIME DE BASE (obligatoire)

A - CAPITAL ASSURÉ

Le montant du capital, exprimé en pourcentage du traitement annuel de base, est fonction de la situation de famille et de l'option choisie (cf. tableau ci-dessous) :

SITUATION DE FAMILLE	RÉGIME DE BASE		
	OPTION I	OPTION II	
- célibataire, veuf, divorcé	200 %	Capital forfaitaire plus rente éducation : enfants de - de 11 ans	150 % 10 %
- marié ou lié par un PACS sans personne à charge	250 %	enfants de 11 à 18 ans	14 %
- assuré avec une personne à charge	310 %	enfants de 19 à 21 ans (25 ans si études)	18 %
- majoration par personne supplémentaire à charge	60 %		

La majoration pour enfant à charge est due au bénéficiaire désigné pour recueillir le capital décès à condition qu'il ait effectivement la charge de l'enfant. Si le bénéficiaire désigné n'a pas la charge du ou des enfants, la majoration est attribuée à ou aux enfants.

Le choix entre l'option I et l'option II s'effectue après le décès du participant par le bénéficiaire du capital décès s'il conserve la charge de l'enfant (ou des enfants) du participant décédé.

B - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Si le participant est classé avant l'âge de 60 ans :

- 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 majorée pour recours à l'assistance d'une tierce personne, au titre de l'article L 453-2 du code de la Sécurité sociale,

Le capital DÉCÈS est versé par anticipation au participant, à condition qu'il en fasse la demande et selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit en douze mensualités dont la première débute dans le mois après qu'aura été faite la preuve de l'invalidité permanente et totale,
- soit en un seul versement trois mois après cette date.

Si le participant décède avant la fin du versement des douze mensualités, le solde est versé en une fois au bénéficiaire du capital désigné.

C - DÉCÈS PAR ACCIDENT

Si le décès résulte d'un accident, il est versé un capital supplémentaire égal à 200 % du traitement annuel de base.

D - DÉCÈS SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR DU CONJOINT NON REMARIÉ OU NON LIÉ A UN NOUVEAU PARTENAIRE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ

En cas de décès du conjoint non remarié ou non lié à un nouveau partenaire par un pacte civil de solidarité âgé de moins de 60 ans, un nouveau capital est réparti, par parts égales, entre les enfants encore à la charge du conjoint (au sens précité) à la date de son décès et ayant été pris en considération pour le calcul du capital décès initial. Ce nouveau capital est égal à 50 % du capital décès de base (option 1).

Cette prestation sera versée dans les mêmes conditions au décès d'un partenaire qui était lié par un pacte civil de solidarité.

E - ALLOCATIONS OBSÈQUES

En cas de décès du conjoint, du partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité ou d'un enfant à charge du participant, il est versé une indemnité égale à 3000 points AGIRC.

ARTICLE 43 : GARANTIE DÉCÈS OPTIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatives)

Pour les salariés qui souhaitent adhérer aux options complémentaires DÉCÈS après la mise en place du régime, les conditions particulières suivantes sont appliquées.

Article 43.1. : ADMISSION AU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE

Les dispositions prévues ci-après ne sont applicables que pour les options supplémentaires DECES définies dans le présent document : extension du capital Décès, majoration du capital Décès, Garantie Pension Complète de Réversion et rente de conjoint.

Article 43.2. : ADMISSIBILITÉ FORMALITÉS MÉDICALES

Sont admissibles, sans formalités médicales, au bénéfice des présentes garanties tous les participants au service de la contractante, à condition :

- qu'ils remplissent une demande d'affiliation dont un exemplaire devra être remis à l'institution par la contractante. Toute demande non remise sera, sauf cas de force majeure ou situations particulières, réputée non valable,
- qu'ils soient en activité pour la durée prévue par leur contrat de travail lors de la demande d'affiliation (à l'exclusion des bénéficiaires d'indemnités journalières de la Sécurité sociale autorisés à travailler à mi-temps),
- qu'ils aient demandé à bénéficier de l'assurance :
 - soit lors de l'adhésion de la contractante,

- soit dans un délai de deux mois à compter de leur engagement ou de leur promotion dans la société,
- soit dans un délai de deux mois à compter de l'événement ayant modifié leur situation de famille, ou leur niveau de rémunération en ce qui concerne l'option supplémentaire décès « extension du capital DÉCÈS ».

En dehors des délais prévus ci-dessus, un questionnaire confidentiel de santé doit être rempli. En outre, une visite médicale aux frais des participants peut être exigée.

L'admission aux options supplémentaires décès (extension du capital décès, majoration du capital décès, garantie Pension Complète de Réversion et rente de conjoint) peut alors être :

- acceptée,
- acceptée moyennant une réduction des garanties ou une majoration de la prime,
- refusée temporairement ou définitivement.

Cependant, les participants qui bénéficient des garanties DÉCÈS et INCAPACITÉ de travail - INVALIDITÉ pourront adopter la garantie SOINS DE SANTÉ - MATERNITÉ sans formalités médicales sous la condition de ne pas avoir été radiés à l'adhésion de cette garantie.

Enfin, seuls peuvent bénéficier de la garantie INCAPACITÉ de travail - INVALIDITÉ au plus tard jusqu'à la veille de leur 65^e anniversaire, les participants qui demandent leur admission avant l'âge de 60 ans.

Article 43.3. : EXCLUSION DE L'ASSURANCE

Le participant, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie des « assurables » du groupe, à moins d'omission, de déclaration fausse ou inexacte, de non paiement des primes aux échéances prévues.

Article 43.4. : ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur, pour chaque participant :

- à la date d'embauche, de promotion au niveau IV.2, ou de changement de situation familiale, s'il a été admis sans formalités médicales.
- au premier jour du mois qui suit l'admission par l' Institution, à la suite de formalités médicales,

Article 43.5 : OPTIONS COMPLEMENTAIRES PROPOSEES :

En plus du régime de base obligatoire décrit à l'article 42, le salarié peut adhérer à titre personnel et à sa charge à l'une ou à plusieurs des garanties supplémentaires suivantes :

A - CAPITAL

Capital supplémentaire par tranche de 100 % du traitement annuel de base brut (limité à T1 + T2), majoré de 10 % par enfant à charge (maximum 2 enfants) qui permet d'adapter la garantie de capital à ses souhaits.

La souscription à cette option ne peut excéder 4 tranches de 100 % du traitement annuel de base brut éventuellement majoré pour enfants à charge.

B - EXTENSION DU CAPITAL DÉCÈS

Les participants Cadres (articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale du 14 mars 1947) peuvent demander l'extension, à la tranche T3, du traitement de base servant à la détermination du capital versé en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, telle que prévue dans le présent document

C - DÉCÈS PAR ACCIDENT

La souscription à cette option permet d'assurer en cas de décès résultant d'un accident, le versement d'un capital supplémentaire égal à 100% du traitement annuel de base brut (limité à T1+T2).

D – GARANTIE RENTE DE CONJOINT.

A compter du 1^{er} janvier 2001, l'option complémentaire **rente de conjoint** est assurée par l'OCIRP. (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance), pour le compte de la Caisse de Prévoyance HAUSSMANN, dans les conditions ci-dessous :

♦ Définition.

Cette garantie permet d'assurer, en cas du décès du participant affilié, des prestations de rente de conjoint ou d'orphelin, attribuées dans les conditions prévues ci-après.

La garantie peut être exprimée:

- **En points de retraite AGIRC**, pour les salariés cadres ou agents de maîtrise au titre des articles 4 - 4bis ou 36 de la CCN du 14 mars 1947. Cette garantie ne prend pas en compte la tranche 3 du salaire.
- **En pourcentage de salaire** (T1, T2, T3), pour l'ensemble des salariés

Ces deux options sont exclusives l'une de l'autre.

♦ Affiliation et renonciation du participant.

L'affiliation du salarié âgé de moins de 65 ans, s'effectue dans les conditions décrites à l'article 43.4 de la convention.

Le participant peut renoncer à la garantie à laquelle il a souscrit, sous réserve de le notifier à la Caisse de Prévoyance HAUSSMANN au moins un mois avant la fin du trimestre civil.

Il ne pourra y ré- adhérer qu'aux conditions mentionnées à l'article 43.4

Prestations.

→ **Le conjoint du participant relevant d'une garantie exprimée en points de retraite a le droit à :**

- **Une rente viagère immédiate**, égale à 60 % du nombre de points de retraite – hors majorations familiales et points de retraite sur tranche 3 – qu'aurait acquis le

participant auprès du régime de retraite complémentaire AGIRC, de la date de son décès à celle à laquelle il aurait atteint 65 ans.

Un complément de rente (en vue de pallier l'absence de droits de la sécurité sociale au titre de la pension de réversion) : la rente viagère est majorée forfaitairement de 250 points AGIRC par an au titre de la période comprise entre la date du décès et celle de son 65^{ème} anniversaire théorique.

- **Une rente temporaire**, sauf s'il peut bénéficier immédiatement et à taux plein au décès du participant, de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire AGIRC. Elle est égale à 60 % du nombre de points de retraite – hors majorations familiales et points de retraite sur tranche 3 – réellement acquis par le participant à la date de son décès auprès du régime de retraite complémentaire AGIRC.

La rente temporaire est versée jusqu'à l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion au taux plein du régime de retraite complémentaire AGIRC, et au plus tard jusqu'au 60^{ème} anniversaire de la veuve ou du veuf.

Un complément de rente (en compensation de la pension de réversion différée de la sécurité sociale) : la rente temporaire est majorée forfaitairement de 250 points AGIRC par an au titre de la période pendant laquelle le participant a acquis des points de retraite (de la date de début d'activité salariée à celle de son décès). Ce complément de rente est versé jusqu'à l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 55^{ème} anniversaire de la veuve ou du veuf.

L'enfant du participant, orphelin de père et de mère a droit à une rente servie sans condition jusqu'au 21^{ème} anniversaire ou jusqu'au 25^{ème} anniversaire pendant la période d'apprentissage ou des études. Elle est versée sans limitation de durée en cas d'invalidité de l'enfant avant le 21^{ème} anniversaire équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation adulte handicapé et qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Cette rente est égale à 50 % du nombre de points de retraite AGIRC – hors majorations familiales et points de retraite sur tranche 3 – et du complément correspondant au forfait précisé ci-dessus, afférent à la période allant de la date du décès du participant à celle à laquelle il aurait atteint 65 ans.

→Le conjoint du participant relevant d'une garantie exprimée en pourcentage de salaire a droit à :

- **Une rente viagère** dont le montant est égal à 40 % du salaire de base étendu à la tranche 3. Cette rente OCIRP est toutefois diminuée des pensions de réversion, hors majorations familiales éventuelles, dont le conjoint bénéficie ou peut bénéficier du chef du participant décédé au titre de régime de sécurité sociale de base, des régimes spéciaux et des régimes de retraite complémentaires AGIRC ARRCO auxquels il a été assujéti. Si certaines des pensions de réversion sont réduites en raison d'une retraite personnelle, d'un

paiement effectué à l'ex-conjoint ou de conditions de ressources, leur montant est pris en compte pour l'application du paragraphe précédent.

♦ **Paiement des prestations.**

Le paiement des prestations n'est subordonné à aucune condition de situation d'emploi, ni de remariage, ni de concubinage de l'ayant droit du bénéficiaire, intervenant après le décès du participant.

En cas de disparition du participant, le paiement interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

La cessation d'activité de l'entreprise ou la résiliation de l'adhésion de l'employeur au contrat conclu avec la Caisse de Prévoyance HAUSSMANN agissant pour le compte de l'OCIRP met fin aux garanties. Mais dans cette hypothèse, les rentes en cours de service aux conjoints et aux orphelins continuent à être servies à leur niveau atteint.

♦ **Revalorisation.**

Les prestations sont revalorisées selon le coefficient fixé chaque année par l'OCIRP.

ARTICLE 44 : COTISATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INVALIDITÉ, DÉCÈS - TAUX ET RÉPARTITION DES COTISATIONS DES ACTIFS

Article 44.1 : RÉGIME OBLIGATOIRE

RISQUES INCAPACITÉ de TRAVAIL et DÉCÈS	TAUX GLOBAL	MENSUELS niveau I 1 ^{er} échelon à niveau IV 1 ^{er} échelon		MENSUELS niveau IV 2 ^e échelon à niveau V 3 ^e échelon et INGENIEURS & CADRES	
		Entreprise	salarié	Entreprise	salarié
sur T1	1,50% appelé* à 1,44 %	1,00% appelé* à 0,96 % ⁽¹⁾	0,50% appelé* à 0,48 % ⁽¹⁾	1,50% appelé* à 1,44 % ⁽¹⁾	0 %
sur T2	0,68% appelé* à 0,64 %	0,38% appelé* à 0,36 % ⁽¹⁾	0,30% appelé* à 0,28 % ⁽¹⁾	0 %	0,68% appelé* à 0,64 % ⁽¹⁾

* La Commission Paritaire a décidé le 30 juin 1998 un taux d'appel des cotisations de 96 % sur T1 et T2. Un nouvel examen sera effectué, conformément à l'art. 35-3 de la Convention pour déterminer le taux d'appel applicable au 1^{er} juillet 1999.

(1) La cotisation sur le bulletin de paie apparaît en deux rubriques : incapacité, décès / invalidité

Article 44.2 : OPTIONS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES À LA CHARGE EXCLUSIVE DU SALARIÉ

Décès	0,25 % par tranche de 100 % du traitement annuel de base brut limité à T1 + T2
Extension Capital Décès	1,10 % sur la partie du traitement de base en T3
Décès accidentel	0,06 % du traitement annuel de base brut limité à T1 + T2
Pension Complète de Réversion (PCR)	0,48 % de T1 et 1,60 % de T2 ⁽¹⁾
Rente conjoint	1,2 % sur le traitement de base T1 + T2 + T3

1) Ces cotisations correspondent à un taux d'appel de 80 % par rapport à des cotisations contractuelles de 0,6 % de T1 et 2 % de T2.

Le taux d'appel est susceptible de varier en fonction des résultats du régime.

Les taux de cotisation des options complémentaires facultatives peuvent être modifiées chaque année au vu des résultats financiers constatés à la fin de l'exercice précédent.

Article 44.3 : ASSIETTE DE COTISATIONS POUR LE PERSONNEL NE TRAVAILLANT PAS À TEMPS PLEIN

L'assiette des cotisations pour le personnel travaillant à temps partiel, temps réduit, temps choisi ou bénéficiaires de formules diverses de réduction du temps de travail sera la suivante :

- GROS RISQUES RÉGIME OBLIGATOIRE : cotisation calculée sur le salaire temps plein sauf si le salarié ne le souhaite pas, dans ce cas l'assiette du salaire réel sera appliquée.
- OPTIONS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES : le principe retenu est le même que pour le régime obligatoire sauf pour la garantie rente de conjoint et celle de la Pension Complète de Réversion pour lesquelles le salarié cotise obligatoirement sur son salaire temps plein.
-

Article 44.4 : ÉVOLUTION ULTÉRIEURE DE LA COTISATION

Il est expressément convenu que l'obligation de TED en application du présent accord se limite au seul paiement des cotisations mentionnées pour leurs montants et taux arrêtés à la date de l'accord.

En aucun cas, TED n'est engagée sur le paiement des prestations correspondant à la section II du présent accord, qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

En conséquence, en cas d'augmentation des cotisations due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres / primes, l'obligation de TED sera limitée au paiement des cotisations mentionnées dans le présent accord.

Toute augmentation de cotisation fera l'objet d'un avenant au présent accord.

A défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations pourront éventuellement être réduites proportionnellement de telle sorte que le budget constitué des cotisations définies dans le présent accord suffise au financement global des garanties.

SECTION III

Dispositions communes

ARTICLE 45 : INFORMATION SUR LES GARANTIES ET PRESTATIONS DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Les garanties et prestations assurées feront l'objet d'un contrat conclu entre la société TED et une ou plusieurs institutions de prévoyance, ou Union d'Institutions de Prévoyance

Au plus tôt après sa conclusion, il sera communiqué à chaque participant une notice détaillée de présentation des dispositions du régime de prévoyance.

Les principales caractéristiques des garanties et prestations du régime figurent :

- dans la section I pour la garantie SOINS DE SANTÉ,
- dans la section II pour les garanties INCAPACITÉ de travail, INVALIDITÉ ET DÉCÈS,

y compris les options complémentaires facultatives.

ARTICLE 46 : ÉVOLUTION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

■ Les intervenants retenus sont les suivants, selon les risques couverts :

RISQUES	POPULATION I.1 à IV.1	POPULATION IV.2 à CADRES
DÉCÈS INCAPACITÉ DE TRAVAIL INVALIDITÉ	Caisse de Prévoyance HAUSSMANN	Caisse de Prévoyance HAUSSMANN
SOINS DE SANTÉ	2 possibilités sont offertes : <ul style="list-style-type: none">▫ soit la Caisse de Prévoyance Haussmann▫ soit une mutuelle choisie par l'adhérent	Caisse de Prévoyance HAUSSMANN
RENTES DE CONJOINT	En pourcentage du salaire auprès de l'OCIRP Caisse de Prévoyance HAUSSMANN	En points de retraite AGIRC ou en pourcentage du salaire auprès de l'OCIRP Caisse de Prévoyance HAUSSMANN

■ Les intervenants retenus, sauf les mutuelles, garantissent les taux de cotisations pendant une période de 3 ans pour :

- le régime OBLIGATOIRE couvrant les risques DÉCÈS, INCAPACITÉ de travail et INVALIDITÉ de l'ensemble des salariés,
- le régime de BASE SOINS DE SANTÉ pour les seuls adhérents à la Caisse de Prévoyance HAUSSMANN.

Cette garantie s'exerce sur la base des conditions actuelles de remboursement de la Sécurité Sociale, et ne concerne pas les options facultatives proposées dans le présent chapitre.

Les taux de cotisations indiqués étaient susceptibles d'ajustement en fonction des résultats techniques du régime à l'issue de la période de garantie de 3 ans qui a pris fin le 1^{er} juillet 1998, et selon la procédure prévue à l'article 35.1 (Commission paritaire), du présent chapitre.

L'ensemble des dispositions du présent accord serait supprimé de plein droit dans le cas d'une dénonciation du contrat de prévoyance par l'institution.

Dans cette hypothèse, la Direction de TED ouvrirait des négociations avec les Organisations Syndicales en vue de mettre en place un nouveau régime de prévoyance.

Conformément à l'article L 912.1 du code de la Sécurité Sociale, il sera procédé, dans un délai n'excédant pas 5 ans à partir de la date d'entrée en vigueur, au réexamen du présent Chapitre.

Ce réexamen s'effectuera entre la Direction et les organisations syndicales assistées, si elles le souhaitent, de la Commission Paritaire de suivi du régime de prévoyance, et portera sur le choix de l'assureur les modalités d'organisation de la mutualisation des risques (articulation et montant des garanties couvertes, taux de cotisation, fonctionnement du régime).

ARTICLE 3 : DURÉE DE L'AVENANT

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. L'ensemble des dispositions de la Convention Sociale de TED non visées par le présent avenant, demeure inchangé.

ARTICLE 4 : DÉPÔTS

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le texte du présent avenant sera déposé par la Direction des Ressources Humaines de la société TED, en cinq exemplaires auprès de la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi des Yvelines, en un exemplaire au Secrétariat-Greffe du Conseil des Prud'hommes de Versailles.

De plus, un exemplaire de cet accord sera transmis à l'Inspection du Travail.

Fait à Vélizy le 11 Juin 2003
En 12 exemplaires originaux,

Pour la Direction de la Société THALES ELECTRON DEVICES

Claude JARRIER
Directeur des Ressources Humaines



Pour les Organisations Syndicales

CFDT: OLIVIER Roger



CFE/CGC: SCHARAGER



CGT: Laurent Trombini

CGT-FO

