Adecco

ACCORD RELATIF A LA MISE EN ŒUVRE & D'HARMONISATION D'UN REGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE ET DE REGIME DE PREVOYANCE

Entre les soussignés :

La Société ADECCO France, dont le siège social est situé 4, Rue Louis Guérin à Villeurbanne 69100 et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le n° RCS 998 823 504, prise en personne Mme Marine DROCOURT, es qualité de Directeur des Ressources Humaines, dûment habilitée aux présentes, autrement dénommée l'Entreprise dans le corps de l'acte,

D'une part,

Et

Les organisations syndicales représentatives des salariés

D'autre part,

Le syndicat CGT, pris en personne de son représentant mandaté

Le syndicat CFE-CGC, pris en personne de son représentant mandaté

Le syndicat CFDT, pris en personne de son représentant mandaté

Le syndicat CGT - FO, pris en personne de son représentant mandaté

L'Entreprise et les Organisations Syndicales Représentatives signataires sont prises ensemble sous la dénomination unique « les Parties ».

BN ABB

MD

SOMMAIRE

Article 1. Adhésion 4

Article 2. Cotisations 4

2.1. Taux, assiette et répartition des cotisations régime « remboursement frais de santé » 4

2.1.1. Cotisations 4

2.1.2. Caractère obligatoire du système de garanties instauré par l'accord 5

2.2. Taux, assiette et répartition des cotisations régime de « prévoyance » 7

2.2.1. Cotisations 7

2.2.2. Caractère obligatoire du système de garantie « prévoyance » 7

2.3. Évolution ultérieure des cotisations 7

2.4. Fixation et évolution des cotisations pour le conjoint « actif » 8

2.5. Régime applicable aux autres bénéficiaires des régimes 9

2.5.1. Régime pour les retraités 9

2.5.2. Bénéficiaires issus de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 9

Article 3. Information et communication 10

3.1. Information individuelle 10

3.2. Information collective 10

3.2.1. Information du Comité Central d'Entreprise et de la commission de pilotage et de suivi« Mutuelle » 10

3.2.2. Information collective des Salariés Permanents 11

3.2.3. Date d'effet - Durée de l'accord 11

Article 4. Evolution de l'accord - Dénonciation 11

Article 5. Dispositions finales 12

ANNEXES 13

BN AB

MD

Après avoir rappelé :

Que les Organisations Syndicales Représentatives et la Direction se sont réunies pour négocier les modalités de l'harmonisation de la protection sociale complémentaire dont bénéficie l'ensemble des Salariés Permanents de la Société en ce qui concerne tant les remboursements de frais médicaux que le régime de prévoyance (incapacité, invalidité, décès).

Qu'ensuite des résultats particulièrement dégradés et alarmant du régime de remboursement de frais santé en cours, l'Entreprise a pris l'initiative d'organiser un appel d'offre visant à trouver un nouveau courtier et gestionnaire, ainsi qu'un ou de nouveaux assureurs, propres à proposer pour des conditions de prix et de qualité de service, un régime de remboursement de frais de santé et de prévoyance, plus performants ;

Que les objectifs de la négociation et des travaux qui se sont déroulés lors des réunions des 31 octobre, 8 et 13 novembre, 4, 13 et 20 décembre 2012 et 17 et 29 janvier 2013 ont été :

- d'harmoniser le statut des Salariés Permanents de l'Entreprise au regard de la protection sociale complémentaire afin de leur faire profiter de garanties similaires et d'assurer une mutualisation des risques à travers une convention d'assurance collective unique ; cette harmonisation a été rendue indispensable après que les Salariés Permanents de la société ADIA aient été transférés au titre des dispositions de l'article L 1224-1 du Code du travail alors même que ces derniers étaient couverts par un accord d'Entreprise en date du 30 novembre 2000 auquel été porté avenant respectivement en date des 10 décembre 2002 et 1er avril 2004 ; l'accord a été régulièrement mis en cause et une information consultation auprès du Comité d'Entreprise ADIA, a été effectuée spécifiquement à ce sujet ;

- de proposer aux Salariés Permanents par un accord d'entreprise, un nouveau régime de remboursement de frais de santé et de prévoyance, à effet de se substituer aux régimes antérieurs mis en œuvre au sein de Adecco France par décision unilatérale de l'Entreprise dénoncée en date des 23 et 26 octobre 2012ce, pour profiter des nouvelles capacité d'achat résultant de l'appel d'offre lesquelles permettent de ne pas avoir à supporter une augmentation de cotisation dès le 1er.12.2012, plus largement ainsi pérenniser les garanties voire les améliorer ;

- de proposer le meilleur rapport qualité - prix possible, compte-tenu du rapport sinistres à primes existant, ainsi qu'un niveau de prestations offertes « haut de gamme » s'agissant d'un élément essentiel du « bien vivre en Entreprise » ce, tout en visant un équilibre responsable et structurel à long terme des régimes proposés ;

- de permettre au conjoint « actif » du collaborateur et plus largement aux autres bénéficiaires de l'accord, de pouvoir bénéficier d'une protection sociale complémentaire ;

- de faire profiter ainsi l'ensemble des Salariés Permanents des dispositions favorables existantes des articles 83 1 Quater du Code Général des Impôts et de l'article D 242 du Code de la Sécurité Sociale lesquelles permettent de déduire de l'assiette de l'impôt sur le revenu les cotisations afférentes au régime de protection sociale complémentaire obligatoire et d'être exonéré de cotisations sociales sur cette avantage.

BM ABB

MD

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, après que le Comité Central d'Entreprise ait été informé et consulté sur le projet d'accord lors des réunions séances des 21 novembre, 17 décembre 2012 et 8 et 31 janvier 2013, date à laquelle il a donné un avis sur le projet d'accord.

Article 1. Adhésion

Le présent accord concerne l'ensemble des Salariés Permanents de l'Entreprise sans condition d'ancienneté.

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble des Salariés Permanents au contrat collectif souscrit à cet effet par l'Entreprise auprès de l'organisme assureur AG2R tant au titre du régime remboursement frais de santé que du régime de prévoyance lesquels régimes sont gérés par le courtier gestionnaire MERCER à la date de signature des présentes.

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix des organismes désignés ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront au maximum six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, du contrat de garanties collectives, suite à un avenant au présent accord.

Pour la couverture « frais de santé » des dispenses d'affiliation ont été organisées par le présent accord.

Les garanties « frais de santé » et « prévoyance » et leurs modalités d'application sont décrites et annexées au présent accord. Elles feront l'objet d'une diffusion très large directement auprès des Salariés Permanents suivants modalités décrites aux présentes.

Article 2. Cotisations et bénéficiaires

2.1. Remboursement de "frais de santé »

2.1.1. - Cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat de garantie collective du régime de remboursement des frais de santé seront prises en charge par l'Entreprise et des Salariés Permanents respectivement dans les conditions suivantes :

Régime remboursement « frais de santé » :

La Direction a proposé et consenti qu'à compter du 1er mars 2013:

- ✓ La constitution d'un régime unique pour les salariés cadres et non cadres,
- ✓ Une répartition « employeurs-salariés » plus favorable pour la majorité des salariés de l'Entreprise,

BN AB

MD

Soit la répartition suivante :

Part salariale..... : 45 % Part patronale... : 55 %

Pour un taux global de cotisation en vigueur à la date de mise en œuvre de l'accord de 3.17% réparti comme suit :

Taux Part salariale : 1,4265% Taux Part patronale..... : 1,7435 %

Précision pour l'Alsace Moselle :
Pour un taux global de cotisation en vigueur pour le régime Alsace Moselle à la date de mise en œuvre de l'accord de 2.26% réparti comme suit :

Taux Part salariale : 1,017% Taux Part patronale..... : 1,243 %

Les cotisations seront précomptées par l'Entreprise et appliquées sur la part et à concurrence du salaire mensuel brut équivalent temps plein limité à la tranche A.
Il est expressément rappelé que jusqu'à fin février 2013, c'est le régime ainsi que les taux y afférents existant au sein de l'Entreprise, qui continuent à s'appliquer.

Précision relative aux implants dentaires :

- S'il est constaté une dérive de consommation du présent régime lié à la consommation des implants dentaires, l'Entreprise consent à prendre à sa charge, sur sa part "employeur", de façon exceptionnelle, la hausse de cotisation à hauteur de 50%, qui en résulterait.

- Afin de prendre en considération la demande des organisations syndicales représentatives de l'entreprise, il est décidé de façon tout à fait exceptionnelle qu'un implant dentaire sera remboursé dans les limites de 18% du PMSS, et ce, dans la limite d'un implant par an et par personne assurée, à compter du 1er mars 2013.

**Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale*

2.1.2. - Caractère obligatoire du système de garanties instauré par l'accord

L'adhésion au régime complémentaire de frais de santé est obligatoire pour l'ensemble des Salariés Permanents et couvre également leur conjoint « non-actif » (sans cotisation supplémentaire), ainsi que leurs enfants à charge, le tout tel que définis dans le résumé de garantie joint en annexe.

L'adhésion obligatoire pour le Salarié Permanent et ses ayants droit définis ci-dessus résulte de la signature du présent accord par les Organisations Syndicales Représentatives.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et le Salarié Permanent concerné ne pourra s'opposer au précompte de sa quote-part de cotisations.

Le conjoint « actif » (tel que décrit en annexe) du Salarié Permanent pourra adhérer à titre facultatif en contrepartie d'une cotisation précisée au point 2.4, au régime de Frais de Santé mis en œuvre par l'Entreprise au titre du présent accord.

BM ABB

MD

Par dérogation, **les Salariés Permanents** placés dans l'une des situations limitatives suivantes peuvent demander à être dispensés d'adhésion au régime :

- les apprentis et salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée dont la durée initiale est inférieure à 12 mois ;

- les apprentis et salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée dont la durée est égale ou supérieure à 12 mois sous réserve de produire par écrit chaque année tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

- Les apprentis et salariés à temps partiel pour lesquels l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

Ces dispenses seront effectuées sur demande écrite et express du Salarié Permanent formulée dans les 15 jours de la réception de la notice d'information (résumé de garantie) lors de la mise en place du nouveau régime de prévoyance et de frais de santé ou de la date l'embauche dans l'entreprise.

2.1.3. - Sort des garanties en cas de suspension de contrat de travail

2.1.3.1 - Suspension de contrat sans maintien total de rémunération

Les dispositions qui suivent ont pour objet de déterminer les conséquences d'une suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération par l'Entreprise ou par un organisme assureur.

Il est précisé que dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'Entreprise ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Entreprise, qu'elles soient versées directement par l'Entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc..), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné si celui-ci souhaite conserver cette couverture, à condition qu'il règle directement à l'organisme assureur par prélèvement automatique sur son compte bancaire, les cotisations qui seront intégralement à sa charge (part patronale et salariale).

2.1.3.2 - Suspension de contrat avec maintien total ou partiel de rémunération

Les dispositions qui suivent ont pour objet de déterminer les conséquences d'une suspension de contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'Entreprise ou un organisme assureur.

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'Entreprise ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Entreprise qu'elles soient versées directement par l'Entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité etc..), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'Entreprise précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'Entreprise maintenant la part patronale.

BN AB
MD

2.2. Prévoyance

2.2.1. - Cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat de garantie collective du régime de prévoyance seront prises en charge par l'Entreprise et des Salariés Permanents respectivement dans les conditions et taux de cotisations suivants à date d'effet du 1er mars 2013:

Régime de prévoyance « non cadre » et « non cadre Article 36 » :

Part salariale TA : 0.1803 %	Part patronale TA: 1.0697 %	Total TA : 1.25%
Part salariale TB : 1.0847 %	Part patronale TB : 0.8853 %	Total TB : 1.97%

Régime de prévoyance « cadre » :

Part salariale TA : 0.3210 %	Part patronale TA: 1.0890 %	Total TA : 1.41%
Part salariale TB : 1.1822 %	Part patronale TB : 0.9478 %	Total TB : 2.13%
Part salariale TC : 1.1822 %	Part patronale TC : 0.9478 %	Total TC : 2.13%

Elles seront précomptées par l'Entreprise et appliquées sur la part et à concurrence du salaire mensuel brut perçu hors sommes isolées selon la règlementation AGIRC & ARCCO.

Il est expressément rappelé que jusqu'au 28 février 2013, ce sont les régimes existants au sein de l'Entreprise et respectivement pour les salariés concernés (DUE Adecco France & Accord d'Entreprise ADIA) ainsi que les taux y afférents qui continuent à s'appliquer.

2.2.2. - Caractère obligatoire du système de garantie « prévoyance »

L'adhésion obligatoire pour le Salarié Permanent résulte de la signature du présent accord par les Organisations Syndicales Représentatives ce, sans aucune dispense possible.

Elle s'impose donc, dans les relations individuelles de travail et le Salarié Permanent concerné ne pourra s'opposer au précompte de sa quote-part de cotisations « prévoyance ».

2.3. Évolution ultérieure des cotisations santé et prévoyance

Les Parties rappellent que l'équilibre financier des deux régimes repose sur une gestion responsable du recours aux prestations par les « Salariés » et plus largement les « bénéficiaires » ainsi que par la nécessaire prise en compte des évolutions du cadre réglementaire (politique de l'Etat en matière de déremboursement, régime fiscal et social, ...). Cet équilibre sera recherché systématiquement par les Parties à l'occasion du suivi régulier des comptes de résultats en sorte que l'une et l'autre n'aient pas, par principe à subir une augmentation de leur contribution respective telle que prévue aux présentes.

Les Parties s'attacheront à analyser les évolutions du rapport sinistres à primes ce, prestations par prestations, notamment pour adapter soit le niveau de cotisation soit le niveau de remboursement en sorte que le régime soit toujours équilibré

BN MB

MD

Les Parties sont expressément convenues que l'évolution ultérieure des cotisations des deux régimes sera au-delà du 31 décembre 2014 :

- ✓ appliquée dans les proportions suivantes aux « bénéficiaires » de l'accord dès lors que l'augmentation des cotisations serait nécessitée par le « ré-équilibrage » du régime résultant d'un rapport « sinistres à primes » supérieur à 100 %, conséquence notamment d'une « dérive » de consommation; l'Entreprise, dans cette hypothèse, supporterait le cout de cette augmentation imposée par l'assureur à hauteur maximum de 50% et à parité avec les salariés.

- ✓ appliquée dans les proportions et limites décrites aux présentes, à l'Entreprise et aux « bénéficiaires » dès lors que les mesures de « ré-équilibrage » des régimes résulteraient d'une évolution « réglementaire », ou évoluerait pour le régime de remboursement de frais de santé, dans la limite de l'évolution de la consommation médicale totale (indice national publié CMT) qui leurs serait totalement étrangère.

Il est expressément convenu que l'obligation de l'Entreprise, en application du présent accord, se limite aux seuls paiements des cotisations rappelées ci-dessus pour un montant arrêté à cette date.

En aucun cas l'Entreprise ne s'est engagée sur les prestations définies dans les contrats annexés qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Toutes augmentations des taux de cotisations du régime des frais de santé supérieure à l'évolution de l'indice de la consommation médicale totale (indice publié CMT), feront l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord.
Toutes augmentations des taux de cotisations du régime prévoyance, feront l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord.

À défaut d'accord ou dans l'attente de sa signature, les prestations de prévoyance ou du régime remboursement de frais de santé, seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur de telle sorte que le budget de cotisation défini ci-dessus suffise au financement à l'équilibre du système de garanties.

L'Entreprise garantit la non augmentation des taux de cotisation du régime de remboursement de frais de santé et de prévoyance 24 mois à compter du 1er décembre 2012.

2.4. Fixation et évolution des cotisations du régime frais de santé pour le conjoint « actif »

Les Parties rappellent que :

- Le conjoint « actif » tel que défini à l'article 2.1.2 et à l'annexe « Définitions », pourra bénéficier du régime « remboursement frais de santé » mis à en œuvre par l'Entreprise ;
- Le conjoint « actif » paie en contrepartie une cotisation réglée mensuellement de 23,15 € TTC en 2013 à la date de signature des présentes ; pour les années ultérieures, elle sera fixée à minima à 0,75 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale ;
- Cette faculté est offerte pour une durée minimale incompressible de 24 mois avec possibilité de renouvellement à l'échéance principale par tacite reconduction ;
- Les cotisations sont versées directement par le conjoint « actif » auprès de MERCER.

BD AB

MD

L'évolution de la cotisation est fixée en concertation entre l'Entreprise, MERCER et AG2R ce, compte-tenu de l'évolution du rapport « sinistres à primes » constaté au niveau de l'Entreprise et suit à minima et proportionnellement les éventuelles augmentations de cotisations convenues applicables aux Salariés Permanents de l'Entreprise ainsi que l'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale.

2.5. Régime applicable aux autres « bénéficiaires » des régimes

2.5.1. Régime frais de santé pour les « retraités »

- L'Entreprise souhaite faire profiter à ses « retraités » des conditions tarifaires avantageuses dont elle fait profiter les salariés actifs. A cet effet, un régime de remboursement de frais de santé est proposé aux retraités dont les garanties sont identiques à celles des salariés actifs. La cotisation est intégralement prise en charge par le « retraité » sans aucune participation de l'Entreprise.

- La cotisation due est acquittée aux termes et conditions convenues fixées par le courtier-gestionnaire ; le prix est acquitté directement auprès de ce dernier. La cotisation due est égale au cumul des cotisations dues pour lui-même et pour chacun de ses ayants droits bénéficiaires du régime.

2.5.2. Bénéficiaires issus de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008

Il est expressément rappelé que :

La portabilité des garanties « Remboursement des frais de santé » et de la couverture complémentaire prévoyance « Incapacité – Invalidité – Décès » prévue à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 prévoit que la portabilité des garanties de la couverture complémentaire frais de santé et prévoyance « Incapacité – Invalidité – Décès » bénéficie aux salariés :

- ✓ dont le contrat de travail a été rompu,
- ✓ bénéficiant de l'indemnisation de l'assurance chômage,
- ✓ dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'Entreprise.
- ✓ La portabilité est également ouverte aux salariés dont le contrat de travail est rompu pour inaptitude et qui ne bénéficient pas de l'assurance chômage (invalidité).

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur (l'Entreprise) et l'ancien salarié dans les proportions et dans les conditions applicables aux salariés de l'entreprise. Le bénéfice de l'article 14 est conditionné au parfait règlement aux échéances normales de paiement de l'intégralité de la cotisation y afférente. A la date des présentes, la cotisation afférente doit être réglée par l'ancien salarié au moment de l'adhésion en une seule fois pour toute la période de couverture.

Il est prévu qu'en cas d'adhésion facultative du conjoint celui-ci continue également à être couvert.

BM

AB

MD

Article 3. Information et communication

3.1. Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, l'Entreprise remettra à chaque Salarié Permanent ainsi qu'à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application tant pour le régime remboursement frais de santé que pour le régime de prévoyance. L'Entreprise a fait prendre l'engagement au courtier gestionnaire, la Société MERCER de mettre en œuvre, tant à l'occasion du démarrage du nouveau régime que tout au long de la relation contractuelle, tout un ensemble d'outils de communication et d'information, propres à assurer un service de qualité au profit des Salariés Permanents.

Les Salariés Permanents de l'Entreprise seront informés préalablement et individuellement selon la même méthode de toute modification de garanties.

3.2. Information collective

3.2.1. Information du Comité Central d'Entreprise et de la commission de pilotage et de suivi « Mutuelle »

Le Comité Central d'Entreprise sera informé et consulté préalablement à toutes modifications apportées au présent accord par avenant.

En outre, chaque année, la Direction mettra à disposition du Comité Central d'Entreprise, le rapport annuel établi par MERCER et AG2R sur les comptes de résultat des régimes de prévoyance et de remboursement de frais de santé tels qu'ils ont été remis à la commission de suivi de l'accord dite commission de pilotage et de suivi « Mutuelle ».

La Commission de pilotage et de suivi « Mutuelle » est composée de membres désignés par les organisations syndicales présentes dans l'Entreprise au moment de la signature du présent accord, à concurrence de 2 membres maximum par organisation syndicale.

La Commission de pilotage et de suivi « Mutuelle » se réunira à l'initiative de la Direction deux fois par an à effet de :

- ✓ participer à l'analyse des comptes de résultat définitifs des régimes de prévoyance et de remboursement des frais de santé de l'année écoulée ainsi que des résultats prévisionnels intermédiaires de l'année en cours établis et présentés par MERCER ;
- ✓ identifier les éventuelles modifications à opérer aux régimes de prévoyance et de santé dès lors notamment que le ou les rapports « sinistres à primes » respectifs du ou des régimes ce, quelle qu'en soit la cause, seraient supérieurs à 100 % et nécessiteraient des mesures correctrices en vue d'une remise à l'équilibre durable ;
- ✓ s'entendre avec la Direction à effet de porter à la négociation par avenant les modifications convenues lorsque cela est nécessaire.

Une troisième réunion pourra être organisée en fonction des besoins et à la demande des membres de la commission de pilotage et de suivi « Mutuelle »

BM AB
MD

3.2.2. *Information collective des Salariés Permanents*

Dans le but de responsabiliser les Salariés Permanents sur la nécessité de veiller à l'équilibre durable des régimes de prévoyance et de santé instauré par le présent accord, l'Entreprise publiera une fois par an, une note de synthèse sur l'équilibre économique des deux régimes (consommation médicale, évolutions réglementaires, modifications des prestations…) afin que ces derniers soient régulièrement informés notamment de l'évolution du rapport « sinistres à primes » et des conséquences éventuelles qu'un déficit pourrait engendrer sur le cout de ces derniers voire sur leurs pérennités.
En cas d'évolution majeur notamment sur l'équilibre du régime, l'Entreprise communiquera auprès des salariés permanents autant de fois que nécessaire.

3.2.3. *Date d'effet - Durée de l'accord*

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet au plus tôt le 1er mars 2013, date d'application des deux nouveaux régimes instaurés par le présent accord.

Pour la période couvrant les mois de décembre 2012 à février 2013, les Parties sont convenues de maintenir à titre de régime « transitoire », les conditions et garanties déterminées par les deux accords antérieurs.

Article 4. Evolution de l'accord - Dénonciation

Le présent accord pourra être modifié ou dénoncé à tout moment soit par l'Entreprise soit par l'ensemble des Organisations Syndicales Représentatives des salariés signataires.

Il est expressément convenu par les Parties que l'Entreprise pourra ce, pour quelle que raison que ce soit, procéder au remplacement du courtier-gestionnaire et ou de l'assureur, après information des Organisations Syndicales signataires et après information du Comité d'Entreprise. L'Entreprise garantit durant l'application de l'accord le choix d'un ou de plusieurs assureurs choisis notamment pour leur solvabilité et surface financière propres à tenir les engagements contractuels pris au titre du présent accord.

Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des Parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat ci-après annexé emportera de plein droit caducité du présent accord par disparition de son objet.

Conformément à l'article L 912-3 du Code de la Sécurité Sociale, les rentes à titre de régime de prévoyance en cours de service à la date du changement d'organisme assureur continueront d'être revalorisées sur le même mode que le contrat précédent.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité et invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

BA DB

MD

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

La prestation décès, lorsqu'elle prend la forme de rente, continue d'être revalorisée après la résiliation du contrat de garantie collective.

Article 5. Dispositions finales

Le présent accord se substitue à tout accord ou usage préexistant ce, quel qu'en soit la forme ou la dénomination, au sein de l'Entreprise relatif au même objet.

Le présent accord met fin également fin de manière conventionnelle, à la période de survie de l'accord collectif ADIA, ayant le même objet et mis en cause lors de l'opération de location-gérance entre les sociétés ADIA et ADECCO France.

Il constitue l'accord de substitution en application notamment des dispositions de l'article L 2232-29 et 2261-14 du Code du Travail.

Conformément aux dispositions réglementaires du Code du Travail, le présent accord est déposé en 2 exemplaires à la DIRECCTE dont un exemplaire électronique, ainsi qu'au Conseil des Prud'hommes de Lyon.

Un exemplaire original revenant en outre à chacune des parties signataires de l'accord.

Fait à Villeurbanne, le 31 janvier 2013

Pour la société ADECCO France

Pour les Organisations Syndicales Représentatives signataires

CGT – FO

CFE – CGC

CFDT

CGT

ANNEXES A L'ACCORD

- **Définitions :**

Les Parties sont convenues que pour la lecture des présentes il était utile de définir certains termes utilisés dans l'accord et pour en faciliter son application :

- **Conjoint** : par convention est associé à ce terme les vocables, marié, partenaire de « pacs», concubin « légal »;

- **Conjoint « actif »** : il s'agit du conjoint du Salarié Permanent de l'Entreprise n'ayant pas la qualité d'ayant droit au sens du régime général de la sécurité sociale ainsi que des conjoints non à charge au sens de la sécurité sociale, n'étant pas invalide de 2eme ou 3eme catégorie ou demandeur d'emploi en fin de droits.

- **Conjoint « non actif »** : il s'agit du conjoint du Salarié Permanent de l'Entreprise et qui est à ce titre assuré social sous le numéro de sécurité Sociale du Salarié Permanent de l'Entreprise. Est par ailleurs assimilé « conjoint non actif », le conjoint invalide de 2eme ou 3eme catégorie, ou demandeurs d'emploi en fin de droits ;

- **Assureur** : il s'agit de la ou des compagnie(s) d'assurance auprès de laquelle ou desquelles les risques que représentent les régimes de remboursement de frais de santé et de prévoyance sont placés. A la signature des présentes, la société AG2R est « l'assureur » ;

- **Courtier gestionnaire** : il s'agit de la société assure la gestion opérationnelle des régimes de remboursement de frais de santé et de prévoyance par délégation de l'assureur; il procède notamment aux remboursements des frais engagés ou avancés par le Salarié Permanent ce, dans le cadre et dans les limites convenues à l'accord et des contrats conclus avec l'assureur. Il est par ailleurs lié à l'Entreprise par un contrat de gestion lequel détermine notamment les obligations de ce dernier vis-à-vis de l'Entreprise (reporting, qualité, …). A la signature des présentes, il s'agit de la société MERCER ;

- **Bénéficiaires** : ce terme désigne l'ensemble des personnes salariés permanents adhérents obligatoires (salariés permanents ainsi que leurs ayants droit) ou facultatifs (retraités, ANI, …) aux régimes instaurés par l'accord

Toutes ces définitions sont par ailleurs décrites au « résumé de garantie » joint aux présentes.

- **Résumé des garanties**

- **Garanties et modalités**

MD

.es bénéficiaires sont:

Les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :

Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir:

- Les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- Les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global.
- Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après.
  - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
  - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
  - bénéficiaire d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable

A compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge.

- à titre gratuit : Le conjoint ayant le même numéro de Sécurité Sociale que le salarié
  - Conjoint en fin de droit Pôle Emploi
  - Conjoint titulaire d'une rente d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie
- avec cotisation : Le conjoint ayant son propre numéro d'immatriculation Sécurité Sociale, sauf celui inscrit à Pôle Emploi et en fin de droits ou invalidé 2ème ou 3ème catégorie. L'adhésion du conjoint payant se fait pour une durée minimale de 2 ans sauf changement de situation.

Se renseigner : SINCERO 09 69 32 63 [illegible]

Mon compte : MERCERNET **https://www.mercernet.fr**

Conformément aux dispositions des articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, le présent contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et de refus d'accès au dossier médical.

Les prestations sont calculées acte par acte et sont, en tout état de cause, limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme.

A savoir : vous disposez d'un délai de 2 ans maximum pour demander le remboursement de vos frais. Au-delà de cette période, les organismes « Santé » (Sécurité sociale et Complémentaires) appliquent le délai de forclusion et ne seront plus en mesure d'accéder aux informations nécessaires permettant la régularisation des dossiers.

Retrouver ces informations sur notre site Mercernet : https://www.mercernet.fr

Adecco

MERCER

Votre résumé de garanties Frais de santé

Ensemble du Personnel

Ce document n'est qu'un résumé du contrat d'assurance collective souscrit par votre société et ne peut en aucun cas se substituer à la notice de garantie rédigée par l'assureur AG2R

Les dispositions de ce contrat font seules la loi entre les parties. Pour tout complément d'information sur ces garanties, merci de vous référer à la notice de l'assureur

REGIME FRAIS DE SANTÉ ADECCO FRANCE
En complément des prestations de la Sécurité Sociale

Postes	Prestations
HOSPITALICATION (y compris maternité)	
• Frais de séjour :	
Médicaux et chirurgicaux	500% Base de Remboursement
Psychiatrie	Forfait Journalier et Chambre Particulière limité à 90 jours / an
Maison de repos	Ticket Modérateur + Chambre Particulière : 7%PMSS / jour maxi (30,86€)
Maison d'enfant spécialisée	Ticket Modérateur +Chambre Particulière : 7%PMSS / jour maxi (30,86€)
• Honoraires :	
Médicaux et chirurgicaux	500% Base de Remboursement
• Ticket modérateur forfaitaire (18€)	Pris en charge
• Forfait hospitalier :	100%Frais Réels
• Frais annexes :	
Chambre particulière	2,5%PMSS / jour (77,15€)
Lit d'accompagnement (enfant - de 12 ans)	1%PMSS / Jour maxi 30 jours / an (30,86€)
TRANSPORT	
	- **En ambulance** : 100%Frais Réels - Remboursement Sécurité Sociale - **Autres** : 100%Ticket Modérateur
ACTES MEDICAUX COURANTS	
• Consultations, visites :	
Généraliste (C)	80% Base de Remboursement
Spécialiste (CS)	250% Base de Remboursement
• Petite chirurgie, actes techniques	400% Base de Remboursement
• Acte de radiologie, imagerie médicale	100%Frais Réels
• Auxiliaires médicaux	100%Frais Réels
• Actes de laboratoire :	
Analyses remboursées par la S.S.	100%Frais Réels
• Médecines douces non remboursées par la Séc.Soc. (Praticien diplomé et agréé)	
Ostéopathe - Acupuncteur	135%PMSS / séance maxi 5 / an / bénéficiaire
PHARMACIE	
pharmacie (65% 30% 5%)	100%Ticket Modérateur
ACTES DE PREVENTION	
Vaccins prescrits non remboursés par la Séc.Soc.	Vaccin anti-grippe 100%Frais Réels
APPAREILLAGE / PROTHESES NON DENTAIRES	
Appareillage accepté par la Séc.Soc.	TM +90%des dépassements de tarif Sécurité Sociale
Audio prothèse acceptée par la Séc.Soc.	500%Base de Remboursement
OPTIQUE	
• Frais d'optique (verres et monture) :	Limité à 1paire de lunettes tous les ans/ Enfant sauf en cas de changement de dioptrie Limité à 1paire de lunettes tous les 2 ans/ Adulte sauf en cas de changement de dioptrie
Monture adulte	5%PMSS tous les 2 ans (154,30€)
Monture enfant	4%PMSS / an / enfant - de 12 ans (123,44€)
Verres adulte	CF TABLEAU DIOPTRIES
Verres enfant	CF TABLEAU DIOPTRIES
Lentilles	**Acceptées** : 100%Frais Réels - Remboursement Sécurité Sociale **Refusées** :8%PMSS / an (185,19€) **Jetables** :8%PMSS / an / bénéficiaire (185,19€)
Chirurgie réfractive :Opération de la myopie	10%PMSS / œil / bénéficiaire (308,60€)
DENTAIRE	Dentaire prothèse limité à 2500€ bénéficiaire / an (y compris Inlay core)
• Soins dentaires :	300% Base de Remboursement
• Prothèses dentaires remboursées par la Séc.Soc. (y compris couronne sur implant remboursée Régime Obligatoire)	450% Base de Remboursement
• Prothèses dentaires non réalisables et non remboursées par la Séc.Soc. (pilier de bridge sur dent saine)	360% Base de Remboursement Fictive
• Inlay core pris en charge par la Séc.Soc.	300% Base de Remboursement
• Orthodontie :	
Remboursées par la Séc.Soc.	380% Base de Remboursement
Non remboursée par la Séc.Soc.	270% Base de Remboursement Fictive
• Inlay-Onlay :	
Remboursé par la Séc.Soc.	300% Base de Remboursement
• Implant	
Dentaire + faux moignon/Inlay core +couronne non remboursée Séc.Soc.	8%PMSS /par an limité à un implant
CURES THERMALES	
Acceptée par la Séc.Soc.	100%Ticket Modérateur (sauf thalasso thérapie)
ASSISTANCE MEDICALE	OUI
TABLEAU DIOPTRIES	
Verres unifocaux adultes:	**Base 2013**
Très faible dioptrie (0 à 2 dioptries)	6%PMSS (185,19€)
Faible dioptrie (2,25 à 4 dioptries)	7%PMSS (216,02€)
Moyenne dioptrie (4,25 à 6 dioptries)	9%PMSS (277,74€)
Forte dioptrie (6,25 et +dioptries)	11%PMSS (339,46€)
Verres multifocaux adultes:	**Base 2013**
Très faible dioptrie (0 à 2 dioptries)	12%PMSS (370,32€)
Faible dioptrie (2,25 à 4 dioptries)	15%PMSS (463,79€)
Moyenne dioptrie (4,25 à 6 dioptries)	22%PMSS (678,92€)
Forte dioptrie (6,25 et +dioptries)	24%PMSS (740,64€)
Verres enfants: TOUS TYPE DE VERRE	**Base 2013**
Très faible dioptrie (0 à 2 dioptries)	6%PMSS (185,19€)
Faible dioptrie (2,25 à 4 dioptries)	7%PMSS (216,02€)
Moyenne dioptrie (4,25 à 6 dioptries)	8%PMSS(246,88€)
Forte dioptrie (6,25 et +dioptries)	10%PMSS(308,60€)

Ce tableau est communiqué à titre d'information et ne saurait être assimilé à une notice d'information.

Les garanties exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) Sécurité sociale s'ajoutent aux prestations versées par la Sécurité sociale.

Les garanties exprimées en frais réels s'entendent sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.

Valeur du PMSS (Plafond Mensuel Sécurité Sociale) pour l'année 2013 : 3 086 €

BR: Base de remboursement

TM: Ticket modérateur

FR: Frais réels

Est considéré en état d'invalidité permanente totale et définitive, le participant restant définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit (3ème catégorie Sécurité Sociale ou reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal à 100%)
Le participant reconnu en état d'invalidité permanente totale et définitive bénéficie du capital prévu en cas de décès versé par anticipation sur sa demande, y compris la majoration pour décès accidentel en cas d'origine accidentel de l'Invalidité Permanente Totale Définitive.
Le versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès du participant.
L'invalidité permanente totale et définitive survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat n'est pas garantie.

Valeur servant de base de calcul à la Sécurité sociale. Elle peut être utilisée par les organismes assureurs pour définir le montant d'une prestation exprimée en % de PMSS.

Tranche A : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale,
Tranche B : fraction du salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale,
Tranche C : fraction du salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Il est égal à la somme des salaires bruts soumis aux cotisations de prévoyance et perçus par le salarié dans la limite de 8 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale, au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail initial pour la garantie arrêt de travail,
le décès ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'état d'invalidité permanente totale et définitive, pour la garantie décès.

1ère catégorie : l'assuré a perdu 2/3 de ses capacités de travail, ou de gain, mais peut néanmoins exercer une activité professionnelle. Ce salarié n'est donc pas inapte au travail, mais il peut-être inapte à certains postes.
2ème catégorie : l'assuré a perdu 2/3 de ses capacités de travail, ou de gain et ne peut normalement pas exercer un travail quel qu'il soit. Cependant malgré cette définition, l'assuré peut éventuellement travailler de façon réduite.
3ème catégorie : le salarié est incapable de travailler, il est assisté d'une tierce personne, pour les actes ordinaires de la vie.

Pour le bénéfice du capital décès vous pouvez désigner le bénéficiaire de votre choix.
Toutefois, à défaut de désignation particulière, c'est la désignation déterminée ci-dessous qui s'applique selon l'ordre suivant:
- Au conjoint non séparé judiciairement, ou à défaut au partenaire lié par un Pacs au participant, ou à défaut au concubin notoire,
- À défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, légitimes, reconnus ou adoptifs ou représentés,
- A défaut de descendance directe, par parts égales entre eux, à ses parents, ou à défaut, à ses grands parents survivants.
- A défaut de tous les susnommés, les capitaux reviennent aux héritiers

Adecco

MERCER

Votre résumé de garanties Prévoyance

Ce document n'est qu'un résumé du contrat d'assurance collective souscrit par votre société et ne peut en aucun cas se substituer à la notice de garantie fournie par l'assureur AG2R
Les dispositions de ce contrat font seules la loi entre les parties. Pour tout complément d'information sur ces garanties, merci de vous référer à la notice de l'assureur.

▪ Les participants
Les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise.

▪ Le conjoint
On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du participant non divorcé(e) par un jugement définitif.

▪ Le concubin
On entend par concubin la personne vivant en couple avec le participant au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515.8 du code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

▪ Le partenaire lié par un PACS
Personne liée au participant par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du code civil.

▪ L'enfant à charge
Pour le bénéfice des garanties du contrat, l'enfant à charge est :

- l'enfant de moins de 21 ans à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale, du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS,

- l'enfant âgé de moins de 26 ans du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, à charge du participant au sens de la législation fiscale, c'est à dire:

- l'enfant pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,

- l'enfant auquel le participant sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- l'enfant handicapé du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS si, avant son 21ème anniversaire, il est titulaire de la carte d'invalide civil et bénéficie de l'allocation des adultes handicapés,

- quel que soit son âge, sauf déclaration personnelle des revenus, l'enfant infirme à charge du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS n'étant pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de son infirmité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.

- l'enfant du participant né "viable" moins de 300 jours après le décès de ce dernier,

- l'enfant en contrat d'apprentissage.

La garantie double effet intervient en cas de décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin survenant postérieurement ou simultanément au décès du participant.
En cas de décès postérieur à celui du participant, le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou concubin ne doit être ni marié, ni lié par un PACS au jour de leur décès.
Est considéré comme décès simultané à celui du participant, le décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS survenant au cours du même évènement :
- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- ou lorsque le décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS survient dans un délai de 24 heures avant le décès du participant.
La prestation « double effet » est égale au capital en cas de décès par maladie du participant.
La prestation est répartie par parts égales entre les enfants à charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin qui étaient initialement à la charge du participant au jour de son décès.

Il s'agit du décès du conjoint du salarié, à défaut de son partenaire pacsé, à défaut de son concubin survenant avant le décès du salarié. Il est versé au profit de chaque enfant à charge une allocation. Cette allocation est versée jusqu'au 12ème anniversaire de l'enfant à charge. Cette garantie ne s'applique pas en cas de versement de la prestation de la garantie « double effet » au titre du décès simultané tel que défini précédemment.
Le droit à garantie est subordonnée à la qualité d'assuré et à l'existence effective du contrat à la date du décès.

Ce taux est déterminé par la sécurité Sociale au titre de l'incapacité Permanente Professionnelle.

Ne sont pas garanties en cas de décès, d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, d'incapacité permanente et professionnelle, les conséquences :
· d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère;
· de la désintégration du noyau atomique;
· d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques.
Ne sont pas garanties en cas de décès, les conséquences :
· du meurtre du participant par le bénéficiaire.
Ne sont pas garanties en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, d'incapacité permanente et professionnelle, les conséquences :
· d'accident et maladie régies par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.
Les exclusions visant les garanties en cas de décès sont applicables au maintien des garanties en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat de prévoyance.
Le capital prévu en cas d'invalidité permanente totale et définitive du salarié n'est pas garanti lorsque l'état d'invalidité permanente totale et définitive résulte d'un des cas où le décès n'est pas garanti.
De plus, sont exclus au titre de la garantie du décès accidentel, les accidents :
- provenant directement ou indirectement de tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle,
- de navigation aérienne survenus en dehors de lignes commerciales,
- d'aile volante avec ou sans moteur, de deltaplane ou d'engins similaires, de parachutisme,
- dus à l'usage de substances illicites,
- dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre,
- survenus alors que le participant n'était pas détenteur d'un permis de conduire valide, conformément aux dispositions du code de la route.

GARANTIES		
DÉCÈS ou INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ET DÉFINITIVE		
Capital décès ou INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ET DÉFINITIVE du participant par Maladie	**Option 1 (1)**	**Option 2 (2)**
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé sans enfant à charge ou de - 26 ans	220%	-
Marié sans enfant à charge ou de - 26 ans	280%	-
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé, Marié avec 1 enfant à charge ou de - 26 ans	350%	220%
Marié, Pacsé avec un enfant à charge ou personne de - de 26 ans	350%	220%
Majoration par enfant à charge supplémentaire de - 26 ans	70%	-
Capital décès ou INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ET DÉFINITIVE du participant par Accident		
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé sans enfant à charge ou de - 26 ans	440%	-
Marié sans enfant à charge	560%	-
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé, Marié avec 1 enfant à charge	700%	470%
Marié, Pacsé avec un enfant à charge ou personne de - de 26 ans	700%	470%
Majoration par enfant à charge supplémentaire de - 26 ans	140%	-
RENTE EDUCATION ANNUELLE par enfant à charge, du conjoint, du partenaire pacsé, du concubin du participant		
Jusqu'à 15 ans	-	16%
De 16 à 17 ans	-	16% (jusqu'à 17 ans)
De 18 à 25 ans	-	20% (si poursuite d'études)
Majoration si orphelin	-	Rentes doublées
Enfant handicapé	-	Viager tant que le parent est salarié
DOUBLE EFFET		
Capital supplémentaire en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint, à défaut du partenaire pacsé, à défaut du concubin	100% capital décès "maladie"	100% capital décès "maladie"
PRÉDÉCÈS du conjoint, du partenaire pacsé, du concubin		
Allocation si enfant à charge	10% par an et par enfant de moins de 12 ans	10% par an et par enfant de moins de 12 ans
ALLOCATIONS OBSÈQUES		
En cas de décès du participant	200% PMSS	200% PMSS
En cas de décès du conjoint, du partenaire pascé, du concubin	100% PMSS	100% PMSS
En cas de décès d'un enfant à charge	100% PMSS	100% PMSS
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (Arrêt de Travail)	**(Y compris Sécurité Sociale)**	**(Y compris Sécurité Sociale)**
Franchise	60 jours cumulés (30 jours en cas d'accident de travail)	60 jours cumulés (30 jours en cas d'accident de travail)
Indémnités journalières maladie ou accident de la vie privée	85%	85%
Indémnités journalières maladie professionnelle ou accident du travail	90%	90%
INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (Invalidité d'origine professionnelle)	**(Y compris Sécurité Sociale)**	**(Y compris Sécurité Sociale)**
Taux d'Incapacité Permamente Professionnelle compris entre 33% & 66%	90% X taux d'IPP**	90% X taux d'IPP**
Taux d'Incapacité Permamente Professionnelle supérieur ou égal à 66%	90%	90%
INVALIDITÉ PERMANENTE (Invalidité d'origine non professionnelle)	**(Y compris Sécurité Sociale)**	**(Y compris Sécurité Sociale)**
1ère catégorie	60%	60%
2ème catégorie ou 3ème catégorie	85%	85%
RENTE DE CONJOINT ANNUELLE, à défaut du pacsé, à défaut du concubin en cas de décès du participant UNIQUEMENT POUR LES CADRES		
Viagère	10% par an	10% par an

(1) Le choix de l'option se fait au moment du décès

PASS : Plafond Annuel Sécurité Sociale : 37 032€ en 2013

PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale : 3 086 € en 2013

**: Incapacité Permanente Professionnelle