

Entre d'une part,

- le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique
88 rue de la Faisanderie - PARIS 16ème

et d'autre part :

- la Fédération Chimie Energie - F.C.E./C.F.D.T.
47/49 avenue Simon Bolivar - PARIS 19ème
- la Fédération des Cadres de la Chimie-CFE-CGC
56 rue des Batignolles - PARIS 17ème
- la Fédération Nationale des Industries Chimiques - C.F.T.C.
8 rue Juliette Dodu - PARIS 10ème
- la Fédération Nationale des Industries Chimiques - C.G.T.
263 rue de Paris - Case postale 429 - MONTREUIL (93)
- la Fédération Nationale de la Pharmacie - F.O.
7 passage Tenaille - PARIS 14ème
- le Syndicat National Professionnel Autonome des Délégués Visiteurs Médicaux-
(S.N.P.A.D.V.M.)
160-162 rue du Général de Gaulle – DAMMARTIN EN GOELE

il est convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Avec l'accord collectif du 17 septembre 1998, les partenaires sociaux ont achevé l'harmonisation totale du Régime Professionnel Conventionnel de prévoyance engagée par l'accord collectif du 21 mai 1991. La dernière opération de cette harmonisation a été de réaménager les taux de cotisation afin qu'ils soient identiques entre les salariés « cadres » et « non-cadres ».

Les partenaires sociaux se sont engagés en 1998 à réécrire totalement l'accord collectif du 21 mai 1991 profondément modifié à deux reprises, afin d'avoir une meilleure lisibilité de l'accord collectif initial de « Prévoyance ».

En conséquence, il est convenu ce qui suit :

ARTICLE PREMIER - *Objet*

Le présent accord, conclu en application de l'article 38 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, annule et remplace l'accord collectif du 21 mai 1991 modifié par l'accord du 17 décembre 1996. Il a pour objet d'actualiser le Régime Professionnel Conventionnel de prévoyance basé sur la solidarité civile entre l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ de ladite convention collective. En fonction de cet objectif, constituent un tout indivisible la nature et le niveau des garanties collectives ainsi que le montant et la répartition des contributions destinées à leur financement. Des prestations peuvent être mises en place au profit de personnes en situation difficile sans qu'elles donnent lieu pour autant à une contribution spécifique.

Le présent accord a également pour objet de définir les garanties maladie-chirurgie-maternité dont peuvent se prévaloir les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 ainsi que les conditions de gestion de ce risque par l'organisme gestionnaire du régime de prévoyance.

ARTICLE 2 - *Durée - Dénonciation - Révision*

2.1. Durée

Conformément aux dispositions de l'article 38 précité, le présent accord est conclu pour une durée déterminée d'un an. Il se renouvelle tacitement pour une nouvelle période d'un an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, deux mois au moins avant son échéance. Les modalités de dénonciation se renouvellent pour chaque période annuelle.

2.2. Dénonciation

La cessation des effets de l'article 38 de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, pour quelque cause que ce soit, entraîne celle du présent accord.

Pour mettre un terme à l'existence de l'accord, la dénonciation doit émaner de l'une ou l'autre des parties, c'est-à-dire de l'organisation syndicale patronale ou de l'ensemble des organisations syndicales de salariés signataires ou adhérentes. Sa dénonciation fait l'objet d'une information, sous la forme d'une lettre recommandée avec accusé de réception, à chacune des organisations syndicales d'employeurs et de salariés qui en sont signataires ou y auront adhéré en totalité et sans réserve.

Les parties signataires se réunissent au plus tard dans les trois mois qui suivent la date d'effet de la dénonciation afin de négocier un nouvel accord collectif. Toutefois, ces négociations peuvent s'ouvrir avant l'expiration de la durée déterminée en cours.

En cas de non remplacement de l'accord dénoncé, les salariés ou anciens salariés titulaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ont droit au maintien de ces indemnités ou rentes au niveau atteint en francs à la date de cessation définitive d'effet de l'accord. Toutefois, en fonction du montant du fonds de revalorisation et des réserves disponibles à la date d'effet de la rupture du contrat d'assurance, les parties signataires du présent accord pourront décider des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation de ces prestations.

En outre, les garanties décès leur sont maintenues jusqu'au terme du contrat d'assurance sur la base du dernier salaire brut revalorisé, suivant le même taux que celui appliqué aux indemnités journalières et aux rentes d'invalidité. Au-delà de la date d'effet de la rupture du contrat d'assurance, ces garanties, conformément à l'article L.912-3 du code de la Sécurité Sociale, sont également maintenues :

- aux salariés bénéficiant de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947
- aux autres salariés dont l'arrêt de travail est postérieur au 31 décembre 1999. Toutefois, si, après la date d'effet de la rupture du contrat d'assurance, des réserves disponibles existent, les parties signataires du présent accord pourront les affecter au maintien de la garantie quelle que soit la date de l'arrêt de travail.

Les salariés, ou anciens salariés, en arrêt de travail par suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant la date de cessation définitive d'effet de l'accord, mais se trouvant à cette date dans la période de carence, bénéficieront des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité à l'expiration de cette période.

Les salariés bénéficiant du présent accord peuvent, au cas où il serait dénoncé sans être remplacé, demander à bénéficier d'un régime couvrant l'ensemble des risques pour lesquels ils étaient assurés du fait du présent accord. Une annexe aux contrats d'assurance passés avec les organismes gestionnaires définit, en application de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1989, le taux des prestations ainsi que les cotisations correspondantes. Les salariés qui désireront bénéficier de ce maintien de droits devront se manifester dans un délai de trois mois à compter de la cessation définitive d'effet du présent accord.

2.3. Révision

Le présent accord peut, de même, être révisé. L'organisation syndicale d'employeurs ou de salariés qui demande la révision, doit se manifester deux mois au moins avant une échéance annuelle en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à chaque organisation

syndicale concernée. La demande doit être accompagnée d'une note indiquant les raisons d'ordre économique, technique et/ou social qui justifient la révision ainsi que d'un projet d'accord modificatif. Les négociations doivent être engagées dans le délai d'un mois. Au cas où aucun accord ne peut être réalisé, le texte en cours d'application demeure en vigueur.

Au cas où le nouveau texte fait l'objet d'un accord, deux hypothèses sont à prévoir :

- si ce nouveau texte est signé de toutes les organisations syndicales signataires initiales ou ayant adhéré ultérieurement en totalité et sans réserve à l'accord du 21 mai 1991 modifié, les dispositions nouvelles se substituent aux anciennes à la date de signature du nouvel accord, sauf disposition contraire expresse du nouvel accord ;

- si ce nouveau texte est signé d'une partie seulement de ces organisations, il entrera en application en substitution de l'ancien, sauf opposition motivée, exprimée par une majorité d'organisations syndicales de salariés signataires de l'accord initial dans le délai de 15 jours suivant la date de signature de l'accord. Le droit d'opposition ne peut valablement être utilisé que si l'avenant de révision met en place un avantage moins favorable, celui-ci étant apprécié globalement pour chacune des conventions Décès-Invalidité-Incapacité, d'une part, Maladie-Maternité-Chirurgie, d'autre part.

Dans le cas où les parties signataires désigneraient un nouvel assureur, les indemnités journalières et rentes en cours d'exercice, continueront à être revalorisées sur la base des dispositions du présent accord, dans le cadre de décisions du Comité de Gestion. Les garanties décès résultant du présent accord resteront acquises aux bénéficiaires de ces indemnités et rentes.

ARTICLE 3 - *Comité paritaire de gestion*

Un comité paritaire de gestion est constitué en application de l'article 38 des Clauses générales de la convention collective.

Le règlement intérieur figurant en annexe 4 du présent accord précise le contenu des missions du comité prévues à l'article 38 précité et en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

Les membres du comité paritaire de gestion sont tenus à une obligation de discrétion quant aux informations auxquelles ils ont accès.

ARTICLE 4 - *Prestations*

Le régime de prévoyance est conçu pour assurer aux salariés un ensemble de garanties collectives de prévoyance.

Ces garanties sont définies dans les différentes annexes du présent accord.

ARTICLE 5 - Cotisations

Le régime de prévoyance est alimenté par des cotisations assises sur le salaire brut des salariés et partiellement sur le plafond de la Sécurité Sociale. Les cotisations sont versées par l'employeur, une quote-part étant prélevée sur la paye mensuelle de chaque salarié.

Le taux effectif global et la répartition entre l'employeur et le salarié de ces cotisations en contrepartie du niveau des prestations garanties, sont précisées dans les différentes annexes. En raison du caractère conventionnel du régime, cette cotisation ne doit supporter aucun prélèvement au titre de commissions d'apport ou de courtage.

L'assureur auquel est déléguée la gestion du régime est chargé de l'appel de toutes les cotisations y afférent et reçoit mandat des signataires du présent accord pour engager, s'il y a lieu, toutes actions en vue du recouvrement de celles qui seraient impayées dans les délais prévus. En signant le contrat d'assurance, le délégataire accepte ce mandat.

ARTICLE 6 - Organismes assureurs

Eu égard à l'objectif de solidarité civile poursuivi par le présent accord, la gestion du régime de prévoyance est confiée, pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, à un seul organisme. Toutefois, les garanties Décès-Incapacité-Invalidité et Maladie-Chirurgie-Maternité peuvent être assurées auprès d'organismes différents désignés par les signataires du présent accord.

Conformément à l'accord collectif du 30 juin 1999, le régime professionnel de prévoyance est assuré, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période de 5 ans, par :

- l'APGIS, institution de prévoyance, régie par l'article L.931-1 du Code de la Sécurité Sociale, pour les risques Maladie-Chirurgie-Maternité,
- AXA Collectives, compagnie d'assurances, pour les risques Décès-Incapacité-Invalidité.

La gestion de l'ensemble des risques Maladie-Chirurgie-Maternité et Décès-Incapacité-Invalidité est confiée pour la même période de 5 ans à l'APGIS.

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale, les parties signataires du présent accord décident de procéder à un réexamen des conditions de mutualisation des risques Décès-Incapacité-Invalidité et Maladie-Chirurgie-Maternité, tous les 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2000.

A cette fin, en s'appuyant sur le rapport technique présenté par l'actuaire conseil auquel le comité paritaire de gestion fait appel pour l'assister, les parties signataires déterminent les conditions dans lesquelles un appel d'offres est organisé.

Au regard des éléments fournis par les réponses à l'appel d'offres et des critères de sélection préalablement définis, les parties signataires du présent accord désignent le (ou les) assureur(s) et le gestionnaire.

En cas de changement d'assureur(s) et conformément à l'article L.912-3 du Code de la Sécurité Sociale, est organisée la poursuite de la revalorisation des prestations en espèces résultant du décès, de l'incapacité de travail temporaire ou permanente ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité permanente ou temporaire. Ces garanties sont prises en charge soit par le nouvel organisme selon les modalités du contrat négocié soit, en fonction des provisions et réserves constituées, par l'ancien organisme.

ARTICLE 7 - Affiliation des entreprises

7-1 Toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective de l'industrie pharmaceutique sont tenues, sous réserve des situations visées aux articles 7.2 et 7.3 ci-après, non seulement d'apporter à leur personnel les garanties collectives prévues par le présent accord en application de l'article 38 de la convention collective, mais encore de donner leur adhésion, pour la gestion de ces garanties, aux organismes prévus à l'article 6 ci-dessus afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité civile, objectif du présent accord.

Il en est ainsi notamment des entreprises nouvellement créées, qu'il s'agisse d'exploitations individuelles ou de sociétés organisant une activité nouvelle ou de celles poursuivant l'activité d'une entreprise ayant subi l'une des opérations visées à de l'article L.122-12 alinéa 2 du code du travail, telle que notamment la création d'une société qui résulte de l'éclatement des activités d'une autre entreprise dont l'activité entre dans le champ d'application de la convention collective de l'Industrie Pharmaceutique.

7-2 A titre exceptionnel, deux catégories d'entreprises dont l'activité principale ressort de l'industrie pharmaceutique peuvent ne pas donner leur adhésion aux organismes définis à l'article 6 ci-dessus, tout en ayant l'obligation d'assurer à leur personnel les garanties collectives de prévoyance résultant du présent accord. Ce sont :

- Les entreprises qui avaient confié la gestion de leur régime de prévoyance à un autre organisme avant le 1^{er} janvier 1992, date d'effet de l'accord du 21 mai 1991. Un accord collectif conclu en application des articles L.132-19 et suivants du code de la Sécurité Sociale ou un référendum à la majorité simple des inscrits au sens des élections de délégués du personnel, doit alors adapter les garanties collectives pour que, sur l'ensemble des risques couverts en application du présent accord, elles soient globalement au moins aussi favorables au sens de l'article L.132-23 du code du travail.

Dans le cadre de l'appel d'offres prévu à l'article L.912-2 du code de la Sécurité Sociale, le choix d'organismes assureurs ne peut se faire qu'entre les assureurs désignés par le présent accord et l'assureur actuel de l'entreprise.

- Les entreprises dont -notamment à l'occasion d'opérations de fusion et/ou de restructuration mais aussi de regroupements d'activités- l'activité principale n'est plus celle de l'industrie pharmaceutique et qui, de ce fait, ne relèvent pas de droit de la convention collective de l'industrie pharmaceutique.

7-3 La mise en œuvre des dispositions de l'article 7.2 ci-dessus peut conduire exceptionnellement une société à rompre ses relations avec les organismes prévus à l'article 6 ci-dessus.

Toutes informations doivent alors être fournies aux organisations syndicales, au comité d'entreprise, à défaut à l'ensemble du personnel leur permettant de prendre position en toute connaissance de cause à la fois sur l'intérêt ou non de changer d'organisme et sur les conditions de l'adaptation des garanties collectives pour les rendre au moins aussi favorables que celles résultant du présent accord.

Ensuite seulement, doit intervenir la négociation d'un accord collectif ou la ratification à la majorité simple du personnel d'un texte fourni par la direction, matérialisant les garanties collectives, le choix de l'organisme et le montant de la quote part salariale destinée au financement des prestations qui se substitueront à celles du régime professionnel.

En pareil cas, sont organisés :

- d'une part la poursuite, en vertu de l'article L.912-3 du code de la sécurité sociale, de la revalorisation sur des bases au moins équivalentes à celles résultant du présent accord, des prestations en espèces dues en cas de décès, d'incapacité de travail temporaire ou permanente ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité de travail temporaire et permanente lorsque les dites revalorisations et garanties ne sont pas maintenues au titre des contrats souscrits auprès des organismes visés à l'article 6 ci-dessus.
- d'autre part, le maintien des garanties servies par les organismes visés à l'article 6 ci-dessus en application du présent accord, spécialement de ses articles 10 et 11 ainsi que son annexe III, dont sont bénéficiaires les anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu pour licenciement, mise à la retraite ou invalidité.

Une société quittant le régime professionnel conventionnel pourra, en concertation avec les organismes assureurs visés à l'article 6 ci-dessus et le comité paritaire de gestion, organiser la poursuite des prestations visées aux deux alinéas précédents, notamment par le versement d'une contribution spécifique.

7-4 L'adhésion aux organismes prévus à l'article 6 ci-dessus d'une entreprise relevant du champ de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique mais qui avait contracté précédemment avec un autre assureur, est subordonnée, éventuellement, au paiement temporaire d'une cotisation supplémentaire ou d'une indemnité correspondant au différentiel entre le risque de cette entreprise et les risques de l'ensemble des entreprises adhérentes au régime de prévoyance professionnel, selon les modalités définies en annexe au présent accord.

7-5 Les entreprises n'entrant pas dans le champ professionnel de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique peuvent néanmoins faire bénéficier leurs salariés du présent régime de prévoyance à la double condition de justifier de liens réels avec l'Industrie pharmaceutique (appartenance à un groupe totalement ou partiellement pharmaceutique, activité majoritairement exercée pour des laboratoires pharmaceutiques...) et d'adhérer au présent accord, conformément à l'article L. 132-25 du Code du Travail.

Dans tous les cas, les demandes de ces entreprises sont soumises à l'accord du Comité Paritaire de Gestion.

ARTICLE 8 - Rapport annuel sur les résultats

Pour chaque exercice civil, les organismes assureurs visés à l'article 6 établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime correspondant donc aux activités consolidées de toutes les sociétés adhérentes dans le cadre du présent accord.

Ce rapport est établi conformément aux dispositions légales et à celles prévues par les annexes en distinguant :

- d'un côté, le montant des cotisations brutes de réassurances, le montant des prestations payées brutes de réassurances, le montant des provisions techniques brutes de réassurances le 1er janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré,
- d'un autre côté, la quote-part des produits financiers nets, les autres charges (chargements techniques et frais de gestion), les participations aux résultats, le résultat de la réassurance,
- enfin, le nombre des assurés.

Ce rapport sera adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales signataires du présent accord dans les deux mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré. Il sera adressé à la Direction de chaque entreprise adhérente au plus tard le 31 août de chaque année.

L'employeur communiquera un exemplaire de ce rapport au comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise, accompagné éventuellement des observations de la Direction.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective mais qui auraient confié la gestion de leur régime de prévoyance à un autre organisme dans les conditions prévues à l'article 7 ci-dessus, devront communiquer le rapport correspondant à leurs résultats propres à leur comité d'entreprise (à défaut aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise.

ARTICLE 9 - Informations des salariés

9.1. Une notice est remise à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en place du régime, ainsi qu'à tout nouvel embauché.

Une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise à l'occasion de toute modification des garanties et/ou des cotisations du régime professionnel de prévoyance. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications matérielles peu importantes dans la notice, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice existante. Cette information devra être transmise à tous les salariés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l'organisme assureur sous sa responsabilité. Un exemplaire modèle en sera adressé par lui à chacun des signataires du présent accord, ainsi qu'au comité paritaire de gestion. Il en adressera un exemplaire à la Direction de chaque entreprise, à charge pour elle et sous sa responsabilité de la diffuser au comité d'entreprise et à chaque membre du personnel, dans les conditions ci-dessus.

9.2. Tout salarié quittant une société adhérente au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1° du premier alinéa de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 est informé, au moment de la remise de son certificat de travail, de la possibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir bénéficier d'un régime maladie prévu à l'annexe n° 3 du présent accord et des conditions tarifaires du contrat qu'il pourra conclure directement avec l'organisme, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail. Les ayants droit d'un assuré décédé seront informés de la même manière du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime et des mêmes conditions tarifaires, pendant une durée minimale de douze mois, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois du décès.

9.3. Le rapport trimestriel, prévu au dernier alinéa de l'article L. 432.4 du Code du Travail, communiqué par le chef d'entreprise au comité d'entreprise, donne, si tel est le cas, des informations sur les raisons du non paiement, dans les délais fixés, des cotisations dues en application du présent accord ainsi que sur le montant de ces cotisations.

ARTICLE 10 - Maintien des garanties en cas de chômage, adhésion à une convention de conversion ou maladie

Bénéficiaire gratuitement du maintien de la couverture de l'assurance décès et de l'assurance maladie-chirurgie-maternité, pendant six mois à compter de la date de rupture du contrat de travail (préavis effectué ou non), à condition qu'ils aient cotisé pendant au moins six mois au titre du régime mis en œuvre par le présent accord, d'une façon continue ou discontinue dans une ou plusieurs entreprises :

- le salarié licencié, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à une Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC),
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de conversion en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord, et qui bénéficient de l'allocation de conversion,
- le salarié qui, licencié, se trouve en arrêt de travail pour maladie au moment de la rupture de son contrat de travail, la période de maladie étant éventuellement suivie d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi à une ASSEDIC, avant la fin de période de 6 mois susvisée.

Toutefois, quelle que soit la cause du décès, le capital décès ou, le cas échéant, le capital décès et la rente éducation garantis sont toujours ceux prévus en cas de décès par maladie. Le cas échéant, viennent en déduction de la couverture, les prestations versées en cas de décès par les régimes complémentaires de retraite au titre d'un régime de prévoyance souscrit par ces derniers au profit des assurés au chômage.

A l'expiration de cette période, l'intéressé peut adhérer au régime maladie visé à l'article 9.2. ci-dessus, prévu à l'annexe n° 3 du présent accord collectif, à condition d'en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les six mois suivant la fin de la garantie gratuite.

L'entreprise adhérente au régime qui, en application de l'article 7 ci-dessus, est amenée à rompre ses relations avec les organismes prévus à l'article 6 ci-dessus, doit assurer le maintien des garanties visées au présent article.

ARTICLE 11 - Dispositions transitoires

A - Cadres retraités ⁽¹⁾

Le salarié cadre retraité qui, parti à la retraite avant le 31 décembre 1993, bénéficie de la garantie des prestations maladie-chirurgie-maternité dans les conditions fixées à l'annexe 2 du contrat 92000/000 du 11 juin 1991, continue à bénéficier de cette garantie tant que l'entreprise (ou les entreprises) de laquelle (ou desquelles) il tire ce droit appartient (ou appartiennent) au Régime de Prévoyance professionnel.

Il continue également à bénéficier de cette garantie pour la ou les entreprises qui, postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, alors même qu'elles étaient adhérentes du régime, ont cessé d'exister par suite de :

- cessation d'activité, faillite ou redressement judiciaire,
- fusion, absorption ou concentration, à condition que la nouvelle entreprise résultant de cette opération soit membre adhérent du régime.

Si, ultérieurement, cette entreprise cesse d'adhérer au Régime de Prévoyance professionnel, le retraité pourra, néanmoins, continuer à bénéficier d'une garantie proportionnelle au nombre des années qu'il aura passées dans une ou plusieurs autres entreprises adhérentes du Régime et tant qu'elles le resteront

B - Rentes éducation

Les enfants des assurés décédés et les enfants des assurés classés parmi les invalides de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale qui, à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 mai 1991 modifié, bénéficiaient d'une rente éducation dans les conditions de l'accord collectif en vigueur à la date de survenance du sinistre, continuent à bénéficier de cette rente dans les conditions prévues par le contrat d'assurance tant que l'entreprise de laquelle ils tiennent ce droit continuent à adhérer au régime professionnel de prévoyance.

⁽¹⁾ Les "Cadres" visés par les présentes dispositions transitoires sont les salariés bénéficiaires de la Convention Collective Nationale des Cadres du 14.3.1947.

ARTICLE 12 - Annexes

Les conditions particulières d'application du présent régime de prévoyance font l'objet des quatre annexes suivantes, faisant partie intégrante du présent accord :

- Régime de Prévoyance des salariés ANNEXE n° 1.
- Régime de Prévoyance des Voyageurs Représentants PlaciersANNEXE n°2.
- Couvertures et cotisations des retraites, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ANNEXE n° 3.
- Règlement intérieur du Comité paritaire de Gestion du Régime de Prévoyance : ANNEXE n° 4.

PREMIERE PARTIE - Régime Professionnel Conventionnel (R.P.C.)

Article 1 - Bénéficiaires du régime

1-1 Participants

Est réputé bénéficiaire du présent Régime de Prévoyance, l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique.

1-2 Retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Les salariés partant en retraite à partir du 1er janvier 1992 ainsi que les anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier du maintien de la couverture des prestations maladie-chirurgie-maternité, selon le régime défini à l'annexe n° 3 du présent accord.

Article 2 - Assiette des garanties

Le salaire de base servant de base au calcul des règlements à effectuer à la suite du décès ou de l'arrêt de travail d'un participant est fixé à la somme des salaires limités aux tranches "T1" et "T2" perçus par l'intéressé au cours des douze derniers mois calendaires de pleine activité précédant celui au cours duquel s'est produit le décès ou l'arrêt de travail.

La tranche "T1" de salaire est la partie du salaire limitée au plafond du Régime Général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période ; la tranche "T2" est la partie de salaire comprise entre le plafond de la tranche "T1" et quatre fois ce même plafond.

Les salaires considérés sont ceux ayant servi de base au calcul de la cotisation du salarié telle que visée à l'article 3 ci-après.

Lorsqu'un sinistre survient moins d'un an après l'admission d'un Assuré au bénéfice du contrat ou si pendant cette période son salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou d'accident, son salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles il a bénéficié d'un salaire plein.

S'il s'est écoulé plus de six mois entre la fin du dernier mois de pleine activité et la date d'exigibilité de la première prestation, le salaire de base est revalorisé, dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 4 ci-après, sur décision du comité paritaire de gestion, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

Article 3 - Assiette des cotisations

Les cotisations sont calculées :

- sur le salaire brut (servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'Administration Fiscale), limité à quatre fois le plafond annuel de la Tranche "T1",
- partiellement sur le plafond de la Sécurité Sociale.

Toutefois, sont exclus du salaire soumis à cotisation :

- les gratifications exceptionnelles ;
- la prime de transport de la région parisienne ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement, de dégageement ou de départ ;
- les indemnités de non-concurrence et indemnités de clientèle;
- les indemnités de précarité d'emploi ;
- la prime d'accouchement prévue par l'article 28-2° des clauses générales de la Convention collective nationale ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre de l'article 83 du Code Général des Impôts.

En cas de maladie ou accident, et si l'employeur verse tout ou partie du salaire, la cotisation sera calculée sur le salaire versé et partiellement sur le plafond de la Sécurité Sociale tel que défini ci-dessus, déduction faite des indemnités journalières de la Sécurité sociale et du Régime de Prévoyance.

Article 4 - Compte général de résultats et alimentation des fonds et réserves

Les règles concernant l'établissement des comptes et l'alimentation des provisions, fonds et réserves suivants :

- Compte général de résultats
- Réserve de stabilité, provision pour égalisation et réserve générale
- Fonds de revalorisation
- Réserve de couverture des anciens assurés et provision pour risque croissant
- Fonds de solidarité

sont fixées dans les contrats passés avec les organismes gestionnaires.

Les mécanismes prévus dans ces contrats ont pour objet :

- de permettre le contrôle de l'évolution de la charge du régime (compte de résultats),
- d'assurer la pérennité du régime par la constitution d'une réserve de stabilité et d'une provision pour égalisation,
- de contrôler et de financer les revalorisations, avec la constitution de provisions au niveau atteint (fonds de revalorisation),

- d'alimenter, à partir des excédents dégagés, un fonds de solidarité permettant le versement d'allocations ayant le caractère de secours,
- de financer la charge des prestations maladie des retraités bénéficiaires des dispositions transitoires,
- d'alimenter une réserve de solidarité technique au bénéfice des retraités anciens salariés et ayants droit ayant adhéré au contrat particulier prévu à l'annexe n° 3 (réserve de couverture des anciens assurés).

Ces mécanismes pourront être revus en fonction de l'évolution législative et réglementaire sur décision du comité paritaire de gestion.

Article 5 - Régime professionnel conventionnel (R.P.C.) et Régime supplémentaire (R.S.)

Les entreprises adhérant aux contrats gérés par les organismes désignés à l'article 6 du présent accord sont obligatoirement affiliées au Régime professionnel conventionnel (R.P.C.). Elles peuvent adhérer, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, à l'un des Régimes supplémentaires (R.S.) définis dans la deuxième partie de la présente annexe, procurant des prestations supplémentaires au titre :

- de la couverture décès (article 15 de la présente annexe),
- des prestations maladie-chirurgie-maternité (article 16 de la présente annexe).

Article 6 - Couvertures en cas de décès du salarié

6-1 Décès

L'assurance décès garantit, en cas de décès de l'assuré, dans les conditions prévues au contrat d'assurance, soit le versement d'un capital (option 1 ci-après) soit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants de l'assuré (option 2 ci-après), selon l'option choisie par l'assuré. A défaut de choix d'une option par l'assuré, ou si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive l'assuré qui a choisi l'option 2 n'a pas d'enfant à charge, l'option 1 s'appliquera.

Le choix de l'option peut être modifié à tout moment par l'assuré. La demande doit en être faite par lettre transmise aux organismes assureurs ou au gestionnaire mandaté pour application au 1er jour du mois suivant la réception de la lettre.

Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné par lui ou, à défaut de désignation d'un bénéficiaire, à son conjoint, à défaut à ses enfants, à défaut à son père et à sa mère, à défaut à ses héritiers.

Toutefois, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des ascendants à charge, la majoration du capital correspondante ne saurait profiter qu'aux enfants et aux ascendants pris en considération pour le calcul de cette majoration selon les modalités prévues au contrat d'assurance.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, attestée par son classement avant l'âge de 60 ans parmi les invalides du 3ème groupe de la Sécurité sociale avec assistance d'une tierce personne, le capital décès prévu par l'option choisie est versé à l'intéressé par anticipation et, s'il a choisi l'option n° 2, la rente éducation est versée aux enfants dans les conditions prévues au contrat d'assurance. Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits au titre de la couverture décès.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'invalidité du 3ème groupe de la Sécurité sociale.

Toutes les causes de décès et d'invalidité absolue et définitive sont garanties à l'exclusion pour le risque accidentel de certaines causes telles que le risque atomique, le fait intentionnel du bénéficiaire ou l'usage de stupéfiants et de boissons alcoolisées, dans les conditions stipulées au contrat d'assurance et rappelées dans la notice d'information prévue à l'article 9 du présent accord.

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant la rupture du contrat de travail et limitées à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale et, au plus tard, à la date du 65ème anniversaire.

Pour les participants actifs de plus de 65 ans, le capital garanti est fixé, quelle que soit la cause du décès, suivant le barème s'appliquant au décès dû à la maladie ; il est, en outre, réduit de 2 % par trimestre ou fraction de trimestre écoulés au-delà du 65ème anniversaire, sans pouvoir être inférieur à un minimum déterminé en fonction de l'âge du participant dans les conditions prévues dans le contrat souscrit avec l'organisme assureur.

a) Option n° 1 Capital Décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 2 de la présente annexe, est déterminé comme suit :

	Décès par maladie	Décès par accident*
➤ Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge **	170 %	270 %
➤ Mariés sans personne à charge**	220 %	370 %
➤ Célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge**	280 %	460 %
➤ Majoration par personne à charge supplémentaire**	60 %	90 %

(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de douze mois suivant l'accident.

(**) La notion de personnes à charge est définie ci-après au paragraphe C du présent article.

b) Option n° 2 Capital Décès et Rente Éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 2 de la présente annexe sont déterminés comme suit :

	Décès par maladie	Décès par accident*
➤ Capital Décès : Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	170 %	270 %

(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de douze mois suivant l'accident

➤ Rente éducation

Chaque enfant à charge tel que défini ci-après, perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après:

- jusqu'au 11ème anniversaire 8 %
- du 11ème au 18ème anniversaire 12 %
- du 18ème au 27ème anniversaire 15 %

La rente éducation est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1er avril de chaque année dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 4 de la présente annexe, sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt six mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

c) Notion d'enfants et de personnes à charge

Les enfants à charge sont les enfants de l'assuré ou de son conjoint, ainsi que les enfants adoptés ou recueillis s'ils sont à charge au sens de l'article 196 du Code Général des Impôts :

- de moins de 16 ans ou s'ils sont non salariés, de moins de 18 ans,
- de moins de 19 ans placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du Travail au moment de l'événement,
- de 16 à 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont l'âge requis, régulièrement inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
- de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité Sociale, de se livrer à un travail salarié,
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80% ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidité ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la Sécurité Sociale ou d'un régime de prévoyance.

Les personnes à charge sont :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus,
- les ascendants directs de l'assuré et de son conjoint bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité et vivant au foyer de l'assuré.

Lorsque le veuf ou la veuve d'un assuré décède avant l'âge de 60 ans en laissant un ou plusieurs enfants à charge, nés de son mariage avec l'assuré ou adoptés par lui, il est versé aux intéressés, à part égale, un capital global décès tel que défini ci-dessus, selon l'option appliquée lors du décès de l'assuré. Ce capital est calculé d'après le nombre d'enfants effectivement à charge au moment du décès du conjoint et à l'exclusion du capital supplémentaire payé en cas de mort accidentelle de l'assuré.

Le salaire de base pris en considération est égal à celui qui a servi de base de règlement lors du décès de l'assuré, majoré, dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 4 de la présente annexe, selon les décisions du comité paritaire de gestion.

Article 7 - Allocations en cas de prédécès du conjoint de l'assuré ou de prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge

En cas de décès du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré, le montant des allocations est fixé comme suit :

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Décès du conjoint..... | 20 % du salaire annuel de base défini à l'article 2 de la présente annexe plus 10 % par enfant et ascendant à charge. |
| - Décès d'un enfant à charge..... | 20 % d'un salaire égal à un plafond annuel de la Sécurité sociale (limités au frais d'obsèques si l'enfant à moins 12 ans). |
| - Décès d'un ascendant à charge..... | 20 % d'un salaire égal à un plafond annuel de la Sécurité sociale. |

Article 8 - Couverture en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente

Pour les prestations définies au présent article, le total des sommes perçues par l'assuré notamment au titre du salaire versé par l'employeur, du règlement de la Sécurité Sociale, du régime de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ou de l'invalidité, ne peut, en aucun cas, excéder 100 % de la base des prestations telle que définie à l'article 2 ci-dessus, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

Tous les cas d'incapacité et d'invalidité sont garantis à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 9 du présent accord.

8-1 Incapacité temporaire complète de travail - Maladie de longue durée.

- 8-1-1 Lorsque le participant se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, ne relevant pas de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, constaté par le médecin traitant et donnant lieu au versement d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, le Régime de Prévoyance lui assure une indemnité journalière complémentaire à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale, calculée en pourcentage de la 365ème partie du salaire de base annuel

ayant donné lieu à cotisation, tel que défini à l'article 2 de la présente annexe, à raison de :

- pour les assurés ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

- à partir du 4^{ème} jour inclus et jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 80 % du salaire supérieur à ce plafond ;

- du 91^{ème} jour et jusqu'au 274^{ème} jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 85 % du salaire supérieur à ce plafond ;

- à partir du 275^{ème} jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 90 % du salaire supérieur à ce plafond.

- pour les assurés ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

- à partir du 91^{ème} jour et jusqu'au 274^{ème} jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 85 % du salaire supérieur à ce plafond ;

- à partir du 275^{ème} jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 90 % du salaire supérieur à ce plafond.

8-1-2 Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'indemnité journalière est versée en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % du salaire de base de l'intéressé ayant donné lieu à cotisation, tel que défini à l'article 2 de la présente annexe, sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Toutefois, le versement intervient :

- pour les assurés ayant moins d'un an de présence. à partir du 1^{er} jour inclus dès lors que cet arrêt est égal ou supérieur à 3 jours ;

- pour les assurés ayant plus d'un an de présence : à partir du 91^{ème} jour.

8-1-3 Si plusieurs arrêts de travail interviennent au cours d'une même année civile, la franchise déterminant le point de départ du versement des indemnités journalières est décomptée sur le cumul des arrêts successifs indemnisés par la sécurité Sociale et intervenus depuis le début de cette année.

Lorsque la disposition ci-dessus a joué, toute nouvelle incapacité de travail intervenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières à compter du quatrième jour suivant le nouvel arrêt de travail. Le paiement est effectué à compter du premier jour si la reprise a été inférieure à deux mois.

Dans le cas d'une absence continue chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année est décomptée à partir du premier jour de

cette absence si le délai de franchise afférent à la première année n'a pas été atteint avant le 1^{er} janvier de la 2nde année.

8-1-4 Lorsque l'assuré reprend le travail à temps partiel, le Régime de Prévoyance peut poursuivre son indemnisation à condition que la Sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité et selon les dispositions prévues dans les contrats des organismes d'assurance.

8-1-5 Les arrêts de travail pour congé normal de maternité sont exclus de l'assurance incapacité.

8-2 *Invalidité permanente*

Le participant, âgé de moins de 60 ans, en état d'invalidité permanente totale ou partielle, peut recevoir du Régime de Prévoyance une rente d'invalidité qui ne se cumule pas avec l'indemnité journalière d'incapacité temporaire complète de travail ou de longue maladie, dans les cas et conditions ci-après.

Toutefois, dans le cas où, dans le régime général de la Sécurité sociale, l'âge limite de versement d'une pension d'invalidité serait modifié, les signataires du présent accord devront se réunir, dans le délai d'un mois à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, pour étudier une adaptation de l'alinéa ci-dessus.

8-2-1 Le participant en état d'incapacité totale et percevant de la Sécurité sociale une pension d'invalidité du 2^{ème} ou 3^{ème} groupe, au titre de la législation générale, reçoit du Régime de Prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage du salaire annuel de base ayant donné lieu à cotisation tel que défini à l'article 2 de la présente annexe à raison de : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 90 % du salaire supérieur à ce plafond.

8-2-2 Lorsque le participant est en état d'invalidité totale et perçoit de la Sécurité sociale une rente supérieure ou égale à 50 % de la rémunération prise en compte par la Sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, il reçoit du Régime de Prévoyance une rente de base calculée à raison de 90 % du salaire annuel total ayant donné lieu à cotisation, tel que défini à l'article 2 de la présente annexe, sous déduction de la rente annuelle de la Sécurité sociale.

8-2-3 Le participant en état d'invalidité partielle et percevant de la Sécurité sociale une pension d'invalidité du premier groupe au titre de la législation générale de la Sécurité sociale, reçoit du Régime de Prévoyance une rente annuelle égale à celle prévue en cas d'invalidité totale réduite de 25 %.

8.2.4. Une rente est servie au participant dont le taux d'incapacité permanente, au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, déterminé par la Sécurité Sociale est au moins égal à 20 % et inférieur à 50%.

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations et sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale :

8.3. Revalorisation

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1er avril de chaque année dans la limite du fonds de revalorisation visé à l'article 4 de la présente annexe, sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt six mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

Article 9 - Prestations Maladie-Chirurgie-Maternité

9-1 Bénéficiaires

Le régime garantit le participant et les membres de la famille à charge :

- le conjoint du participant bénéficiant des prestations en nature de la Sécurité sociale, s'il est couvert par la Sécurité sociale au titre d'ayant droit du participant ;
- les enfants du participant à sa charge au sens de la Sécurité sociale, ainsi que les enfants de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont plus de 20 ans, régulièrement inscrits sous leur propre numéro au Régime de la Sécurité sociale des étudiants. Lorsque, à l'issue d'une année universitaire, l'enfant ayant droit du participant part accomplir son service national, la garantie maladie est prolongée pour lui jusqu'à la date de son départ au service national, sans pouvoir se poursuivre au-delà du 31 décembre de l'année civile considérée ou de la date de son 27ème anniversaire.

Bénéficient également de la garantie Maladie, selon les mêmes dispositions que ci-dessus, les enfants à la charge du conjoint de l'assuré dans le cas où ce conjoint ne bénéficie pas pour eux d'un régime de prévoyance. S'il bénéficie d'un tel régime, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel.

Bénéficient également de la garantie maladie les enfants se trouvant sous l'un des contrats d'apprentissage, de qualification, d'orientation ou local d'orientation, conformes à la réglementation en vigueur à la date du 1er janvier 1992, sous réserve que les intéressés remplissent les conditions suivantes :

- ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire ;
- être âgés de moins de 27 ans ;
- percevoir une rémunération brute inférieure à 50 % du S.M.I.C. en vigueur, attesté par une copie de la fiche de paye du mois au cours duquel les soins ont été prescrits.

Bénéficient également de la garantie Maladie, les salariés qui relèvent de l'article 115 du code des pensions militaires et des victimes de guerre.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge après les indemnisations de toute nature.

En outre, la limitation des remboursements du régime au montant des frais restant à la charge de l'assuré après les diverses indemnisations auxquelles il a droit pour lui-même ou pour les membres de sa famille à charge, s'apprécie acte par acte.

9-2 Montant des remboursements

Les remboursements sont effectués selon le type des prestations :

- sur la base des remboursements effectués par la Sécurité sociale ;
- ou sur la base des frais réels avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en francs et dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le Régime de Prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec une caisse de Sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, l'assurance Maladie-Chirurgie-Maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

Actes	Remboursement RPC
<u>HOSPITALISATION</u>	
❖ Honoraires chirurgicaux	35 F par K
❖ Frais de séjour et honoraires médicaux ✓ <i>Conventionné</i>	200% du tarif de convention moins remboursement Sécurité Sociale
✓ <i>Non conventionné</i>	150% du tarif de convention moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Forfait journalier hospitalier	50 F dès le premier jour
❖ Chambre particulière	260 F par jour
❖ Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	150 F par jour sur présentation d'un certificat médical

Actes	Remboursement RPC
<u>FRAIS ET HONORAIRES MEDICAUX</u>	
❖ Consultation omnipraticien	140 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Consultation spécialiste	240 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Consultation professeur	350 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Consultation neuropsychiatre	260 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Consultation cardiologue	600 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Visite omnipraticien	140 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Visite spécialiste	240 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Visite professeur	450 F moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Visite neuropsychiatre	400 F moins remboursement Sécurité Sociale
<u>FRAIS PHARMACEUTIQUES</u>	100% frais réels moins remboursement Sécurité Sociale
<u>FRAIS MEDICAUX COURANTS</u> ¹	
❖ Radiographie ✓ <i>Conventionné</i> ✓ <i>Non conventionné</i>	43% du remboursement de la Sécurité Sociale 300% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Soins infirmiers ✓ <i>Conventionné</i> ✓ <i>Non conventionné</i>	67% du remboursement de la Sécurité Sociale 300% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Soins orthophonistes ✓ <i>Conventionné</i> ✓ <i>Non conventionné</i>	67% du remboursement de la Sécurité Sociale 300% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Autres auxiliaires médicaux ✓ <i>Conventionné</i> ✓ <i>Non conventionné</i>	67% du remboursement de la Sécurité Sociale 300% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Soins dentaires ✓ <i>Conventionné</i> ✓ <i>Non conventionné</i>	43% du remboursement de la Sécurité Sociale 300% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Majorations visites de nuit, dimanche, déplacements ✓ <i>Conventionné</i> ✓ <i>Non conventionné</i>	43% du remboursement de la Sécurité Sociale 300% du remboursement de la Sécurité Sociale

¹ En plus du remboursement Sécurité Sociale

Actes	Remboursement RPC
<u>FRAIS MEDICAUX COURANTS¹</u>	
❖ Orthopédie et prothèse (autre que dentaire et auditive) ✓ <i>Conventionné, non conventionné</i>	250% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Prothèses auditives ✓ <i>Conventionné, non conventionné</i>	5 000 F par appareillage remboursé par la Sécurité Sociale
❖ Transport du malade ✓ <i>Conventionné, non conventionné</i>	43% du remboursement de la Sécurité Sociale
❖ Analyses <i>Conventionné, non conventionné</i>	67% du remboursement de la Sécurité Sociale
<u>PROTHESES DENTAIRES</u>	
❖ Acceptées par la Sécurité Sociale	42 F par SPR moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Refusées par la Sécurité Sociale	42 F par SPR
<u>ORTHODONTIE</u>	
❖ Acceptées par la Sécurité Sociale	40 F par TO moins remboursement Sécurité Sociale
❖ Refusées par la Sécurité Sociale	40 F par TO
<u>OPTIQUE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE</u>	
❖ Par monture ✓ <i>Adulte</i> ✓ <i>Enfant</i>	500 F 320 F
❖ Par verre ✓ <i>Adulte</i> ✓ <i>Enfant</i>	370 F ² 335 F
❖ Par paire de lentilles	460 F
<u>VERSEMENTS FORFAITAIRES</u>	
❖ Naissance	1 300 F ³
❖ Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	24 F par jour ⁴

¹ : En plus du remboursement Sécurité Sociale

² : Verres pour adultes (+ 16 ans) : remboursement forfaitaire ou si plus favorable 1200% du tarif de responsabilité SS

³ : Versement unique au mari ou à la femme si tous les deux travaillent dans la même entreprise. En cas de naissances multiples, ce forfait est versé pour chaque enfant

⁴ : L'allocation est également versée pour les cures acceptées au titre de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Article 10 - Cotisations - Dotations

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 6 du présent accord.

La cotisation afférente au risque Décès-Incapacité-Invalidité (articles 6 à 8 de la présente annexe) est fixée à 1,50% du salaire brut tel que défini à l'article 3 de la présente annexe.

Les cotisations afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité (article 9 de la présente annexe) sont fixées à 1,17% du plafond de la Sécurité Sociale et 0,90% du salaire brut tel que défini à l'article 3 de la présente annexe

Les cotisations afférentes aux risques Maladie-Chirurgie-Maternité sont appelées à hauteur de 60 % pour les salariés bénéficiant du Régime local de la Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du Régime de Prévoyance Professionnel, les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

Pour l'année 2000, les taux d'appel des cotisations afférentes aux risques Décès-Incapacité-Invalidité et Maladie-Chirurgie-Maternité sont ceux définis par les articles 1 et 2 de l'avenant du 17 septembre 1998 à l'accord collectif de prévoyance du 17 décembre 1996.

Les cotisation afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité des salariés bénéficiant de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance du 14 mars 1947 font l'objet de dispositions transitoires. *Ces dispositions sont définies par l'article 3 de l'avenant du 17 septembre 1998 à l'accord collectif de prévoyance du 17 décembre 1996.*

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60% pour la part employeur ;
- 40% pour la part salarié.

Article 11 - Taux majoré pour les entreprises adhérant après le 31 décembre 1994

L'affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 31 décembre 1994 pourra être subordonnée à l'application d'un taux majoré applicable pendant 3 ans.

Le taux majoré est fixé à la suite d'une "pesée" technique :

- soit par les organismes de gestion désignés,
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion.

Il doit être entériné par le comité paritaire de gestion qui devra avoir communication des comptes de résultats du contrat précédent de l'entreprise et notamment du rapport prévu à l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application.

Le taux majoré tient compte des éléments suivants :

- l'âge moyen du groupe comparé à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime ;
- le salaire moyen par assuré comparé au salaire moyen de l'ensemble des assurés du régime.

Par conséquent, les taux majorés "t₁" et "t₂" sont déterminés selon les formules suivantes :

a) *Au titre de la couverture décès-incapacité-invalidité*

$$t_1 = (100 + 5 x) \%$$

où x représente la différence, arrondie à l'année inférieure, entre l'âge moyen du groupe et l'âge moyen des assurés du régime. x n'est pris en compte que lorsque l'âge moyen du groupe est supérieur à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime ; il est considéré égal à 0 s'il est inférieur à 2, et il est limité à 10.

b) *Au titre de la couverture frais maladie-chirurgie-maternité*

$$t_2 = [0,5 (100+x) + 0,5 \frac{(100+x) S}{s}] \%$$

où : x représente la différence, arrondie à l'année inférieure, entre l'âge moyen du groupe et l'âge moyen des assurés du régime. x n'est pris en compte que lorsque l'âge moyen du groupe est supérieur à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime : il est considéré égal à 0 s'il est inférieur à 2, et il est limité à 10.

s représente le salaire moyen du groupe concerné.

S représente le salaire moyen des participants au régime.

Le taux "t₂" obtenu est arrondi au nombre entier inférieur le plus proche. Il ne peut être inférieur à 100 % ni supérieur à 120 %.

Par ailleurs, des conditions spéciales pourront être déterminées pour les entreprises dont l'entrée dans le régime est subordonnée à la reprise d'engagements antérieurs.

Article 12 - Objet - Bénéficiaires

12-1 Objet

Le Régime supplémentaire définit ci-après, est un régime (mot supprimé) complémentaire du Régime Professionnel Conventionnel. Seules les entreprises affiliées au régime professionnel conventionnel peuvent, si elles le souhaitent, adhérer à ce dernier dans les conditions ci-après.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie Décès et de la garantie Maladie-Chirurgie.

Les entreprises peuvent opter soit pour la garantie Décès, soit pour l'une des trois options RS1, RS2 ou RS Plus de la garantie Maladie-Chirurgie, soit pour la garantie Décès et l'une des trois options RS1, RS2 ou RS Plus de la garantie Maladie - Chirurgie.

12-2 Participants

Lorsque l'entreprise est affiliée au Régime supplémentaire, tous les salariés bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise.

Article 13 - Assiette des garanties

L'assiette des garanties supplémentaires de l'assurance décès est l'assiette des garanties du Régime professionnel conventionnel définie à l'article 2 de la présente annexe.

Article 14 - Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations au Régime supplémentaire est l'assiette des cotisations au Régime professionnel conventionnel définie à l'article 3 de la présente annexe.

*Article 15 - Couverture supplémentaire en cas de décès du salarié
(en pourcentage du salaire de base)*

Le Régime supplémentaire s'applique selon des modalités et définitions identiques à celles prévues à l'article 6-1 de la présente annexe, l'assuré étant obligatoirement couvert selon la même option.

Le Régime supplémentaire verse, en supplément du capital ou du capital et de la rente prévus par le Régime professionnel conventionnel, les majorations suivantes exprimées en pourcentage du salaire de base :

a) Option n° 1 Capital Décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 2 de la présente annexe, est déterminé comme suit :

	Décès par maladie	Décès par accident*
- célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge**	130 %	180 %
- mariés sans personne à charge**	155 %	180 %
- célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge**	180 %	180 %
- majoration par personne à charge supplémentaire**	25 %	25 %

* : En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de douze mois suivant l'accident

** : La notion de personnes à charge est définie au paragraphe C de l'article 6-1 de la présente annexe.

b) Option n° 2 Capital Décès et Rente Éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 2 de la présente annexe, sont déterminés comme suit :

	Décès par maladie	Décès par accident*
➤ Capital Décès Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130 %	180 %
➤ Rente éducation Chaque enfant à charge au sens du paragraphe C de l'article 6-1 de la présente annexe, perçoit une rente supplémentaire	4 %	4 %

(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de douze mois suivant l'accident.

Cette rente supplémentaire est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

Article 16 - Prestation Maladie-Chirurgie

Le régime supplémentaire s'applique selon des modalités identiques à celles prévues à l'article 9.2 de la présente annexe.

Le régime supplémentaire verse en supplément des prestations prévues au Régime Professionnel Conventionnel, selon l'option de l'entreprise, les prestations fixées par l'un des régimes RS1, RS2 ou RS Plus ci-après.

ACTES	Remboursement R.S.1 ⁽¹⁾	Remboursement R.S.2 ⁽¹⁾	Remboursement R.S.+ ⁽¹⁾
<u>HOSPITALISATION</u>			
❖ Forfait journalier hospitalier	-	+ 20 F	+ 20 F
❖ Chambre particulière	-	+ 40 F par jour	+ 40 F par jour
<u>FRAIS ET HONORAIRES MEDICAUX</u>			
❖ Consultation omnipraticien	+ 20 F	+ 40 F	+ 40 F
❖ Consultation spécialiste	+ 20 F	+ 100 F	+ 100 F
❖ Consultation spécialiste	-	+ 50 F	+ 50 F
❖ Consultation professeur	+ 20 F	+ 40 F	+ 40 F
❖ Visite omnipraticien	+ 20 F	+ 100 F	+ 100 F
❖ Visite spécialiste			
<u>FRAIS MEDICAUX COURANTS</u>			
❖ Radiographie			
✓ <i>Conventionné</i>	-	+37% du rbt SS	+37% du rbt SS
✓ <i>Non conventionné</i>	-	-	-
❖ Soins infirmiers			
✓ <i>Conventionné</i>	-	+13% du rbt SS	+13% du rbt SS
✓ <i>Non conventionné</i>	-	-	-
❖ Soins orthopédiques			
✓ <i>Conventionné</i>	-	+13% du rbt SS	+13% du rbt SS
✓ <i>Non conventionné</i>	-	-	-
❖ Autres auxiliaires médicaux			
✓ <i>Conventionné</i>	-	+13% du rbt SS	+13% du rbt SS
✓ <i>Non conventionné</i>	-	-	-
❖ Soins dentaires			
✓ <i>Conventionné</i>	+17% du rbt SS	+37% du rbt SS	+37% du rbt SS
✓ <i>Non conventionné</i>	-	-	-
❖ Analyses			
✓ <i>Conventionné</i>	-	+13% du rbt SS	+13% du rbt SS
✓ <i>Non conventionné</i>	-	-	-

⁽¹⁾ s'ajoute aux remboursements du RPC

ACTES	Remboursement R.S.1 ⁽¹⁾	Remboursement R.S.2 (1)	Remboursement R.S. + (1)
<u>OPTIQUE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE</u>			
❖ Par monture			
✓ <i>Adulte</i>	+ 110 F	+ 50 F	+ 110 F
✓ <i>Enfant</i>	+ 100 F	+ 100 F	+ 100 F
❖ Par verre			
✓ <i>Adulte</i>	+ 180 F ⁽²⁾	+ 145 F ⁽²⁾	+ 180 F ⁽²⁾
✓ <i>Enfant</i>	+ 180 F ⁽³⁾	+ 180 F ⁽³⁾	+ 180 F ⁽³⁾
❖ Par paire de lentilles	+ 460 F	-	+ 460 F
<u>OPTIQUE REFUSEE PAR LA SECURITE SOCIALE</u>			
❖ Par paire de lentilles	920 F	-	920 F
<u>PROTHESES DENTAIRES ORTHODONTIE</u>			
❖ Acceptées par la Sécurité Sociale	+ 12 F par SPR ou TO	+ 6 F par SPR ou TO	+ 12 F par SPR ou TO
❖ Refusées par la Sécurité Sociale	+ 12 F par SPR ou TO	+ 6 F par SPR ou TO	+ 12 F par SPR ou TO
<u>VERSEMENTS FORFAITAIRES</u>			
❖ Naissance	+ 540 F en cas de péridurale refusée par la Sécurité Sociale	+ 500 F ou + 2 340 F en cas de péridurale refusée par la Sécurité Sociale	+ 500 F ou + 2 340 F en cas de péridurale refusée par la Sécurité Sociale
❖ Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale		+ 16 F par jour	+ 16 F par jour

⁽¹⁾ s'ajoute aux remboursements du RPC

⁽²⁾ ou si plus favorable, RPC compris, 1800% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

⁽³⁾ ou si plus favorable, RPC compris, 300% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

Article 17 - Cotisations - Dotations

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 6 du présent accord.

Les cotisations afférentes au risque Décès-Incapacité-Invalidité (article 15 de la présente annexe) sont fixées à 0,30% du salaire brut tel que défini à l'article 3 de la présente annexe.

Les cotisations afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité (article 16 de la présente annexe) sont fixées :

- pour les RS1 et RS2 à 0,205% du plafond de la Sécurité Sociale et 0,155% du salaire brut tel que défini à l'article 3 de la présente annexe ;
- pour le RS + à 0,255% du plafond de la Sécurité Sociale et 0,205% du salaire brut tel que défini à l'article 3 de la présente annexe ;

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du Régime de Prévoyance Professionnel, les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

Pour l'année 2000, les taux d'appel des cotisations afférentes aux risques Décès-Incapacité-Invalidité et Maladie-Chirurgie-Maternité sont ceux définis par les articles 1 et 2 de l'avenant du 17 septembre 1998 à l'accord collectif de prévoyance du 17 décembre 1996.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 50% pour la part employeur
- 50% pour la part salarié.

Article 18 - Taux majoré pour les entreprises adhérant après le 31 décembre 1994

L'affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 31 décembre 1994 sera subordonnée à l'application des mêmes taux majorés que ceux définis à l'article 11 de la présente annexe pour le Régime professionnel conventionnel.

ANNEXE n° 2 - RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES VOYAGEURS REPRESENTANTS PLACIERS (VRP)

Dans la mesure où les Voyageurs Représentants Placiers (VRP) n'ont pas de couverture obligatoire pour le risque décès (à l'exception des VRP relevant de l'IRPVRP) et les risques Incapacité-Invalidité et Maladie-Chirurgie-Maternité, les signataires du présent accord entendent donner, aux entreprises de l'Industrie Pharmaceutique, la possibilité de faire bénéficier les VRP qu'elles emploient de tout ou partie du présent régime de prévoyance.

Première partie – Régime de prévoyance des Voyageurs Représentants Placiers relevant de l'IRREP (non cadres)

Les Voyageurs Représentants Placiers relevant de l'IRREP et appartenant aux entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique du 6 avril 1956, peuvent bénéficier du régime de prévoyance au titre du RPC et des régimes supplémentaires, définis à l'annexe 1 du présent accord, dans les conditions fixées par le présent accord.

Deuxième partie - Régime de prévoyance des Voyageurs Représentants Placiers relevant de l'Institution de Retraite et de Prévoyance des Voyageurs Représentants Placiers (IRPVRP - cadres)

La couverture du risque décès étant obligatoire auprès de l'INPR (Institution Nationale de Prévoyance des Représentants), les VRP relevant de l'IRPVRP et appartenant aux entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique du 6 avril 1956 peuvent bénéficier d'une couverture qui vient en complément du régime obligatoire souscrit auprès de l'INPR.

Les VRP peuvent donc bénéficier de l'ensemble des garanties définies à l'annexe 1 du présent accord, dans les conditions fixées par le présent accord, à l'exclusion de la garantie décès du RPC définie aux articles 6 et 7 de l'annexe 1.

Toutefois, lorsque les VRP sont couverts, à titre obligatoire auprès de l'INPR, pour la garantie Invalidité, les prestations de la couverture Incapacité-Invalidité du RPC sont versées sous déduction de la prestation prévue par l'INPR. Dans ce cas, les VRP concernés bénéficient d'une couverture en cas de décès selon un montant égal à une « part » conformément aux modalités prévues par le régime de l'INPR.

La cotisation afférente au risque Incapacité-Invalidité du RPC (article 8 de l'annexe 1 du présent accord) est fixée à 0,85% du salaire brut tel que défini à l'article 3 de l'annexe 1 du présent accord.

Pour l'année 2000, la cotisation afférente au risque Incapacité-Invalidité du RPC est appelée pour 88,2353% de son montant, soit au taux de 0,75%.

ANNEXE n° 3 - COUVERTURES ET COTISATIONS DES RETRAITES, ANCIENS SALARIÉS ET AYANTS DROIT DÉSIGNÉS PAR L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

(ANNEXE COMMUNE À L'ENSEMBLE DES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES)

Article 1 - Régime des retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Ce régime est géré par une convention spécifique. Toutefois, afin d'établir, le cas échéant, une solidarité tarifaire avec les actifs, et de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application, les cotisations définies à l'article 2 ci-après peuvent être partiellement appelées, la différence étant prélevée sur la Réserve de couverture des anciens assurés visée à l'article 4 de l'annexe n° 1 du présent accord.

Peuvent continuer à bénéficier de la couverture des prestations Maladie-Chirurgie-Maternité, selon les couvertures du Régime professionnel conventionnel et celles du régime supplémentaire s'ils en bénéficiaient avant la rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés et ayants droit de salariés décédés des entreprises adhérentes au Régime professionnel conventionnel et désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès - et au-delà de cette période si elles conservent le numéro d'immatriculation de l'assuré décédé - sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

- A titre dérogatoire, et dans les conditions prévues ci-après, les retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

. des entreprises adhérant après le 31 décembre 1996, dans la mesure où ils étaient couverts par la convention résiliée par l'entreprise et qui adhèrent au régime professionnel,

. des entreprises adhérentes au régime, dans le cadre d'une réorganisation de leurs couvertures, dans la mesure où ils étaient couverts au sein d'un contrat complémentaire souscrit auprès de l'assureur désigné à l'article 6 du présent accord.

L'affiliation du groupe de retraités, anciens salariés et ayant droit, ainsi défini est subordonnée à une pesée technique effectuée soit par les organismes de gestion désignés, soit par un expert mandaté par le Comité Paritaire de Gestion.

Cette pesée s'effectue au regard notamment :

- des résultats communiqués au titre de la couverture antérieure,
- de la composition du groupe.

Les conditions proposées à l'issue de cette pesée doivent être entérinées par le Comité Paritaire de Gestion au vu des éléments présentés et des résultats de la pesée.

La garantie prend effet au lendemain de la demande.

Les bénéficiaires et les remboursements sont ceux définis à l'article 9 de l'annexe n°1 du présent accord. Toutefois, continuera à bénéficier du présent régime, le conjoint couvert par la Sécurité sociale au titre d'ayant droit du participant au moment de l'adhésion de ce dernier au présent régime et qui du fait de la liquidation de ses propres droits à la retraite, n'est plus ultérieurement couvert par la Sécurité sociale au titre d'ayant droit du participant.

Pourra également bénéficier du présent régime le conjoint qui, du fait de la liquidation de sa retraite, cesse d'être ayant droit d'un salarié inscrit à l'un des régimes professionnels des actifs. Dans le cas où ce salarié, lors de la sortie de son régime professionnel, n'adhère pas au présent régime, son conjoint cesse automatiquement d'en bénéficier à l'expiration de la période d'assurance en cours.

Sont également admis à bénéficier du présent régime les salariés ci-après dont le contrat de travail se trouve suspendu :

- Salariés titulaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la Sécurité sociale n'ayant pas ou plus droit au maintien des garanties prévues par l'annexe n° 1 du présent accord,
- Salariés en congé parental d'éducation,
- Salariés en congé sabbatique,
- Salariés en congé pour création d'entreprise,

et qui en font la demande au plus tard dans les deux mois suivant le point de départ de la suspension du contrat.

La garantie pour les bénéficiaires visés à l'alinéa ci-dessus prend effet soit au premier jour de la suspension du contrat, si la demande est reçue dans le délai d'un mois suivant le point de départ de la suspension, soit au lendemain de la demande si elle est reçue après l'expiration de ce délai d'un mois. Elle cesse le dernier jour de la période de suspension.

La cotisation est celle fixée au 2ème tiret de l'article 2 de la présente annexe (bénéficiaire de la couverture au titre des catégories autres que retraités prévues par la présente annexe)."

Article 2 - Cotisation

Les cotisations sont dues pour chacun des bénéficiaires des garanties. Leur montant annuel, au 1er juillet 1999, est fixé comme suit :

	Régime professionnel conventionnel (RPC)	Régime supplémentaire :		
		RS 1	RS 2	RS Plus
- pour chaque participant retraité	4 188 F	844 F	844 F	1 123 F
- pour chaque conjoint de participant retraité ou veuf(ve) du participant	4 188 F	844 F	844 F	1 123 F
- pour chaque participant non retraité	3 441 F	696 F	696 F	927 F
- pour chaque conjoint de participant non retraité ou veuf(ve) du participant décédé en activité	3 441 F	696 F	696 F	927 F
- pour chaque enfant à charge (gratuité à partir du 4ème enfant)	1 719 F	348 F	348 F	460 F

Les cotisations du RPC sont appelées à hauteur de 70 % pour les adhérents bénéficiant du Régime Général de la Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Le montant des cotisations pourra être modifié annuellement, en principe à effet du 1^{er} juillet, après avis du comité paritaire de gestion par avenant au présent accord.

Il est convenu que la cotisation moyenne effectivement payée par adhérent ne sera pas - tant que l'équilibre technique du régime sera maintenu - supérieure à 150 % de la cotisation moyenne (exprimée en francs) applicable aux actifs au titre de la couverture maladie-chirurgie-maternité du Régime professionnel conventionnel.

Si, pour l'équilibre du régime, il est nécessaire de dépasser la limite fixée ci-dessus, la cotisation ne sera que partiellement appelée auprès de l'adhérent, le complément étant prélevé dans la Réserve de couverture des anciens assurés prévue à l'article 4 de l'annexe n°1 du présent accord, dans la limite de ses disponibilités et après avis du comité paritaire de gestion. En cas d'insuffisance de la réserve précitée, un avenant au présent accord déterminera les nouvelles modalités du régime des anciens assurés.

Article 3 - Compte de résultats et réserve de stabilité

Le présent régime fait l'objet d'un compte de résultats spécifique établi tous les ans pour l'ensemble des adhérents couverts par cette annexe, selon les modalités prévues aux contrats passés avec les organismes de gestion.

ANNEXE N° 4 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ PARITAIRE DE GESTION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Article 1 - Objet

Le présent règlement intérieur fixe la composition, les règles de fonctionnement et les missions du Comité de Gestion paritaire institué par l'article 38 des clauses générales de la Convention collective nationale du 6 avril 1956, modifiée, et par l'article 3 du présent accord.

Article 2 - Composition du Comité

Le Comité de gestion comprend :

- Un collège des Salariés composé de :

- . trois membres pour chacune des Confédérations C.G.T., C.G.T. - F.O., C.F.T.C., C.F.E.-C.G.C., C.F.D.T., quel que soit le nombre de syndicats appartenant à ces confédérations,
- . deux membres pour le Syndicat national professionnel autonome des Délégués-Visiteurs médicaux (S.N.P.A.D.V.M.).

- Un collège des Employeurs composé d'un nombre de représentants égal au nombre total de représentants de l'ensemble des Organisations syndicales de Salariés.

Les représentants des assureurs assistent aux réunions du Comité de Gestion en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour, ainsi que l'aide matérielle nécessaire à son fonctionnement.

Article 3 - Représentation des membres du Comité

Tout membre du Comité qui ne peut assister à une séance est représenté de plein droit, et sans que soit exigé un pouvoir à cet effet, par un membre du Comité appartenant à la même confédération ou, en l'absence de confédération, au même syndicat que lui.

Article 4 - Bureau

Composition du Bureau

Lors de la première réunion de chaque exercice, le Comité de Gestion élit parmi ses membres un Bureau comprenant :

- un Président,
- un Vice-Président,
- un Secrétaire,
- un Secrétaire adjoint.

Le Président doit appartenir alternativement au collège des Salariés et au collège des Employeurs, sauf désistement exprès du collège auquel devrait revenir la présidence.

Le Vice-Président doit appartenir au collège des Employeurs lorsque le Président appartient au collège des Salariés et au collège des Salariés lorsque le Président appartient au collège des Employeurs.

Le Secrétaire doit appartenir au même collège que le Président.

Le Secrétaire adjoint doit appartenir au même collège que le Vice-Président.

Dans le cas où un membre du Bureau cesserait ses fonctions de membre du Bureau pour quelque cause que ce soit, il sera procédé à une élection en vue de son remplacement par un membre appartenant au même collège ; le mandat du remplaçant expirera à la fin de l'exercice en cours.

Élection du Bureau

Le Président et le Vice-Président sont élus à l'unanimité des deux collèges, la position de chaque collège étant au préalable déterminée au moyen d'un vote exprimé comme il est dit à l'article VI-5° ci-dessous. Si l'unanimité ne se réalise pas au cours du premier tour de scrutin, il est organisé autant de tours qu'il est nécessaire.

Le collège auquel appartient le Président, votant séparément, comme il est dit à l'article VI-5° ci-dessous, élit le Secrétaire. L'autre collège votant séparément, comme il est dit à l'article VI-5° ci-dessous, élit le Secrétaire adjoint.

Fonction du Bureau

Le Bureau a pour fonction de préparer le travail du Comité de Gestion, sur demande de celui-ci, ou d'assumer certaines démarches en son nom et de suivre la bonne exécution de ses décisions. A moins d'une délégation de pouvoir expresse du Comité, limitée à certains sujets particuliers, le Bureau n'a de pouvoir de décision que pour statuer sur des cas sociaux urgents.

Fonctionnement du Bureau

En cas d'urgence, le Bureau peut se réunir à l'initiative de son Président ou du Vice-Président en cas d'empêchement du Président. Une convocation écrite mentionnant l'ordre du jour devra être adressée aux membres du Bureau trois jours au moins avant la date de la réunion.

Tout membre qui ne peut assister à une séance du Bureau a la possibilité de s'y faire représenter par l'autre membre du Bureau du même collège.

Le Bureau prend ses décisions à la majorité des membres présents ou représentés.

Au cas où cette majorité n'est pas acquise, le Président doit porter l'objet du désaccord à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Comité de Gestion.

Article 5 - Fonctionnement du Comité

Pendant la première année de son fonctionnement, le Comité de Gestion se réunit tous les mois suivant un calendrier fixé lors de sa première réunion. Lors de la dernière réunion de cette première année, il déterminera la périodicité des réunions des exercices suivants et le

calendrier du premier de ces exercices. Le calendrier sera ensuite établi à la dernière réunion d'un exercice pour l'exercice suivant. En dehors des dates ainsi fixées, le Comité se réunit, éventuellement, si cela est nécessaire, après accord entre le Président et le Vice-Président, sur convocation écrite mentionnant l'ordre du jour et sous préavis de 15 jours au moins.

Le Secrétaire est chargé d'établir un procès-verbal de chaque réunion que le Président doit faire approuver à la réunion suivante à l'unanimité des membres présents et représentés tant à la réunion dont les travaux sont relatés qu'à la réunion où le procès-verbal est soumis à approbation.

Dans le cas où il est empêché d'assumer ses fonctions, le Président doit avertir au préalable le Vice-Président, afin qu'il puisse assurer son remplacement. Dans le cas où le Président et le Vice-Président sont empêchés, il appartient au Comité de Gestion de désigner parmi les membres présents un Président de séance dans les formes prévues à l'article VI-5° ci-dessous.

Dans le cas où la Présidence est assurée par le Vice-Président ou par un autre membre du Comité, le secrétariat revient au même collègue.

Article 6 - Missions du Comité

1° Le Comité de Gestion a pour mission générale le contrôle de l'application des règles de principe fixées par l'article 38 des clauses générales de la Convention collective nationale de l'Industrie pharmaceutique et des règles de fonctionnement du présent accord et, s'il y a lieu, des textes légaux et réglementaires relatifs aux régimes de protection sociale.

Lors de chaque réunion du Comité, les représentants des organismes gestionnaires rendent compte de manière complète et détaillée, et suivant un cahier des charges fixant la nature et la fréquence des calendriers des informations à fournir de la situation du Régime et de son évolution de façon à permettre au Comité de Gestion de donner toutes directives quant à l'application du contrat.

Le Comité de Gestion établit avec les organismes gestionnaires le cahier des charges visé à l'alinéa ci-dessus.

Chaque année, au mois d'avril, les représentants des organismes gestionnaires soumettent à l'approbation du Comité de Gestion les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente, et lui fournissent toutes les explications et documents nécessaires à une bonne compréhension de ces comptes. Le Comité de Gestion doit être en mesure d'approuver les comptes dudit exercice au plus tard le 30 juin afin que les représentants des organismes gestionnaires établissent les documents d'information prévus à l'article 8 du présent accord qu'ils adresseront à toutes les entreprises adhérentes avant le 31 août de chaque année.

Après approbation des comptes, le Comité propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents de l'exercice considéré, après constitution des réserves légales et conventionnelles. Cette proposition figure dans le procès-verbal de la réunion au cours de laquelle elle a été faite.

2° Le Comité de Gestion examine les demandes d'adhésion d'entreprises au RPC et au RS et décide, après examen, de leur admission ou du rejet de leur demande.

S'il s'agit d'une demande d'adhésion d'une entreprise visée à l'article 7-4 du présent accord, le Comité devra exercer son contrôle sur l'établissement du taux majoré prévu dans ce cas.

Il examine également les avis de démission et contrôle l'établissement de l'indemnité éventuellement appliquée aux entreprises quittant le régime conformément aux dispositions de l'article 7, 2ème alinéa, de la loi du 31 décembre 1989.

3° Le Comité de Gestion procède aux études demandées par les partenaires sociaux en vue de la négociation de tous contrats d'assurances nécessaires pour la réalisation du présent accord.

Il procède également aux études en vue de la négociation par les partenaires sociaux des modifications à apporter aux contrats existants en tenant compte, notamment, de l'évolution des tarifs médicaux en France et des remboursements de la Sécurité sociale ainsi que des résultats des contrats.

Tous les cinq ans, à la demande des partenaires sociaux, il procède à l'appel d'offres, conformément à l'article 6 du présent accord.

4° Le Comité de Gestion assure la gestion du Fonds de Solidarité du Régime.

Le Fonds de Solidarité est financé par un prélèvement sur le solde créditeur général du compte de résultat de l'exercice considéré dont le Comité de Gestion détermine le montant après approbation des comptes.

Ce Fonds de Solidarité est destiné à permettre l'attribution, sur décision du Comité de Gestion, d'allocations exceptionnelles en complément des remboursements déjà effectués par la Sécurité sociale à des salariés qui ont dû faire face à des dépenses de santé particulièrement importantes compte tenu de leurs ressources familiales. En outre, des allocations peuvent être attribuées, exceptionnellement, pour des dépenses de santé non encore remboursées par la Sécurité sociale lorsqu'il s'agit de techniques de soins ou de médicaments en voie d'inscription dans la nomenclature de la Sécurité sociale compte tenu également du niveau des ressources familiales du bénéficiaire.

5° Les décisions du Comité de Gestion, prises dans le cadre du présent article, le sont par accord constaté entre les deux collèges, chaque collègue disposant à cet effet d'une voix.

Préalablement au vote prévu à l'alinéa précédent, chaque collègue détermine sa position séparément dans les conditions ci-dessous :

- les membres présents ou représentés procèdent entre eux à un vote à la majorité des voix valablement exprimées (compte non tenu des abstentions). Le résultat de ce vote détermine la position du collège. Au cas où une majorité ne se dégage pas au sein d'un collège, celui-ci est considéré comme s'abstenant.

Article 7 - Élection de domicile

Le Comité de Gestion fait élection de domicile à l'Association de Prévoyance Générale Interprofessionnelle des Salariés (A.P.G.I.S.) 28 bis rue Sorbier - 75977 PARIS CEDEX 20.

ARTICLE 13 - *Dates d'application*

Le présent accord entre en vigueur le 29 mai 2000

ARTICLE 14 - *Extension*

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère de Travail et des Affaires Sociales l'extension du présent accord collectif.

ARTICLE 15 - *Dépôt*

Conformément aux articles L. 132.10 et R. 132.1 du Code du Travail, le présent accord collectif sera déposé en cinq exemplaires à la Direction départementale du Travail et de l'Emploi de Paris et remis au Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 29 mai 2000

Pour le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique :

- Pour la Fédération Chimie Energie -
F.C.E./C.F.D.T.

- Pour la Fédération Nationale des
Industries Chimiques - C.G.T.

- Pour la Fédération des Cadres de la Chimie
- CFE-CGC

- Pour la Fédération Nationale de la
Pharmacie - F.O.

- Pour la Fédération Nationale des Industries
Chimiques - C.F.T.C.

- Pour le Syndicat National Professionnel
Autonome des Délégués Visiteurs
Médicaux
(S.N.P.A.D.V.M.)