

Accord groupe révisé relatif à la Prévoyance et aux Frais de Santé

DU 5 DECEMBRE 2022

✓
EL u S
CN KM

SOMMAIRE

TITRE 1	DISPOSITIONS COMMUNES.....	7
Article 1.	Le champ d'application de l'accord	8
TITRE 2	REGIME « FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE.....	9
Article 2.	L'adhésion au régime	9
Article 3.	Les prestations du régime « frais de santé »	11
Article 4.	Les cotisations du régime « frais de santé »	11
TITRE 3	REGIME « FRAIS DE SANTE » SUR-COMPLEMENTAIRE FACULTATIF	12
Article 5	L'adhésion au régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif.....	12
Article 6.	Les prestations du régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif	13
Article 7.	Les cotisations du régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif.....	13
TITRE 4	REGIME « INCAPACITE, INVALIDITE, DECES ».....	15
Section 1	Les sociétés n'appliquant pas une des conventions collectives de branche mentionnées aux sections 2 et 3 du présent Titre	15
Article 8.	L'adhésion au régime « incapacité, invalidité, décès »	15
Article 9.	Les prestations du régime	16
Article 10.	Les cotisations du régime	16
Article 11.	Le changement d'organisme assureur	17
Section 2	Les sociétés appliquant la convention collective de branche « Syntec »	17
Article 12.	L'adhésion au régime	18
Article 13.	Les prestations du régime	19
Article 14.	Les cotisations du régime	19
Article 15.	Le changement d'organisme assureur	20

F LK SE
 CW KH
 EL

Section 3 Les sociétés appliquant la Convention collective nationale des « transports routiers et activités auxiliaires du transport »	20
Article 16. L'adhésion au régime	20
Article 17. Les prestations du régime	22
Article 18. Les cotisations du régime	22
Article 19. Le changement d'organisme assureur	23
TITRE 4 AUTRES DISPOSITIONS COMMUNES	23
Article 20. La portabilité des régimes.....	23
Article 21. La « Commission paritaire prévoyance ORANO »	24
Article 22. L'évolution des régimes	25
Article 23. Le Fonds social.....	27
Article 24. L'information des salariés	27
Article 25 La durée de l'accord et les dates d'effet	27
Article 26. Les modalités de révision et de dénonciation de l'accord	28
Article 27. Les modalités de résiliation des contrats d'assurance	28
Article 28. Le dépôt du présent accord.....	28
Annexes	

EL CN SE 1CH

ENTRE LES SOUSSIGNES

La Direction Générale du groupe ORANO représentée par Vincent FRUGIER en sa qualité de Directeur des Affaires Sociales du groupe ORANO.

d'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives au niveau du groupe ORANO, à savoir :

- Le syndicat CFDT représenté par Jean Pierre BARA
- Le syndicat CFE / CGC représenté par Laurent CHEROUX
- Le syndicat CGT représenté par Eric LEMETAIS
- Le syndicat CGT/FO représenté par Cédric NOYER
- Le syndicat UNSA /SPAEN représenté par Kaddour MISSERGHINI

d'autre part.

Ensemble dénommées « les parties ».

EL VF
CN VH
SS

PREAMBULE

Une nouvelle Convention Collective de la Métallurgie a été signée le 7 février 2022. Celle-ci prévoit, entre autres, des nouvelles dispositions en matière de protection sociale (Prévoyance et Frais de santé) pour l'ensemble des salariés. Les entreprises concernées doivent donc adapter leurs accords d'entreprise et leurs contrats d'assurance collectifs afin de se mettre en conformité avec ces nouvelles dispositions prévues au niveau national.

Dans cette optique, la Direction et les Organisations Syndicales représentatives ont ouvert une négociation de Groupe visant à mettre en conformité le régime de Prévoyance et de Frais de santé tout en assurant sa pérennité. Constatant que le régime de Prévoyance et de Frais de santé mis en place en 2019 requérait des adaptations, les parties à la négociation ont entamé des discussions afin d'identifier les ajustements possibles. Les parties ont principalement mené leurs travaux sur :

- ✓ les garanties versées en cas de décès qui nécessitaient de tenir compte notamment de l'obligation de l'allocation d'une rente éducation pour les salariés ayant des enfants à charge ;
- ✓ les prestations de frais de santé ne répondant plus aux nouveaux minimums de la branche ;
- ✓ les actions sociales présentant un Degré Elevé de Solidarité (D.E.S) qu'Orano a instauré dès l'origine du présent accord groupe, principe inscrit dans la structure même du contrat collectif (une cotisation famille exprimée en pourcentage du salaire donnant accès à des prestations identiques pour l'ensemble du personnel) ainsi que dans ses politiques internes.

A cette occasion, la Direction a réaffirmé sa volonté de garantir une couverture optimale et la plus large possible aux salariés, la protection de la santé et de la sécurité des salariés étant un enjeu majeur pour le groupe ORANO.

Les parties à la négociation ont exprimé la volonté de maintenir des régimes Prévoyance (incapacité, invalidité et décès) et Frais de santé présentant un haut niveau de prestations tout en conservant certains principes positifs qui animent le groupe Orano, à savoir :

- ✓ des régimes uniques collectifs et obligatoires applicables à l'ensemble des salariés du Groupe, sans condition d'ancienneté, quelle que soit la durée de leur contrat de travail et leur catégorie socio-professionnelle, et ce tout en tenant compte des conventions collectives de branche dont relèvent certaines sociétés composant le Groupe,
- ✓ la nécessité de mettre en œuvre des régimes à la condition expresse qu'ils soient applicables à tous les salariés dès leur mise en place,
- ✓ une qualité d'information, de prise en charge et de suivi des salariés,
- ✓ la couverture de l'ensemble de la famille,
- ✓ la possibilité de continuer à bénéficier de la couverture dans tous les cas de congés non rémunérés,
- ✓ une cotisation calculée sur la rémunération brute permettant d'exprimer la contribution de chaque salarié en fonction de ses ressources,
- ✓ l'accès pour tous aux progrès médicaux récents,
- ✓ l'adaptation des prestations dans le cadre d'un plafond permettant de garantir un meilleur accès aux soins tout en maîtrisant la tarification,
- ✓ la volonté de déléguer l'ensemble de la gestion courante à une Commission paritaire habilitée à prendre l'essentiel des décisions,
- ✓ la mise en place d'un fonds social destiné à faire face à des situations exceptionnelles,

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner: "CN", "EL", "AF", "KH", and a stylized "S".

- ✓ la mise en place d'actions de prévention ciblées grâce à un budget dédié et à la mise en place d'un questionnaire médical,
- ✓ une mutualisation effectuée au niveau du groupe afin de garantir ces régimes quelle que soit l'évolution des sinistres,
- ✓ une sécurisation grâce à des techniques contractuelles destinées à limiter l'impact de sinistres très importants,
- ✓ un dispositif permettant de faciliter l'équilibre sur le long terme des régimes mis en œuvre, les taux de cotisations proposés correspondent à un régime financièrement équilibré,
- ✓ la solidarité des salariés actifs avec les retraités est réaffirmée.

Sans changement à ce titre depuis la conclusion de l'accord groupe d'origine du 7 septembre 2018, le présent accord révisé s'inscrit dans une volonté commune et forte de pilotage responsable, à l'équilibre, de régimes durables et économiquement supportables pour le Groupe et les salariés.

De par le nombre important d'avenants conclus depuis l'accord du 7 septembre 2018, les parties sont convenues de porter ces adaptations acquises dans le cadre du présent accord de révision pour en assurer une meilleure lisibilité.

C'est dans ce contexte que les parties ont convenu ce qui suit :

VF
CN
EL
SC
KM

Titre 1 Dispositions communes

Sans changement à ce titre depuis le 7 septembre 2018, le présent accord révisé a pour objet de mettre en place, au sein des sociétés du groupe Orano entrant dans le champ d'application du présent accord, les régimes suivants :

- « Frais de santé ». A ce niveau, les parties au présent accord ont convenu qu'il était nécessaire d'instituer un régime socle obligatoire et responsable, commun à l'ensemble des sociétés du groupe Orano entrant dans son champ d'application ;
- « Incapacité, invalidité, décès » dit Prévoyance. A ce niveau, les parties au présent accord ont souhaité tenir compte de certaines spécificités prévues dans les conventions collectives de branche appliquées par certaines sociétés du Groupe, et ce afin que celles-ci mettent en place un régime « incapacité, invalidité, décès » adapté et conforme à leurs obligations.

Par ailleurs, dans le cadre du présent accord groupe révisé, les parties sont convenues d'aménager à la hausse les prestations en matière de Frais de santé du contrat collectif sous l'effet des nouveaux minimums conventionnels de la branche de la Métallurgie, sans hausse des cotisations afférentes. Cette opération est rendue possible par la maîtrise financière constatée sur les exercices précédemment observés du régime « Frais de santé ».

En conséquence et à la date de conclusion du présent accord, les parties assument que le bénéfice potentiel du régime « Frais de santé » se réduise et ne comble qu'une partie plus réduite du déficit récurrent observé du régime « Incapacité, invalidité, décès ».

Pour répondre à l'objectif de pilotage du contrat collectif de façon responsable, à l'équilibre et dans la durée, les parties conviennent notamment de se doter des moyens et indicateurs nécessaires éclairant la typologie des arrêts de travail de longue durée afin de concevoir des plans de prévention pertinents et ciblés propres à :

- ✓ réduire les facteurs de risque qui pourraient être impliqués dans la dynamique observée de hausse des arrêts de travail de longue durée (période de référence 2019-2021),
- ✓ favoriser le maintien ou le retour dans l'emploi de salariés concernés, dans les conditions légales et réglementaires en vigueur,
- ✓ faire face au déficit consécutif du régime « Incapacité, invalidité, décès » et, plus généralement du contrat collectif.

Les parties constatent qu'à la date de conclusion du présent accord, la nature facultative des certificats médicaux adressés aux salariés concernés ne permet pas de disposer de données fiables et représentatives. Elles conviennent que la Direction recherche le dispositif adapté permettant de répondre aux objectifs susvisés, après échanges et avis de la Commission paritaire.

Le présent accord de révision a vocation à se substituer, en application de l'article L. 2253-5 du Code du travail, à l'accord du 7 septembre 2018 et ses avenants successifs (avenants n° 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7)

A cet effet l'ensemble des sociétés entrant dans le périmètre de l'accord ont donné mandat à un représentant ORANO afin :

- de souscrire, modifier et résilier les contrats d'assurance relatifs aux régimes de prévoyance « frais de santé » et « incapacité, invalidité et décès » et,
- d'effectuer toutes les démarches nécessaires à l'adhésion des sociétés aux contrats d'assurance susmentionnés mais également à la modification et à la résiliation de ces adhésions.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner: JF, KH, EL, CW, CC, SE.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, la Direction s'engage à réexaminer tous les cinq ans les choix opérés en matière d'organismes assureurs. Dans ce cadre elle informera la Commission paritaire prévoyance du groupe Orano de tout projet de changement d'organisme assureur en précisant les motifs de celui-ci. Elle lui communiquera les critères retenus pour le choix du nouvel organisme et recueillera ses observations. Enfin, la Direction restituera, au cours d'une réunion, l'analyse des réponses au cahier des charges en motivant sa décision.

Article 1. Le champ d'application de l'accord

Le présent accord concerne l'ensemble des sociétés du groupe ORANO figurant en Annexe 1.

Dans le présent accord, ces sociétés constituent collectivement « le groupe » et individuellement « la société ».

Pour toute entreprise entrant ou sortant du périmètre du présent accord, un avenant portant modification de l'annexe 1 sera conclu entre les parties.

En cas de sortie du périmètre du présent accord en cours d'exercice, celle-ci prendra effet au dernier jour de l'année civile en cours.

JF
LC SC
CN KH
EL

Titre 2 Régime « frais de santé » obligatoire

Article 2. L'adhésion au régime

Article 2.1. Les salariés bénéficiaires

- Le régime Frais de santé concerne l'ensemble des salariés des sociétés du groupe, et leurs ayants droit.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel (quelle qu'en soit la dénomination), d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse prévue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, mais qui ne bénéficient pas pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société :
 - continuent de bénéficier du régime pendant une durée d'un mois. Pendant cette période :
 - ✓ le taux de cotisations est identique à celui prévu pour les salariés en activité.
 - ✓ La répartition de cotisation entre l'employeur et le salarié est identique à celle prévue pour les salariés en activité.
 - ✓ l'assiette de la cotisation est identique à celle prévue pour les salariés en activité. Cependant, pour des raisons pratiques, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément à l'article 4 du présent accord collectif.
 - ont la faculté, à l'issue de la durée d'un mois susmentionnée, de solliciter le bénéfice d'un dispositif spécifique dont les prestations sont identiques à celles des salariés en activité. Pendant cette période :
 - ✓ le taux de cotisations est identique à celui prévu pour les salariés en activité.

VF
CN EL SC KH

- ✓ la cotisation afférente à ce maintien est à la charge exclusive du salarié et sera déterminée sur la base de la rémunération de référence correspondant à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze derniers mois précédant le premier jour de la période de suspension du contrat de travail. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser au gestionnaire du contrat collectif, dans les dix jours suivant la suspension de son contrat de travail, un relevé d'identité bancaire complété d'une autorisation de prélèvement.

- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière restent obligatoirement garantis moyennant le paiement des cotisations. Les modalités de financement de ce maintien sont assurées par la cotisation calculée sur la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail. La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur pour la part qui lui incombe conformément aux taux et à la répartition prévus à l'article 4 du présent accord.

Article 2.2. Le caractère obligatoire du régime « frais de santé »

L'adhésion des salariés au dispositif est obligatoire.

Cependant, à leur initiative, les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser d'adhérer au régime s'ils respectent les conditions prévues aux articles L. 911-7, III alinéas 2 et 3, et D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, les salariés en contrat à durée déterminée ou de mission dont le contrat de travail est d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure à 12 mois peuvent être dispensés, à leur initiative, de leur obligation d'affiliation sans qu'ils aient besoin de fournir un justificatif de couverture. Les salariés en contrat à durée déterminée ou de mission dont le contrat de travail est d'une durée au moins égale à 12 mois peuvent être dispensés, à leur initiative, de leur obligation d'affiliation à condition de fournir un justificatif à l'employeur prouvant qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties et que cette couverture doit être « responsable ».

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D. 911-5 du Code de la Sécurité sociale, notamment au moment de l'embauche, auprès du service des Ressources Humaines, et être accompagnées, de tous justificatifs nécessaires, renouvelés chaque année. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 2.3. le conjoint ou le partenaire de PACS d'un salarié bénéficiaire décédé

Lorsqu'un salarié en activité décède, le conjoint ou le partenaire de PACS non remarié au moment de sa demande de souscription, est couvert jusqu'à l'âge de liquidation de sa retraite à taux plein s'il en fait la demande auprès de l'assureur dans les conditions définies audit contrat.

AF CC KH
CN SC
EL

La cotisation afférente à ce maintien est à la charge exclusive du conjoint ou du partenaire de PACS. Dans le cadre du contrat collectif, elle est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale et s'élève, à titre informatif, à 3,74%, au jour de la conclusion du présent accord.

Article 3. Les prestations du régime « frais de santé »

Orano SA en sa qualité de contractant de l'assureur pour l'ensemble des sociétés du groupe veille à la bonne exécution du contrat d'assurance du Groupe qu'il a souscrit et utilise tous les moyens en son pouvoir à cet effet.

Les prestations, telles que décrites en annexe 2 au présent accord, ne constituent un engagement ni pour le Groupe Orano

, ni pour les sociétés du périmètre, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés bénéficiaires, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, la bonne exécution des prestations figurant à l'annexe n° 2 relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 4. Les cotisations du régime « frais de santé »

Article 4.1. Le taux et l'assiette des cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Plus précisément ces cotisations s'élèvent à 3,04 % de la rémunération brute dans la même limite. En Alsace et en Moselle, les cotisations s'élèvent à 2,01 % de la rémunération brute dans la même limite.

La base de cotisations est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées lors du départ de salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par l'entreprise à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle inclut tous les salaires, mêmes partiels versés par l'entreprise, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire, définies comme suit en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur de l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond sécurité sociale
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds sécurité sociale
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds sécurité sociale.

Pour tous les assurés bénéficiaires d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité, sous contrat de travail, la cotisation est due sur le salaire rétabli du mois de traitement de son arrêt.

Article 4.2. La répartition des cotisations

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner: "KH", "CN", "EL", "SC", and a checkmark.

La répartition des cotisations entre employeur et salariés est différente dans chacune des sociétés du Groupe compte tenu de la répartition existante préalablement et de la nécessité de préserver l'équilibre économique de chacune des sociétés. Cette répartition figure en annexe n°3.

Article 4.3. L'évolution ultérieure des cotisations

Les éventuelles diminutions ou augmentations ultérieures de la cotisation globale seront réparties entre les entreprises et les salariés à parts égales.

Article 4.4. Cotisation supplémentaire « inter générationnelle »

Les parties ont souhaité conserver le fonds de réserve destiné à assurer l'équilibre du régime proposé aux retraités. Pour financer cette réserve, elles ont convenu de conserver une cotisation salariale « inter générationnelle » supplémentaire d'un montant de 0,055%.

Cette cotisation, obligatoire, est exprimée en pourcentage de la rémunération brute dans la limite de huit fois le plafond mensuel de la Sécurité Sociale. La base de cotisation est identique à celle définie à l'article 5.1 ci-avant.

La base de cotisations est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées lors du départ de salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par l'entreprise à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle inclut tous les salaires, mêmes partiels versés par l'entreprise, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire, définies comme suit en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur de l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond sécurité sociale
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds sécurité sociale
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds sécurité sociale.

Pour tous les assurés bénéficiaires d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité, sous contrat de travail, la cotisation est due sur le salaire rétabli du mois de traitement de son arrêt.

Titre 3 Régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif

Article 5 L'adhésion au régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif

Article 5.1. Les salariés bénéficiaires

L'adhésion des salariés au régime « frais de santé » sur-complémentaire est ouverte à l'ensemble des salariés des sociétés du Groupe, et à leurs ayants droit. Il est facultatif et subordonné à l'adhésion obligatoire au régime « Frais de santé » de base.

VF SC KM
CN EL

L'adhésion à ce contrat sur-complémentaire est maintenue pendant la période de suspension du contrat de travail quelle qu'en soit la cause sous réserve que le salarié s'acquitte de la cotisation correspondante.

Article 5.2. Le conjoint ou le partenaire de PACS d'un salarié bénéficiaire décédé

Lorsqu'un salarié en activité décède, le conjoint ou le partenaire de PACS non remarié au moment de sa demande de souscription non remarié peut être couvert jusqu'à l'âge de liquidation de sa retraite à taux plein.

La cotisation afférente à ce maintien est à la charge exclusive du conjoint survivant. Elle est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité Sociale et s'élève, à titre indicatif à 0,16 %, au jour de la signature du présent accord collectif.

Article 6. Les prestations du régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif

Orano SA en sa qualité de contractant de l'assureur pour l'ensemble des sociétés du groupe veille à la bonne exécution du contrat d'assurance du groupe qu'il a souscrit et utilise tous les moyens en son pouvoir à cet effet.

Les prestations, telles que décrites en annexe 4 au présent accord, ne constituent un engagement ni pour la société Orano, ni pour les sociétés du périmètre du présent accord.

Par conséquent, la bonne exécution des prestations figurant à l'annexe n° 4 relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 7. Les cotisations du régime « frais de santé » sur-complémentaire facultatif

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Plus précisément ces cotisations s'élèvent à 0,13 % de la rémunération brute dans la même limite. En Alsace et en Moselle, les cotisations s'élèvent à 0,13% de la rémunération brute dans la même limite.

La base de cotisations est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées lors du départ de salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par l'entreprise à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle inclut tous les salaires, mêmes partiels versés par l'entreprise, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire, définies comme suit en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur de l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond sécurité sociale
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds sécurité sociale
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds sécurité sociale.

VF
SC
CN
EL

Pour tous les assurés bénéficiaires d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité, sous contrat de travail, la cotisation est due sur le salaire rétabli du mois de traitement de son arrêt.

Ces cotisations sont à la charge exclusive des salariés.

Le régime sur-complémentaire fera l'objet d'un compte indépendant du régime de base frais de santé tel que décrit au titre 2. Toute évolution de cotisation sera traitée de façon indépendante à l'évolution des cotisations du régime frais de santé obligatoire.

VF
CC
CW
RH
EL SC

Titre 4 Régime « incapacité, invalidité, décès »

Le groupe Orano est constitué de sociétés appliquant des Conventions collectives de branche différentes. Il a donc été nécessaire de procéder à des adaptations afin de tenir compte de certaines obligations fixées au niveau des branches.

Section 1 Les sociétés n'appliquant pas une des conventions collectives de branche mentionnées aux sections 2 et 3 du présent Titre

Article 8. L'adhésion au régime « incapacité, invalidité, décès »

Article 8.1. Les salariés bénéficiaires

Le régime « incapacité, invalidité, décès » défini au présent article concerne l'ensemble des salariés des sociétés du groupe qui n'appliquent pas une des conventions collectives de branche mentionnées aux sections 2 et 3 du présent Titre.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel (quelle qu'en soit la dénomination), d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse la cotisation prévue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, mais qui ne bénéficient pas pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société :
 - continuent de bénéficier du régime pendant le mois. Pendant cette période :
 - ✓ le taux de cotisations est identique à celui prévu pour les salariés en activité.
 - ✓ l'assiette de la cotisation est identique à celle prévue pour les salariés en activité. Cependant, pour des raisons pratiques, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.
 - ✓ la répartition de cotisation entre l'employeur et le salarié est identique à celle prévue pour les salariés en activité.

✓ CN EL KH

- ont la faculté, à l'issue de la durée d'un mois susmentionnée, de solliciter le bénéfice d'un dispositif dont les prestations en matière de décès sont identiques à celles des salariés en activité. Pendant cette période :

- ✓ la cotisation, calculée en fonction de la rémunération de référence, s'élève à 1,26 % pour la tranche A et 0,97 % pour les tranches B et C. Cette rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze derniers mois précédant le congé. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.

- ✓ la cotisation afférente à ce maintien est à la charge exclusive du salarié.

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser au gestionnaire du contrat collectif, dans les dix jours suivant la suspension de son contrat de travail, un relevé d'identité bancaire complété d'une autorisation de prélèvement.

- Le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière reste obligatoirement garanti moyennant le paiement des cotisations. Les modalités de financement de ce maintien sont assurées dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité. Cependant, pour des raisons pratiques, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail. La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur pour la part qui lui incombe.

Article 8.2. Le caractère obligatoire du régime

L'adhésion des salariés au dispositif est obligatoire.

Cette adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 9. Les prestations du régime

Orano SA en sa qualité de contractant de l'assureur pour l'ensemble des sociétés du groupe veille à la bonne exécution du contrat d'assurance du groupe qu'il a souscrit et utilise tous les moyens en son pouvoir à cet effet.

Les prestations, telles que décrites en annexe 5 au présent accord, ne constituent pas un engagement ni pour le Groupe Orano, ni pour les sociétés du périmètre, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés bénéficiaires, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, la bonne exécution des prestations figurant à l'annexe n° 5 relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 10. Les cotisations du régime

Article 10.1. Les taux et assiette des cotisations

f CC SC
CN KH
EL

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Plus précisément, ces cotisations s'élèvent à 2,28 % de la rémunération brute dans la limite de huit fois le plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

La base de cotisations est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées lors du départ de salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par l'entreprise à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire, définies comme suit en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur de l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond sécurité sociale
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds sécurité sociale
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds sécurité sociale.

Article 10.2. La répartition des cotisations

La répartition des cotisations entre employeur et salariés est différente dans chacune des sociétés du Groupe compte tenu de la répartition existante préalablement et de la nécessité de préserver l'équilibre économique de chacune des sociétés. Cette répartition figure en annexe n°3.

Article 10.3. L'évolution ultérieure de la cotisation

Les éventuelles diminutions ou augmentations ultérieures de la cotisation globale seront réparties entre les entreprises et les salariés à parts égales

Article 11. Le changement d'organisme assureur

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation de la convention conclue avec l'organisme assureur. La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par la convention conclue avec l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

Ces engagements seront couverts par l'ancien ou le nouvel organisme assureur.

Section 2 Les sociétés appliquant la convention collective de branche « Syntec »

La convention collective nationale applicable au personnel des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils est ci-après dénommée « Syntec ».

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page:

- Handwritten "f" (likely for "fin" or "financement")
- Handwritten "CN" (likely for "Convention Nationale")
- Handwritten "EL" (likely for "Éléments")
- Handwritten "KM" (likely for "Kilomètres")
- Handwritten "SC" (likely for "Sécurité Sociale")

Article 12. L'adhésion au régime

Article 12.1. Les salariés bénéficiaires

Le régime « incapacité, invalidité, décès » organisé à la présente section concerne l'ensemble des salariés des sociétés du groupe appliquant la convention collective de branche « Syntec » et qui ont mis en place le régime.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel (quelle qu'en soit la dénomination), d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse la cotisation prévue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement acquitter sa propre part de cotisations.

- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, mais qui ne bénéficient pas pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société :
 - continuent de bénéficier du régime pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. Pendant cette période :
 - ✓ le taux de cotisations est identique à celui prévu pour les salariés en activité.
 - ✓ l'assiette de la cotisation est identique à celle prévue pour les salariés en activité. Cependant, pour des raisons pratiques, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.
 - ✓ La répartition de cotisation entre l'employeur et le salarié est identique à celle prévue pour les salariés en activité.
 - ont la faculté, à l'issue de la durée d'un mois susmentionnée, de solliciter le bénéfice d'un dispositif dont les prestations sont identiques à celles des salariés en activité. Pendant cette période :

Handwritten initials: CN, EL, LC, VF, KH, SE

- ✓ la cotisation, calculée en fonction de la rémunération de référence, s'élève à 1,26 % pour la tranche A et 0,97 % pour les tranches B et C. Cette rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze derniers mois précédant le congé. Ces taux incluent la cotisation prévue par le régime conventionnel de branche. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.
- ✓ la cotisation afférente à ce maintien est à la charge exclusive du salarié.

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser à l'employeur, dans les dix jours suivant la suspension de son contrat de travail, un relevé d'identité bancaire complété d'une autorisation de prélèvement.

Article 12.2. Le caractère obligatoire du régime

L'adhésion des salariés au dispositif est obligatoire.

Cette adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 13. Les prestations du régime

ORANO SA en sa qualité de contractant de l'assureur pour l'ensemble des sociétés du groupe veille à la bonne exécution du contrat d'assurance du groupe qu'il a souscrit et utilise tous les moyens en son pouvoir à cet effet.

Les prestations annexées au présent accord ne constituent pas un engagement pour chaque société qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les prestations figurant à l'annexe n° 6 relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 14. Les cotisations du régime

Article 14.1. Les taux et assiette des cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute pris en compte dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Plus précisément, ces cotisations s'élèvent à 2,28 % de la rémunération brute dans la même limite. Ces taux incluent la cotisation prévue par le régime conventionnel de branche.

La base de cotisations est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées lors du départ de salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par l'entreprise à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire, définies comme suit en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur de l'année considérée :

✓
EL CN SC KH

Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond sécurité sociale

- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds sécurité sociale
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds sécurité sociale.

Article 14.2. La répartition de la cotisation

La répartition des cotisations entre employeur et salariés est différente dans chacune des sociétés du Groupe compte tenu de la répartition existante préalablement et de la nécessité de préserver l'équilibre économique de chacune des sociétés. Cette répartition figure en annexe n°3.

Article 14.3. L'évolution ultérieure de la cotisation

Les éventuelles diminutions ou augmentations ultérieures de la cotisation globale seront réparties entre les entreprises et les salariés à parts égales.

Article 15. Le changement d'organisme assureur

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation de la convention conclue avec l'organisme assureur. La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par la convention conclue avec l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

Ces engagements seront couverts par l'ancien ou le nouvel organisme assureur.

Section 3 Les sociétés appliquant la Convention collective nationale des « transports routiers et activités auxiliaires du transport »

Article 16. L'adhésion au régime

Article 16.1. Les salariés bénéficiaires

Le régime « incapacité, invalidité, décès » organisé à la présente section concerne l'ensemble des salariés des sociétés du groupe appliquant la Convention collective nationale des « transports routiers et activités auxiliaires du transport ».

VF
SC
KM
CN
LC
EL

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel (quelle qu'en soit la dénomination), d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse la cotisation prévue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, mais qui ne bénéficient pas pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société :
 - continuent de bénéficier du régime pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. Pendant cette période :
 - ✓ le taux de cotisations est identique à celui prévu pour les salariés en activité.
 - ✓ l'assiette de la cotisation est identique à celle prévue pour les salariés en activité. Cependant, pour des raisons pratiques, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.
 - ✓ La répartition de cotisation entre l'employeur et le salarié est identique à celle prévue pour les salariés en activité.
 - ont la faculté, à l'issue de la durée d'un mois susmentionnée, de solliciter le bénéfice d'un dispositif dont les prestations en matière de décès sont identiques à celles des salariés en activité. Pendant cette période :
 - ✓ la cotisation, calculée en fonction de la rémunération de référence, s'élève à 1,26 % pour la tranche A et 0,97 % pour les tranches B et C. Cette rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des douze derniers mois précédant le congé. Ces taux incluent la cotisation prévue par le régime conventionnel de branche. Dans la mesure où le bénéficiaire n'aurait pas travaillé sur douze mois complets avant la suspension de son contrat de travail, sa rémunération brute est reconstituée sur douze mois. La cotisation servant au financement du contrat d'assurance est calculée conformément au présent accord.
 - ✓ la cotisation afférente à ce maintien est à la charge exclusive du salarié.

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser à l'employeur, dans les dix jours suivant la suspension de son contrat de travail, un relevé d'identité bancaire complété d'une autorisation de prélèvement.

SE 14/11
CN 12 ✓
EL

Article 16.2. Le caractère obligatoire du régime

L'adhésion des salariés au dispositif est obligatoire.

Cette adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 17. Les prestations du régime

ORANO SA en sa qualité de contractant de l'assureur pour l'ensemble des sociétés du groupe veille à la bonne exécution du contrat d'assurance du groupe qu'il a souscrit et utilise tous les moyens en son pouvoir à cet effet.

Les prestations annexées au présent accord ne constituent pas un engagement pour chaque société qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les prestations figurant à l'annexe n° 7 relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

A titre purement informatif, il est précisé qu'en tout état de cause, ces prestations sont versées sous déduction des éventuelles prestations versées aux salariés en application de la convention collective de branche des transports routiers et activités auxiliaires du transport.

Article 18. Les cotisations du régime

Article 18.1. Les taux et assiette des cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute dans la limite de la tranche C, soit huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Plus précisément, ces cotisations s'élèvent à 2,28 % de la rémunération brute dans la même limite. Ces taux incluent la cotisation prévue par le régime conventionnel de branche.

La base de cotisations est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées lors du départ de salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par l'entreprise à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle inclut tous les salaires, mêmes partiels versés par l'entreprise, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire, définies comme suit en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur de l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond sécurité sociale
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds sécurité sociale
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds sécurité sociale.

Pour tous les assurés bénéficiaires d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité, sous contrat de travail, la cotisation est due sur le salaire rétabli du mois de traitement de son arrêt.

✓
S
KH
CN
EL LC

Article 18.2. La répartition de la cotisation

La répartition des cotisations entre employeur et salariés est différente dans chacune des sociétés du Groupe compte tenu de la répartition existante préalablement et de la nécessité de préserver l'équilibre économique de chacune des sociétés. Cette répartition figure en annexe n°3.

Article 18.3. L'évolution ultérieure de la cotisation

Les éventuelles diminutions ou augmentations ultérieures de la cotisation globale seront réparties entre les entreprises et les salariés à parts égales.

Article 19. Le changement d'organisme assureur

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées. Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation de la convention conclue avec l'organisme assureur. La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par la convention conclue avec l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

Ces engagements seront couverts par l'ancien ou le nouvel organisme assureur.

Titre 4 Autres dispositions communes

Article 20. La portabilité des régimes

Les régimes de prévoyance frais de santé et « incapacité, invalidité et décès » applicables dans les sociétés du groupe Orano seront maintenus en cas de rupture du contrat de travail du salarié, selon les conditions et modalités conformes aux dispositions en vigueur (à ce jour, l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale).

✓
CN RH
EL 4 SE

Article 21. La « Commission paritaire prévoyance ORANO »

Les régimes « frais de santé » et « incapacité, invalidité, décès » mentionnés au présent accord sont suivis par une Commission de Pilotage dénommée « commission paritaire prévoyance ORANO » (CPPO).

Le fonctionnement de la Commission est défini dans un règlement qui est établi par ses membres.

Article 21.1 La composition de la Commission paritaire

Cette Commission est composée :

- de représentants des salariés : chaque organisation syndicale représentative au niveau du groupe, signataire ou adhérente ultérieurement au présent accord, nomme trois représentants. Les organisations syndicales qui dénonceraient le présent accord n'auraient plus de représentant au sein de la Commission.
- de trois représentants de la Direction.

La Commission est présidée par un représentant de la Direction.

Par ailleurs, la Direction a la possibilité d'inviter, aux réunions de la Commission, des experts.

Article 21.2. Les attributions de la Commission paritaire

La commission aura essentiellement pour mission :

- d'examiner le rapport prévu à l'article 15 de la loi du 31 décembre 1989 relatif aux comptes annuels des contrats « frais de santé » d'une part, et « incapacité, invalidité, décès » d'autre part, visés par le présent accord.
- d'étudier l'évolution et la gestion des régimes. A cet effet, elle surveillera la situation financière des comptes de résultats des régimes.
- de proposer toute idée ou suggestion qui serait nécessaire au maintien de l'équilibre des régimes ou qui permettrait d'en améliorer le fonctionnement, notamment par l'examen de données statistiques en matière d'arrêts de travail longue durée propres à éclairer des actions de prévention comme précisé au Titre 1 du présent accord.
- de décider de modifier, à la hausse ou à la baisse, les taux de cotisations et/ou les prestations des régimes définis par le présent accord dans la limite d'une modification globale de l'ensemble des taux de cotisations mentionnés au présent accord d'un montant de 0,10 % par an.

Si ces variations conduisaient à une modification globale de l'ensemble des taux de cotisations susmentionnés d'un montant supérieur à 0,40 % sur quatre ans, les parties engageraient des négociations en vue de la conclusion d'un avenant au présent accord formalisant les modifications retenues.
- de donner un avis avant l'engagement d'une procédure de révision de l'accord collectif et de ses annexes.
- de résoudre les éventuelles difficultés d'application et/ou d'interprétation du présent accord.
- de résoudre les litiges à l'amiable.

VF CN EL KH

- de faire un bilan du fonctionnement du réseau de soins
- de présenter un bilan des actions qui s'inscrivent dans le cadre du Haut Degré de Solidarité
- de suivre l'évolution de la cotisation intergénérationnelle.

Article 21.3. Les réunions et décisions de la Commission paritaire

La Commission se réunira deux fois par an, sur convocation de la Direction.

La Commission privilégiera les décisions prises à l'unanimité. Toutefois, en cas de désaccord, elles seront prises à la majorité des membres présents au moment du vote.

Le décompte s'effectue sous la forme de points attribués comme suit :

- Pour les organisations syndicales représentatives signataires ou adhérentes des salariés : un point par organisation syndicale représentative présente lors de la réunion,
- Pour la Direction : un nombre de points égal au total du nombre de points des organisations syndicales représentatives signataires ou adhérentes présentes lors de la réunion.

Seuls les votes exprimant un avis favorable ou défavorable sans réserve sont pris en compte pour l'appréciation du décompte. En conséquence, sont neutralisés les abstentions et les votes blancs.

A l'issue d'une seconde délibération, si aucune majorité ne se dégage il sera fait recours à la négociation dans les conditions prévues à l'article 24.2. L'ouverture de la négociation s'effectuera dans un délai maximum d'un mois après le vote.

Article 22. L'évolution des régimes

Article 22.1. La gestion courante des régimes « frais de santé » et « incapacité, invalidité, décès »

La Commission paritaire est habilitée à prendre des décisions en matière d'évolution des cotisations et des prestations des régimes mentionnés dans le présent accord sous réserve qu'elle n'entraîne pas de modification supérieure aux limites définies à l'article 23.2.

Suite à toute décision de la Commission, un procès-verbal sera établi par cette dernière et communiqué aux sociétés du présent accord. Les modalités d'approbation et de signature du procès-verbal sont définies au règlement intérieur de la Commission.

Chaque décision de la Commission ayant un impact sur les prestations et les cotisations sera précédée d'une information et consultation des Comités Sociaux Economiques (ou comités sociaux économiques centraux) des sociétés concernées.

VF SC
CN ICH
EL CC

Article 22.2. Les modalités d'évolution globale des régimes « frais de santé » et « incapacité, invalidité, décès »

Lorsque les évolutions des régimes mentionnés dans le présent accord dépassent le champ de compétence de la Commission, les parties signataires du présent accord conviennent de se réunir au plus vite afin d'aboutir à la révision du présent accord.

L'ouverture des négociations sera précédée par une réunion de la Commission paritaire qui examinera la situation des régimes et formulera des recommandations à l'intention des parties.

Lorsque la négociation porte uniquement sur l'évolution du ou des taux de cotisation au-delà de la limite annuelle de 0,10 % ou de 0,40 % sur quatre ans, les parties disposeront d'un délai de 2 mois à compter de la date de la première réunion de négociation pour conclure un avenant précisant le ou les nouveaux taux de cotisation.

A défaut d'accord dans un délai de deux mois à compter de la date de la première réunion, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, avec l'assistance du gestionnaire, de telle sorte que le budget de cotisations suffise au financement des prestations.

Dans les autres hypothèses, les parties disposeront d'un délai de quatre mois à compter de la date de la première réunion de négociation pour aboutir à un accord de révision.

En cas d'échec de la négociation, les parties conviennent de mettre en œuvre les dispositions définies à l'article 24.4 permettant la sauvegarde du régime.

Article 22.3. La réserve de stabilité

Lorsque les résultats du contrat dégagent un excédent, celui-ci sera systématiquement affecté à la réserve de stabilité.

Article 22.4. Le dispositif de sauvegarde des régimes

Dans l'hypothèse où les parties signataires ne seraient pas parvenues à un accord dans le délai maximum de quatre mois susmentionné, les parties signataires du présent accord arrêtent le dispositif suivant :

En cas de baisse des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, cette baisse sera intégralement répercutée sur les prestations concernées, après utilisation de la moitié de la réserve de stabilité.

En cas de déficit du régime et après utilisation de la moitié de la réserve de stabilité, le niveau des prestations sera abaissé dans les mêmes proportions afin de rétablir immédiatement l'équilibre financier du régime, à l'exception des garanties d'hospitalisation, de frais médicaux courants et de pharmacie et tout en veillant à respecter les obligations correspondant au « panier de soins » et, lorsque cela est nécessaire, au cahier des charges des contrats dits « responsables ». L'aide du gestionnaire pourra être sollicitée.

W
CN
EL
1C
1CH
SC

Article 23. Le Fonds social

Sur la cotisation du régime « frais de santé » mentionnée à l'article 5.1. du présent accord, 0,10 % sont affectés au Fonds social, selon la répartition suivante :

- 0,05 % à la charge de l'employeur et,
- 0,05 % à la charge des salariés.

Un règlement intérieur a été établi par la Commission paritaire afin de déterminer les modalités d'utilisation et de fonctionnement de ce fonds social qui, en tout état de cause, ne pourra être utilisé que pour verser des prestations de remboursement de Frais de santé au sens auquel l'entend la Direction de la Sécurité sociale.

Article 24. L'information des salariés

Article 24.1. L'information collective des salariés

Les bénéficiaires sont informés du présent accord, de son existence et de son contenu.

Les parties prévoient que l'information des salariés est à la charge des sociétés entrant dans le périmètre du présent accord. Les sociétés veilleront à ce que l'information des salariés soit la plus complète par tous les moyens à leur disposition (flash info, réunion d'information notamment).

Le présent accord sera mis en ligne sur le site Intranet du Groupe Orano.

Article 24.2. L'information individuelle des salariés

Chaque salarié concerné et tout nouvel embauché recevra une notice d'information détaillée présentant notamment les garanties prévues par les régimes « frais de santé » et « incapacité, invalidité, décès » et leurs modalités d'application, ainsi qu'une information sur les cotisations.

De même, les salariés concernés seront informés individuellement de toute modification touchant les garanties et les cotisations.

Dans tous les cas de rupture du contrat de travail, ou de suspension de celui-ci dans le cadre d'un congé non rémunéré, la société informera les salariés des possibilités de maintien du bénéfice des régimes prévus par le présent accord.

Article 25 La durée de l'accord et les dates d'effet

Le présent accord de révision est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2023 sous réserve préalable du dépôt à la DIRECCTE. Il se substitue à l'accord signé le 7 septembre 2018 et ses avenants successifs (n° 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7).

L'ensemble des régimes mentionnés dans le présent accord groupe révisé entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Handwritten signatures and initials:
✓
CN
EL
ICM
SC

Article 26. Les modalités de révision et de dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue par le Code du travail.

Ainsi, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai raisonnable à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.

La dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt.

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.

Article 27. Les modalités de résiliation des contrats d'assurance

Dans l'hypothèse où le (les) contrat(s) collectif(s) de prévoyance souscrits pour la couverture des régimes décrits au présent accord viendrait(en)t à être résilié(s) par le(s) organisme(s) assureur(s), les parties signataires conviennent de se réunir dans les 15 jours suivants la notification de la résiliation pour examiner les conditions de révision du présent accord.

Article 28. Le dépôt du présent accord

Un exemplaire du présent accord sera déposé :

- sur la plateforme de télé-procédure du ministère du travail, et,
- auprès du secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion, et de tous les Conseils de prud'hommes compétents dans le ressort des sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord.

avec les pièces accompagnant le dépôt prévues aux articles D. 2231-6 et D. 2231-7 du Code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Handwritten signatures and initials in blue ink: "CN", "EL", "SC", "ICM", and a checkmark.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au niveau du groupe et non signataires de celui-ci. Enfin, le présent accord sera transmis, dans chaque société entrant dans le périmètre d'application du présent accord, aux représentants du personnel et mention en sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel ainsi que sur intranet.

En outre, selon les modalités et conditions prévues par les dispositions des articles L. 2231-5-1 et R. 2231-1-1 du Code du travail, les parties au présent accord pourront convenir que celui-ci ne sera rendu public que partiellement.

Le présent accord est fait à Chatillon, le 5 décembre 2022

En 7 exemplaires, dont deux pour les formalités de dépôt

Pour le groupe ORANO :

Vincent FRUGIER en sa qualité de Directeur des Affaires Sociales



Pour les organisations syndicales représentatives :

- Le syndicat CFDT représenté par Jean Pierre BARA
- Le syndicat CFE / CGC représenté par Laurent CHEROUX
- Le syndicat CGT représenté par Eric LEMETAIS
- Le syndicat CGT/FO représenté par Cédric NOYER
- Le syndicat UNSA /SPAEN représenté par Kaddour MISSERGHINI

Po Stéphane Chapus



ICH

CN

Annexe 1 modifiée : Liste des sociétés du Groupe Orano entrant dans le champ d'application de l'Accord à la date de signature

- Laboratoire Etalons d'Activité (LEA)
- LEMARECHAL CELESTIN
- Orano SA
- Orano Démantèlement
- Orano Recyclage
- Orano Chimie Enrichissement
- Orano DS
- Orano Diagnostic Amiante
- Orano MED
- Orano Mining
- Orano Support
- Orano Projets
- Orano Temis
- SOVAGIC
- Orano Nucléar Packages Services
- Société de Transports Spéciaux Industriels (STSI)*

** A titre informatif, cette société a vocation à être intégrée au sein de la société LEMARECHAL CELESTIN au 1^{er} janvier 2023.*

✓
EL " CN KH

ANNEXE 2 - PRESTATIONS DU REGIME « FRAIS DE SANTE SOCLE OBLIGATOIRE »

NATURE DES PRESTATIONS	Régime Socle Obligatoire Responsable (en complément de la Sécurité sociale)
HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITE)	
Frais de séjour en établissement conventionné	100% Frais réels - Ss
Frais de séjour en établissement non conventionné	80% Frais réels - Ss
Forfait journalier hospitalier	100% Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds	100% Frais réels
Forfait patient urgences	100% Frais réels
Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	100% Frais réels - Ss
Honoraires avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	TM + 100% BR
Honoraires - Non conventionné	TM + 100% BR
Chambre particulière	3% PMSS jusqu'au 15e jour puis 3,5% PMSS / jour
Frais accompagnant	2% PMSS / jour (enfant -17 ans) (1)
SOINS COURANTS (Y COMPRIS MATERNITE)	
Médecin généraliste avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	150% BR
Médecin généraliste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	TM + 100% BR
Médecin spécialiste avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	300% BR
Médecin spécialiste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	TM + 100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	80% BR
Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	120% BR
Imagerie médicale avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR
Imagerie médicale non remboursée par la Ss (scanner dentaire, ostéodensitométrie)	60% Frais réels limités à 2% PMSS / acte (2)
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100% BR
Séances psychologues remboursées par la sécurité sociale	100% TM limitées à 8 séances / an
Analyses et examens de laboratoires remboursés par la Ss	100% BR
Analyses et examens de laboratoires non remboursés par la Ss	60% Frais réels limités à 1% PMSS / analyse (2)
Médicaments remboursés par la Ss	100% TM
Petit appareillage	250% BR
Gros appareillage	450% BR
Orthopédie (semelles)	450% BR
TRANSPORT	
Frais de Transport remboursés Ss	100% BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE	HLF - Ss
Soins dentaires (hors 100% santé)	120% BR
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif maîtrisé	155% BR dans la limite de 100% HLF-Ss
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif libre	155% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (hors 100% santé) à tarifs maîtrisés	430% BR dans la limite de 100% HLF-Ss
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (hors 100% santé) à tarifs libres	430% BR
Inlay Core (hors 100% santé) à tarif maîtrisé	430% BR dans la limite de 100% HLF-Ss
Inlay Core (hors 100% santé) à tarif libre	430% BR
Implantologie	22,65% PMSS / implant (3)
Parodontologie non remboursée par la Ss	9,06% PMSS / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Ss	400% BR
OPTIQUE ^a	
Equipements 100% SANTE ^b	PLV - Ss
Lunettes hors 100% santé (cf. grille optique)	
Lentilles remboursées par la Ss	10% PMSS / an / bénéficiaire puis TM (4)
Lentilles non remboursées par la Ss	10% PMSS / an / bénéficiaire (4)
Chirurgie réfractive	25% PMSS / œil
Implant intra oculaire	25% PMSS / œil (5)
AIDES AUDITIVES ^c	
Equipements 100% SANTE (classe I)	PLV - Ss (6)
Prothèse auditive à tarif libre (classe II) pour les 21 ans et plus	1700€ (7)
Prothèse auditive à tarif libre (classe II) pour les moins de 21 ans	1700€ (7)
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% TM
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	100% TM
Consultation diététicien	60% Frais réels limités à 1,5% PMSS / séance (8)
Médicaments homéopathiques non remboursés par la Ss et prescrits médicalement	60€ / an / bénéficiaire
Pilule contraceptive non remboursée par la Ss et prescrite médicalement	100% Frais réels limités à 5% PMSS / an / bénéficiaire
Substituts nicotiniques (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac) prescrits médicalement remboursés ou non par la Ss	60% Frais réels limités à 4% PMSS / an / bénéficiaire (9)
Médecines douces (Liste ci-dessous) :	
Thérapie manuelle : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupunture... (liste non limitative)	75% Frais réels limités à 1,5% PMSS / séance (9) (10)
Psychomotricité, psychothérapie, psychologue (non remboursé par la Ss) et ergothérapeute	60% Frais réels limités à 1,5% PMSS / séance (9) (2)
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la Ss	Limité aux enfants - 16 ans
	100% Frais réels dans la limite de 20% PMSS (11)
ALLOCATION	
Forfait naissance / adoption	150€ / enfant

Légende :

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale - RSS : Remboursement Sécurité sociale - HLF : Honoraire Limite de Facturation - PLV : Prix Limite de Vente

^a Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

^b Le dispositif 100% Santé comprend les verres, la monture, la prestation d'appairage pour les verres d'indices de réfraction différents et supplément applicable pour les verres avec filtre.

^c Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(1) si hébergement en maison de parents, limité à 30 jours pour une personne / an

(2) maximum 5% PMSS / bénéficiaire / an

(3) pose de l'implant et du pilier (maximum 2 par an)

(4) y compris lentilles jetables et produits d'entretien

(5) anneaux intracoméens, implants de chambre antérieure dont les implants "clipsés", implants de chambre postérieure, implants multifocaux

(6) par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance dans la limite des PLV

(7) par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance dans la limite de 1700 € y compris Ss

(8) maximum 4,5% PMSS / bénéficiaire / an

(9) avec un minimum de 25 € / séance ou intervention pour les substituts nicotiniques, l'ostéopathie, la chiropractie, l'étioopathie, l'acupunture et la psychomotricité

(10) maximum 12% PMSS / bénéficiaire / an

(11) Les honoraires des médecins avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO) sont limités à 100% BR + TM

A
 K
 CN
 EL
 SE

Prestations complémentaires proposées par l'assureur

- Un réseau de soins
- Action sociale de l'organisme d'assurance
- La téléconsultation médicale
- Service d'assistance

Grille optique Santéclair

	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR* sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair	HORS RÉSEAU SANTÉCLAIR garantie par verre (RO inclus)	
			ADULTES	ENFANTS
Verre UNIFOCAL Classe B	NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE	0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements	75 €	75 €
	NIVEAU 102 - VERRE SIMPLE		100 €	90 €
	NIVEAU 103 - VERRE COMPLEXE		130 €	125 €
	NIVEAU 104 - VERRE COMPLEXE		220 €	200 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE		170 €	200 €
	NIVEAU 112 - VERRE COMPLEXE		220 €	200 €
	NIVEAU 113 - VERRE TRÈS COMPLEXE		260 €	200 €
	NIVEAU 114 - VERRE TRÈS COMPLEXE		300 €	200 €

MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT à partir de 16 ans
(RO inclus)

100 €

Monture classe B enfant de 0 à 15 ans (RO inclus)

100 €

Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques

0€ de reste à charge

100% BRSS

La classe A dans le réseau Santéclair

OFFRECLAIR

Équipement avec monture Origine France
Garantie (choix de 80 montures)
et 2 verres de marques amincis
(selon le besoin de correction visuelle)
anti-rayures et anti-reflets
disponible chez tous les opticiens partenaire
Santéclair

La classe A hors réseau

Équipement au choix de l'opticien
(choix de 54 montures)

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

Handwritten notes:

EL CN SE KH

ANNEXE 3 – REPARTITION DES COTISATIONS FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE PAR SOCIETE

FRAIS DE SANTE :

FRAIS DE SANTE	Part Employeur	Part Salarié
Orano SA	77%	23%
Orano Mining	77%	23%
Orano MED	77%	23%
Orano Démantèlement	77%	23%
Orano Chimie Enrichissement	77%	23%
Orano Recyclage	77%	23%
Orano Projets	77%	23%
Orano Support	77%	23%
Orano Temis	88%	12%
LEA	77%	23%
LMC	78%	22%
STSI	78%	22%
SOVAGIC	63%	37%
Orano DS	65%	35%
Orano Diagnostic amiante	65%	35%
Orano Nuclear Packages Services	73%	27%

PREVOYANCE :

PREVOYANCE	Part Employeur	Part Salarié
Orano SA	85%	15%
Orano Mining	85%	15%
Orano MED	85%	15%
Orano Démantèlement	85%	15%
Orano Chimie Enrichissement	85%	15%
Orano Recyclage	85%	15%
Orano Projets	85%	15%
Orano Support	85%	15%
Orano Temis	75%	25%
LEA	85%	15%
LMC	61%	39%
STSI	61%	39%
SOVAGIC	57%	43%
Orano DS	79%	21%
Orano Diagnostic amiante	79%	21%
Orano Nuclear Packages Services	85%	15%

✓
 16 8
 CN
 EL
 KH

ANNEXE 4 - PRESTATIONS DU REGIME « FRAIS DE SANTE SUR-COMPLEMENTAIRE »

NATURE DES PRESTATIONS	Régime Surcomplémentaire Facultatif Non Responsable (y compris le régime socle obligatoire)
HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITE)	
Honoraires avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% Frais réels - Ss
Honoraires - Non conventionné	100% Frais réels - Ss
SOINS COURANTS (Y COMPRIS MATERNITE)	
Médecin généraliste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	150% BR
Médecin spécialiste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	300% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR
Imagerie médicale avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	120% BR

Légende :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **Ss** : Sécurité sociale

if
EL CN KH

ANNEXE 5 - PRESTATIONS DU REGIME PREVOYANCE (INCAPACITE, INVALIDITE, DECES) (METALLURGIE)

LES GARANTIES	PRESTATIONS			
	OPTION 1 Capital Décès majoré + Rente Education minorée + Décès Accidentel	OPTION 2 Capital Décès minoré + Rente Education majorée + Décès Accidentel	OPTION 3 Capital Décès minoré + Capital I.A.D. majoré + Décès Accidentel	OPTION 4 Capital Décès minoré + Rente de conjoint + Décès Accidentel
Le salarié avec enfants à charge fiscale doit obligatoirement choisir l'option 1 ou 2 ; S'il a laissé le choix à ses bénéficiaires, ils devront obligatoirement choisir l'option 1 ou 2 s'il reste des enfants à charge fiscale au moment du décès du salarié				
DECES / I.A.D. TOUTES CAUSES			Décès	I.A.D.
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé - Sans personne à charge	250 % TA TB TC doublé en cas d'I.A.D.	250 % TA TB TC	340 % TA TB TC	680 % TA TB TC
Marié ou Pacsé - Sans personne à charge	400 % TA TB TC	250 % TA TB TC	340 % TA TB TC	680 % TA TB TC
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	50 % TA TB TC	50 % TA TB TC	-	-
DECES / I.A.D. ACCIDENTEL (*) - Capital supplémentaire				
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé - Sans personne à charge	125 % TA TB TC	125 % TA TB TC	100 % TA TB TC	-
Marié ou Pacsé - Sans personne à charge	200 % TA TB TC	125 % TA TB TC	100 % TA TB TC	100 % TA TB TC
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	40 % TA TB TC	25 % TA TB TC	-	-
INDEMNITE DE SECOURS IMMEDIAT (**)	3 fois le dernier salaire mensuel brut TA TB TC (salaire de base + ancienneté)			
En cas de décès ou d'IAD				
RENTE EDUCATION	Le salaire de référence retenu est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale			
Jusqu'au 11 ^{ème} anniversaire	4 % TA TB TC	12 % TA TB TC	-	-
De 11 ans au 15 ^{ème} anniversaire	4 % TA TB TC	17 % TA TB TC	-	-
De 15 ans au 18 ^{ème} anniversaire	6 % TA TB TC	17 % TA TB TC	-	-
De 18 ans au 21 ^{ème} anniversaire ou fin du trimestre des 26 ans Garantie viagère si enfant handicapé ou reconnu invalide de 2e ou 3e catégorie	8 % TA TB TC	25 % TA TB TC	-	-
RENTE DE CONJOINT				
Rente temporaire (jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite)	-	-	-	15 % TA TB TC
PRE DECES CONJOINT/ENFANT A CHARGE				
Frais d'obsèques - Décès du conjoint	100 % PMSS			
- Décès d'un enfant à charge	100 % PMSS (limité aux frais réels si enfant de moins de 12 ans)		-	-
DOUBLE EFFET				
Décès simultané ou postérieur du conjoint	100 % du capital Décès + Rente Education	100 % du capital Décès + Rente Education	-	-
INFIRMITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT				
Infirmité permanente totale	170 % TA TB TC	170 % TA TB TC	680 % TA TB TC	170 % TA TB TC
Infirmité permanente partielle	Capital proportionnel avec franchise absolue 10 %			
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire éventuellement maintenu par l'employeur			
Franchise	En complément et relais de la CCN de l'entreprise			
Prestations	90 jours d'arrêt total et continu si ancienneté insuffisante pour bénéficier du maintien CCN			
	100 % TA TB TC (***) pendant 180 jours puis 85 % TA TB TC			
INVALIDITE PERMANENTE	Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire éventuellement maintenu - limitées au salaire net			
VIE PRIVEE				
- 1ère catégorie	60 % TA TB TC			
- 2ème catégorie	85 % TA TB TC			
- 3ème catégorie	85 % TA TB TC			
ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE (****)				
- taux "N" compris entre 33% et 66%	(N/66) X 85 % TA TB TC			
- taux "N" supérieur à 66%	85 % TA TB TC			

NB : Le concubin notoire est assimilé au conjoint pour le calcul des garanties décès, à la condition qu'un enfant soit né de cette union

I.A.D. : Invalidité Absolue et Définitive

(*) Le décès accidentel est étendu à l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)

(**) Prestation versée si l'assuré a un conjoint ou au moins un enfant à charge

(***) En tout état de cause, le cumul des indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

(****) "N" représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale

EL

ON
8
le
KH

ANNEXE 6 - PRESTATIONS DU REGIME PREVOYANCE (INCAPACITE, INVALIDITE, DECES) (SYNTEC)

LES GARANTIES	PRESTATIONS	
	REGIME UNIQUE CAPITAL DECES + RENTE EDUCATION (dito option 2 du régime Groupe Orano avec prise en compte des capitaux décès minimum fixés au Syntec)	
DECES / I.A.D. TOUTES CAUSES	avec minimum : 340 % du PASS si Cadres et 170 % si Non Cadres	
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé - Sans personne à charge	250 % TA TB TC	
Marié ou Pacsé - Sans personne à charge	250 % TA TB TC	
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	50 % TA TB TC	
DECES / I.A.D. ACCIDENTEL (*) - Capital supplémentaire		
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé - Sans personne à charge	125 % TA TB TC	
Marié ou Pacsé - Sans personne à charge	125 % TA TB TC	
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	25 % TA TB TC	
INDEMNITE DE SECOURS IMMEDIAT (**)		
En cas de décès ou d'IAD	3 fois le dernier salaire mensuel brut TA TB TC (salaire de base + ancienneté)	
RENTE EDUCATION		
Jusqu'au 11 ^{ème} anniversaire	12 % TA TB TC avec un minimum de 24 % PASS si Cadres et 12 % PASS si Non Cadres	
De 11 ans au 18 ^{ème} anniversaire	17 % TA TB TC avec un minimum de 24 % PASS si Cadres et 12 % PASS si Non Cadres	
De 18 ans au 21 ^{ème} anniversaire ou fin du trimestre des 26 ans Garantie viagère si enfant handicapé ou reconnu invalide de 2e ou 3e catégorie	25 % TA TB TC avec un minimum de 30 % PASS si Cadres et 15 % PASS si Non Cadres	
PRE DECES CONJOINT/ENFANT A CHARGE		
Frais d'obsèques - Décès du conjoint	100 % PMSS	
- Décès d'un enfant à charge	100 % PMSS (limité aux frais réels si enfant de moins de 12 ans)	
DOUBLE EFFET		
Décès simultané ou postérieur du conjoint	100 % du capital Décès + Rente Education	
INFIRMITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT		
Infirmité permanente totale	170 % TA TB TC	
Infirmité permanente partielle	Capital proportionnel avec franchise absolue 10 %	
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	<i>Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire éventuellement maintenu par l'employeur</i>	
Franchise	En complément et relais de la CCN de l'entreprise	
Prestations	90 jours d'arrêt total et continu si ancienneté insuffisante pour bénéficier du maintien CCN 100 % TA TB TC (***) pendant 180 jours puis 85 % TA TB TC	
INVALIDITE PERMANENTE	<i>Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire éventuellement maintenu - limitées au salaire net</i>	
VIE PRIVEE		
- 1ère catégorie	60 % TA TB TC	
- 2ème catégorie	85% TA TB TC	
- 3ème catégorie	85% TA TB TC	
ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE (****)		
- taux "N" compris entre 33% et 66%	(3N/2) X 85 % TA TB TC	
- taux "N" supérieur à 66%	85% TA TB TC	

NB : Le concubin notoire est assimilé au conjoint pour le calcul des garanties décès, à la condition qu'un enfant soit né de cette union

I.A.D : Invalidité Absolue et Définitive

(*) Le décès accidentel est étendu à l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)

(**) Prestation versée si l'assuré a un conjoint ou au moins un enfant à charge

(***) En tout état de cause, le cumul des indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

(****) "N" représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale

EL
Se
CN
u
KH

ANNEXE 7 - PRESTATIONS DU REGIME PREVOYANCE (INCAPACITE, INVALIDITE, DECES) PERSONNEL NON CADRE DE LA CONVENTION DES TRANSPORTS ROUTIERS

LES GARANTIES	PRESTATIONS SOUS DEDUCTION DU REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE DU TRANSPORT ROUTIER			
	OPTION 1 Capital Décès majoré + Rente Education minorée + Décès Accidentel	OPTION 2 Capital Décès minoré + Rente Education majorée + Décès Accidentel	OPTION 3 Capital Décès minoré + Capital I.A.D. majoré + Décès Accidentel	OPTION 4 Capital Décès minoré + Rente de conjoint + Décès Accidentel
Le salarié avec enfants à charge fiscale doit obligatoirement choisir l'option 1 ou 2 ; S'il a laissé le choix à ses bénéficiaires, ils devront obligatoirement choisir l'option 1 ou 2 s'il reste des enfants à charge fiscale au moment du décès du salarié				
DECES / I.A.D. TOUTES CAUSES			Décès	I.A.D.
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé - Sans personne à charge	250 % TA TB TC doublé en cas d'I.A.D.	250 % TA TB TC	340 % TA TB TC	680 % TA TB TC
Marié ou Pacsé - Sans personne à charge	400 % TA TB TC	250 % TA TB TC	340 % TA TB TC	680 % TA TB TC
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	50 % TA TB TC	50 % TA TB TC	-	-
DECES / I.A.D. ACCIDENTEL (*) - Capital supplémentaire				
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé - Sans personne à charge	125 % TA TB TC	125 % TA TB TC	100 % TA TB TC	-
Marié ou Pacsé - Sans personne à charge	200 % TA TB TC	125 % TA TB TC	100 % TA TB TC	100 % TA TB TC
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	40 % TA TB TC	25 % TA TB TC	-	-
INDEMNITE DE SECOURS IMMEDIAT (**)				
En cas de décès ou d'IAD	3 fois le dernier salaire mensuel brut TA TB TC (salaire de base + ancienneté)			
RENTE EDUCATION	Le salaire de référence retenu est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale			
Jusqu'au 11 ^{ème} anniversaire	4 % TA TB TC	12 % TA TB TC	-	-
De 11 ans au 15 ^{ème} anniversaire	4 % TA TB TC	17 % TA TB TC	-	-
De 15 ans au 18 ^{ème} anniversaire	6 % TA TB TC	17 % TA TB TC	-	-
De 18 ans au 21 ^{ème} anniversaire ou fin du trimestre des 26 ans Garantie viagère si enfant handicapé ou reconnu invalide de 2e ou 3e catégorie	8 % TA TB TC	25 % TA TB TC	-	-
RENTE DE CONJOINT				
Rente temporaire (jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite)	-	-	-	15 % TA TB TC
PRE DECES CONJOINT/ENFANT A CHARGE				
Frais d'obsèques - Décès du conjoint	100 % PMSS			
- Décès d'un enfant à charge	100 % PMSS (limité aux frais réels si enfant de moins de 12 ans)		-	-
DOUBLE EFFET				
Décès simultané ou postérieur du conjoint	100 % du capital Décès + Rente Education	100 % du capital Décès + Rente Education	-	-
INFIRME PAR SUITE D'ACCIDENT				
Infirmité permanente totale	170 % TA TB TC	170 % TA TB TC	680 % TA TB TC	170 % TA TB TC
Infirmité permanente partielle	Capital proportionnel avec franchise absolue 10 %			
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	<i>Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire éventuellement maintenu par l'employeur</i>			
Franchise	En complément et relais de la CCN de l'entreprise 90 jours d'arrêt total et continu si ancienneté insuffisante pour bénéficier du maintien CCN			
Prestations	100 % TA TB TC (***) pendant 180 jours puis 85 % TA TB TC			
INVALIDITE PERMANENTE	<i>Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire éventuellement maintenu - limitées au salaire net</i>			
VIE PRIVEE				
- 1ère catégorie	60 % TA TB TC			
- 2ème catégorie	85 % TA TB TC			
- 3ème catégorie	85 % TA TB TC			
ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE (****)				
- taux "N" compris entre 33% et 66%	(N/66) X 85 % TA TB TC			
- taux "N" supérieur à 66%	85 % TA TB TC			

NB : Le concubin notoire est assimilé au conjoint pour le calcul des garanties décès, à la condition qu'un enfant soit né de cette union

I.A.D : Invalidité Absolue et Définitive

(*) Le décès accidentel est étendu à l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)

(**) Prestation versée si l'assuré a un conjoint ou au moins un enfant à charge

(***) En tout état de cause, le cumul des indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

(****) "N" représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale

EL
CN
le
14/11

**RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
PERSONNEL NON CADRE DE LA CONVENTION DES TRANSPORTS ROUTIERS**

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire de référence défini dans la CCN.

Garanties exprimées en % du salaire de référence			Régime de base conventionnel
Incapacité de travail (nouveau)	Franchise de 180j continus		< 3 000 points d'activité : 75%
			>= 3 000 points d'activité : 80%
Invalidité	Catégorie 1	Quel que soit le nombre de points	Rente égale à 15%
	Catégories 2 et 3	<= 1 800 points	Rente égale à 20%
		1 801 - 2 400 points	Rente égale à 22,5%
		2 410 - 3 600 points	Rente égale à 25%
		>= 3 601 points	Rente égale à 30%
Décès Capital décès / IAD toutes causes	Célibataire, veuf(ve), séparé(e) de fait ou divorcé(e) sans enfant à charge		50%
	Marié(e), non séparé(e) de fait, concubin(e) ou pacsé(e) sans enfant à charge		100%
	Célibataire, veuf(ve), séparé(e) de fait ou divorcé(e) ayant un enfant à charge		100% (dont 70% pour le(s) bénéficiaire(s) et 30% pour l'enfant)
	Marié(e), non séparé(e) de fait, concubin(e) ou pacsé(e) ayant un enfant à charge		130% (dont 100% pour le(s) bénéficiaire(s) et 30% pour l'enfant)
	Par enfant à charge supplémentaire à compter du 2ème		30%
	Double effet (en % du capital décès / IAD toutes causes, à répartir entre les enfants à charge)		100%

Le montant total du capital Décès versé, majorations comprises, est limité à 200 % du capital de base.

Le montant du capital versé au titre de la garantie Double Effet est limité à 200 % du capital de base calculé comme celui qui était garanti sur la tête du salarié, compte tenu du nombre d'enfants à charge du conjoint au moment de son décès. Seuls sont pris en considération les enfants à charge du conjoint qui étaient à la charge du salarié au jour de son décès.

Le capital sur la tête du conjoint survivant est garanti aussi longtemps que celui-ci conserve à sa charge au moins un de ces enfants et sous réserve que le décès du conjoint survienne dans un délai de moins de deux ans après le décès du salarié.

JF
CN 10 KH
SC EL

PIECE JOINTE AYANTS-DROIT DU REGIME FRAIS DE SANTE

Les bénéficiaires sont l'ensemble des salariés dont le contrat de travail est en vigueur mais aussi leurs ayants droit.

On entend par AYANTS DROIT, les membres de la famille du salarié définis comme suit :

- ✓ Le conjoint, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou le concubin, bénéficiant du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base.

Le concubin est la personne vivant avec l'assuré(e). Le bénéfice de la couverture est lié au respect des deux conditions suivantes :

- Etre libre de tout lien matrimonial,
- Produire une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun.

- ✓ Les enfants et ceux du conjoint, partenaire PACS ou concubin répondant à la définition suivante :

- les enfants jusqu'à leur 18ème anniversaire sans condition,
- les enfants majeurs jusqu'à leur 28ème anniversaire :
 - poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou supérieur et affiliés au Régime Général de la Sécurité sociale ou à tout autre régime social de base,
 - titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat d'apprentissage, de professionnalisation, CAE (Contrat d'accompagnement dans l'emploi)...) ou d'un contrat similaire et ayant leur propre numéro d'identification au Régime Général de la Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base,
 - en période de service civique,
 - à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 6 mois,
- les enfants handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité.

NB : sont également considérés comme ayants droit les enfants répondant à la définition ci-dessus pour lesquels l'assuré(e) verse une pension alimentaire.

- ✓ Les ascendants * et ceux du conjoint (ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou le concubin) à leur charge fiscale. Le nombre des ascendants est limité à deux.

* y compris les ascendants autres que les parents

✓
CN KH
EL