

# ACCORD DU 1<sup>ER</sup> JUIN 2001 SUR LA PREVOYANCE ET LES FRAIS DE SANTE DU GROUPE AXA EN FRANCE

## S o m m a i r e

### Préambule

### Titre I - Dispositions générales

Article 1 - Champ d'application de l'accord

Article 2 - Objet de l'accord

Article 3 - Opposabilité du régime

Article 4 - Entrée en vigueur et durée de l'accord

Article 5 - Révision de l'accord

Article 6 - Dénonciation de l'accord

Article 7 - Gestion des engagements

Article 8 - Commission nationale de suivi

Article 9 - Le bénéfice des prestations

Article 10 - Le financement du régime obligatoire

### Titre II - Adaptation des garanties obligatoires

Article 11 - Personnel d'assurance relevant des Conventions Collectives  
des 27.05.92 (personnel administratif) et 27.07.92 (inspection)

Article 12 - Personnel commercial d'assurance relevant des Conventions  
Collectives des 27.03.72 et 13.11.67.

### Titre III - Garanties facultatives des retraites

Article. 13 - Frais de santé

### Titre IV - Autres garanties facultatives

Article 14 - Remboursement de frais de santé des conjoints, (à défaut  
du concubin ou du partenaire lié par un PACS) des adhérents assurés

Article 15 - Assurance Décès et Pension de conjoint

### Titre V - Cotisations relatives aux garanties obligatoires

Article 16 - Prévoyance

Article 17 - Frais de santé

### Titre VI - Clauses générales

Article 18 - Publicité

### Annexe réassurance au protocole d'accord

### Lettre aux Présidents Muap et Muapex

### Contrats :

Groupe AXA - Compte de participation aux bénéfices

Contrat n° 703.665

Contrat PA prévoyance n° 2 465006 11

Contrat EBEI prévoyance n° 2 465006 12

Contrat Frais de santé n° 2 465006 21

Contrat Frais de santé retraités n° 2 465006 25

Contrat Frais de santé ayants droit n° 2 465006 26

**Organisations syndicales signataires : CFDT, CFTC, CFE-CGC**



**ACCORD DU 1<sup>ER</sup> JUIN 2001 SUR LA PREVOYANCE ET LES  
FRAIS DE SANTE DU GROUPE AXA EN FRANCE**

Entre les entreprises visées à l'article 1 du présent accord, représentées par Monsieur Germain FEREC, agissant en qualité de mandataire unique des entreprises concernées,  
d'une part,

Et les organisations syndicales représentatives signataires,  
d'autre part,

Il a été conclu le présent accord de protection sociale, dans le cadre des dispositions des articles L.911.1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et L.132.1 du Code du Travail.



## **PREAMBULE**

Il est constaté que les garanties de prévoyance des salariés du Groupe AXA sont différentes, tant dans leur existence que dans leur niveau, en fonction des sociétés d'origine et des Conventions Collectives de rattachement des personnels.

Conformément à l'accord du 26/06/98, les parties confirment leur volonté d'instaurer un niveau de garanties prévoyance et frais de santé équivalent pour l'ensemble des salariés, complétant autant que de besoin les régimes obligatoires au plan national et/ou professionnel.

Les nouvelles garanties constituent un véritable régime de prévoyance établi au niveau du Groupe et caractérisent une solidarité entre les entreprises et entre les salariés des entreprises.

En conséquence, sous réserve des dispositions contenues dans le présent accord, chaque salarié des entreprises concernées est obligatoirement bénéficiaire des garanties et participe, également à titre obligatoire, à leur financement.



## **TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES**

### **Article 1 - Champ d'application de l'accord**

Conformément aux dispositions de l'Article 3 de l'accord du 6 février 1998, définissant les garanties fondamentales applicables au Personnel, il est institué un régime de Protection Sociale complémentaire au profit de l'ensemble des salariés (hors cadres de direction, expatriés, stagiaires, vacataires et temporaires été), dès lors qu'ils disposent d'un contrat de travail à temps plein ou à temps partiel, et relèvent de l'une des entreprises comprises dans le champ d'application de l'accord du 28 avril 1998 modifié.

Toutes les entreprises comprises dans le champ d'application visé ci-dessus ont vocation à bénéficier d'un régime de Protection Sociale complémentaire obligatoire équivalent. L'harmonisation du régime de Protection Sociale complémentaire ayant été négociée, par référence aux dispositions conventionnelles de l'assurance, chaque entreprise comprise dans le champ d'application ci-dessus et relevant des Conventions Collectives de l'assurance adhérera au présent accord, par la conclusion d'un accord d'entreprise en ce sens, après consultation des Institutions représentatives du personnel.

Les entreprises relevant du champ d'application ci-dessus mais ne relevant pas de l'une des CCN de l'assurance devront négocier en leur sein des dispositions équivalentes en respectant les principes généraux ci-après.

- mise en place d'un régime de Protection Sociale complémentaire obligatoire, d'un niveau globalement équivalent à celui de l'assurance défini au présent accord,
- couvrant de manière équivalente les cadres et les non-cadres,
- financé par l'entreprise et le salarié dans des proportions équivalentes à ce qui est établi pour les salariés dépendant de la CCN Assurance.

Sont notamment visés par cet alinéa :

- AXA Assistance qui doit préalablement déterminer son statut de référence cible,
- AXA Banque compte tenu de l'évolution de sa CCN.
- MONVOISIN Assurances.
- AXA Caraïbes.
- Les personnels de l'établissement de la Réunion d'AXA Assurances.

Les entreprises qui auront décidé d'adhérer au présent accord sont dénommées "entreprises affiliées" ; les salariés de ces entreprises sont appelés "adhérents".

Les garanties offertes aux adhérents dans le cadre du présent accord sont strictement identiques pour les salariés hommes ou femmes ; elles sont accordées, dans les conditions définies ci-dessus aux salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise à la date de l'entrée en vigueur du présent régime, dans les conditions définies par l'accord d'adhésion.



## **Article 2 - Objet de l'accord**

L'objet du présent accord est de définir, pour l'ensemble des salariés des entreprises affiliées (hors les cadres de direction, expatriés, stagiaires, vacataires et temporaires été) les nouvelles garanties obligatoires de prévoyance ayant vocation à se substituer aux garanties existantes ou, le cas échéant, dans les situations visées, d'adapter lesdites garanties existantes.

Ces garanties obligatoires concernent :

- Le décès, par le versement d'un capital ou, en option, le versement d'un capital réduit complété par des rentes éducation ; de même, il est prévu le versement d'un capital supplémentaire si le décès résulte d'un accident. Enfin, une pension au conjoint survivant de l'adhérent décédé est également prévue.
- L'incapacité par le versement d'indemnités journalières à l'adhérent en vue de maintenir un niveau de revenu.

- L'invalidité par le versement de rentes à l'adhérent en vue de maintenir un niveau de revenu jusqu'à la mise à la retraite ou du montant du capital décès en cas d'invalidité absolue et définitive (3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale).
- Les frais de santé exposés par l'adhérent et/ou certains membres de sa famille, par le versement de prestations complémentaires aux régimes obligatoires.

Au-delà du régime obligatoire (Titre II), le présent accord institue des garanties supplémentaires facultatives pour lesquelles les adhérents et éventuellement les conjoints auront la faculté de souscrire individuellement, dans les conditions prévues au Titre IV du présent accord.

Les retraités, leurs conjoints et enfants, auront également la possibilité de souscrire individuellement à une garantie frais de santé dans les conditions du Titre III et Titre IV du présent accord.



### **Article 3 - Opposabilité du régime**

Le présent régime obligatoire s'impose à tous les salariés des entreprises adhérentes en ce qui concerne tant la définition des garanties que les conditions de leur financement.

La définition des garanties résulte du présent accord ainsi que de toutes les annexes qui pourront être négociées ultérieurement ou des adaptations réalisées dans les conditions visées aux articles 10.2 et 10.3 du présent accord.

Les signataires ont établi que le régime du présent accord constitue une avancée en matière sociale en comparaison des garanties prévues par la loi, les accords interprofessionnels ainsi que par les conventions applicables dans les diverses entreprises du Groupe.

Au cas où la comparaison entre les dispositions du présent accord et toutes dispositions extérieures serait requise, cette comparaison devra être réalisée globalement, au regard d'une part, de toutes les garanties qui se rattachent globalement aux risques liés à l'incapacité, invalidité, décès et remboursement des frais de santé et d'autre part, de l'ensemble des salariés.

L'ensemble de ces garanties de protection sociale complémentaire forme un tout, globalement indissociable, conformément à l'intention des parties signataires.

Il est toutefois convenu que l'objectif d'intérêt collectif poursuivi par les signataires est notamment d'une part, de sécuriser l'équilibre technique du régime des garanties « Frais de Santé » et d'autre part, de pérenniser dans les conditions décrites à l'article 10, la contribution de l'entreprise au financement desdites garanties, dans le cadre d'un processus à adhésion obligatoire pour les salariés actifs.

Cet objectif est considéré par les signataires de l'accord comme globalement plus satisfaisant - tant dans l'immédiat que dans la durée - que les couvertures de frais de santé mises en œuvre jusqu'à présent dans les différentes entreprises concernées. En conséquence, dans l'hypothèse où, par référence directe ou non aux solutions adoptées jusqu'à présent, les entreprises devraient supporter une charge quelconque et notamment au profit d'un ou plusieurs C.E.

calculée à proportion des subventions individuelles ou collectives consenties par elles pour le financement des couvertures facultatives antérieures, les garanties frais de santé issues du présent accord cesseraient de s'appliquer du fait de la remise en cause de solutions adaptées aux objectifs poursuivis, au 31 décembre suivant.

Les adhérents peuvent compléter ces garanties par une adhésion aux régimes facultatifs prévus par le titre IV du présent accord.



#### **Article 4 - Entrée en vigueur de l'accord**

Le présent accord prend effet dans chaque entreprise à la date d'entrée en vigueur de l'accord d'adhésion qui y sera conclu, au plus tôt au 1<sup>er</sup> avril 2001, pour une durée indéterminée.

L'accord d'adhésion conclu dans chaque entreprise a vocation à se substituer à tous les accords collectifs antérieurs ou usages portant sur le même thème de la protection sociale complémentaire prévoyance et frais de santé et qui s'appliquaient, avant la date de son entrée en vigueur, au sein des entreprises adhérentes.

En revanche, compte tenu des délais nécessaires à la mise en place des circuits administratifs relatifs à la gestion de la garantie "Remboursement de frais de santé" la mise en application de cette garantie ne sera effective qu'à compter du 01/01/2002. Jusqu'à cette date, les garanties en vigueur demeurent.



#### **Article 5 - Révision de l'accord**

A la demande de l'une des parties signataires, le présent accord collectif pourra faire l'objet d'une révision. Dans cette hypothèse, le(s) syndicat(s) signataire(s) de l'accord initial qui demande(nt) la révision de l'accord devra(ont) le faire par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires ; cette question sera alors inscrite à l'ordre du jour d'une réunion paritaire qui sera organisée sur l'initiative de l'employeur, dans le mois suivant la réception.

La procédure est identique si le souhait de la révision vient de l'employeur.

Lors de cette réunion, les parties décideront de l'opportunité ou non de conclure un avenant de révision au présent accord, cette révision pouvant affecter l'une quelconque de ses dispositions.

Les parties signataires conviennent que les conditions de révision du présent accord ainsi que le droit d'opposition qu'il peut éventuellement faire naître sont régis par les dispositions du code du travail, notamment l'article L. 132-7.

Toutefois, il est convenu que les ajustements de garanties et/ou des cotisations visés aux articles 10.2 et 10.3 du présent accord lorsqu'ils sont rendus nécessaire par l'évolution des résultats techniques ou de la législation sociale et fiscale seront décidés dans les conditions

fixées à l'article 8 "Commission de Suivi", sans que les principes régissant la révision telle que précisée ci-dessus soient applicables.



## **Article 6 - Dénonciation de l'accord**

6.1. Le présent accord collectif peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires. La dénonciation notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque exercice prend effet le 31 décembre du dit exercice.

La dénonciation ne peut porter que sur l'ensemble de l'accord et de ses annexes, aucune dénonciation partielle ne pouvant être admise le présent régime formant un tout indissociable.

Durant la période qui sépare la date effective de dénonciation et le 31 décembre de l'exercice en question, les signataires se réuniront aux fins d'envisager des suites à donner à cette dénonciation.

A défaut de nouvel accord conclu entre les signataires originaux, le présent accord conservera alors tous ses effets durant les 12 mois suivant la date d'effet de la dénonciation ou de la remise en cause.

6.2. Le présent accord peut être remis en cause en cas de modification substantielle de périmètre du Groupe, conformément aux dispositions prévues à l'article L.132-8 du Code du travail).

Notamment, au cas où une entreprise sortirait du champ d'application défini à l'article 1, l'accord d'adhésion qu'elle a éventuellement conclu serait remis en cause emportant ipso facto remise en cause du présent accord à son (seul) égard. Dans ce cas, l'accord d'adhésion continuerait à s'appliquer à compter de la date de sortie du champ d'application pendant le préavis de trois mois et la durée de survie de 12 mois sauf conclusion d'un accord de substitution. L'entreprise devra alors prendre toute mesure pour être assurée au titre des garanties.

6.3. Le présent accord cesserait de s'appliquer de plein droit dans le cas où serait compromis l'équilibre économique créé par le présent accord, notamment au regard des charges globales pesant sur les entreprises et les salariés.

En outre les garanties frais de santé cesseraient de s'appliquer dans les hypothèses évoquées à l'article 3, 7<sup>ème</sup> alinéa.



## **Article 7 - Gestion des engagements.**

7.1. Cadre de garanties.

Les garanties complémentaires obligatoires sont instituées dans le cadre de contrats d'assurances de Groupe auxquels chaque société affiliée devra souscrire par avenant d'adhésion.

Ces contrats sont annexés au présent accord. Ils ont pour objet notamment de définir, au plan technique, les garanties attribuées et les modalités de service des prestations. Leurs dispositions, en ce qu'elles visent les adhérents, ont une nature conventionnelle. Elles s'imposent aux adhérents dans les mêmes conditions que les dispositions du présent accord.



## 7.2. Principes de gestion.

Les Sociétés d'assurance auprès desquelles sont souscrits les contrats d'assurance de Groupe établiront pour chaque exercice un compte de résultats techniques, permettant d'analyser l'utilisation des garanties.

Ce compte établira, pour les garanties obligatoires une présentation d'une part par entreprise et d'autre part, consolidée au niveau des entreprises affiliées et ce, en distinguant chaque garantie, et notamment les prestations incapacité et inaptitude des EB/EI qui sont différentes de celles du personnel administratif visé à l'article 11 du présent accord.

Les résultats sont établis tous les ans avant le 30 juin de l'année suivante et présentés avant le 30 septembre :

- à la RSG, après avis de la Commission de Suivi,
- aux CE/CCE des entreprises adhérentes.

En outre, les Sociétés d'assurance établissent un Compte de Participation aux Bénéfices (C.P.B.), dans les conditions figurant en annexe aux contrats d'assurance.

Au cas où le compte de résultats techniques consolidé annuel ferait apparaître un excédent, ce dernier serait affecté aux réserves dans les conditions établies par le C.P.B.

Au cas où le compte de résultats techniques annuel ferait apparaître un déficit, celui-ci serait compensé par un prélèvement sur les réserves dans les conditions prévues au C.P.B. Si les réserves s'avèrent insuffisantes, il serait alors recherché dans les conditions visées à l'article 8 du présent accord, les moyens de rétablir l'équilibre du régime.



## 7.3. Information des salariés.

Chaque salarié recevra une notice résumant les garanties et les obligations liées au régime mis en place par signature du présent accord collectif. Cette notice sera rédigée par les Sociétés d'assurance et remis par l'employeur à chaque bénéficiaire dans le mois suivant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime et concomitant à l'embauche.

La notice relative aux garanties de remboursement frais de santé fera l'objet d'une rédaction distincte, remise après le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Les notices seront disponibles auprès des Services du Personnel de chaque établissement et consultables sur Intranet.

Toute actualisation de la notice justifiée par une modification des garanties sera communiquée dans les mêmes conditions aux salariés concernés.



## **Article 8 - Commission Nationale de Suivi**

Il est créé une Commission Nationale de Suivi, dans les conditions suivantes :

### **8.1. Membres de la Commission - convocation.**

La Commission est composée de 18 membres titulaires, soit deux membres désignés par chaque organisation syndicale représentative et 8 membres désignés à la proportionnelle ainsi que de représentants de la Direction (dont le nombre ne pourra pas être supérieur à la délégation syndicale) Un représentant de l'assureur pourra être invité à assister à la Commission.

Elle se réunit à la demande de la Direction chaque fois que celle-ci ou l'assureur envisage d'apporter des modifications aux garanties ou à leur financement ou à la demande d'au moins deux organisations syndicales.

La Commission est convoquée au minimum une fois par an pour l'examen des comptes et au maximum une fois par trimestre.



### **8.2. Rôle de la Commission.**

La Commission a une triple mission.

8.2.1. La Commission examine les résultats techniques et financiers du régime, son fonctionnement général, les modalités de sa gestion administrative, l'évolution du contexte social et d'une façon générale tout ce qui a trait à l'environnement des dites garanties ; elle fait toute proposition permettant d'améliorer le fonctionnement du régime ou son étendue. Elle pourra notamment étudier l'opportunité d'inclure ultérieurement une garantie dépendance.

La Direction remet les documents justificatifs lorsque elle-même ou l'assureur souhaite apporter des modifications aux garanties et/ou aux taux de cotisation.

La Commission émet un avis motivé écrit, cet avis étant communiqué à la RSG et aux CE/CCE des entreprises adhérentes.

8.2.2. Elle est consultée si à la suite de litiges entre les adhérents et / ou leurs ayants droit et l'assureur, aucune entente n'est intervenue.

8.2.3. La Commission examine les demandes de prise en charge dérogatoires aux dispositions contractuelles du contrat d'assurance, formulées par un membre de la Commission de Suivi en faveur d'un adhérent en matière de prévoyance et remboursement de frais de santé.

Elle étudie les motifs invoqués et les conséquences financières pour le régime.

Ces dérogations ne peuvent concerner que des situations exceptionnelles qui, contractuellement, ne sont pas couvertes :

- soit que le cas n'ait pas été envisagé en raison de son caractère rarissime et imprévisible,
- soit qu'il n'ait encore pu être intégré (par exemple apparition de nouveaux traitements médicaux).

La situation évoquée doit rester dans l'esprit des garanties voulues par les parties signataires de l'accord et ne doit pas entrer dans le champ d'application des exclusions expressément prévues par le contrat d'assurance.

Toute demande de dérogation exprimée par la Commission sera transmise à l'assureur par l'employeur. En cas de refus ou de prise en charge partielle, l'assureur justifiera sa position auprès de la Commission.

Les dérogations accordées feront l'objet d'un suivi spécifique, tant pour leurs natures que pour leurs coûts.

Lorsqu'elle délibère dans le cadre des articles 8.2.2. et 8.2.3., la commission est limitée à un membre par organisation syndicale auquel se joindra éventuellement un représentant de l'assureur.



## **Article 9 - Le bénéfice des prestations**

### 9.1. Principes.

- Prestations en cas de décès.

Les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions établies par les contrats d'assurance après production notamment des certificats de décès et, le cas échéant, production de l'attestation de causes accidentelles du décès.

- Prestations Incapacité-Invalidité.

L'Incapacité et l'Invalidité sont entendues au sens retenu en application de la réglementation du régime général de la Sécurité Sociale.

Le bénéfice des prestations à l'adhérent est conditionné par la production des attestations requises et, le cas échéant, au contrôle de la justification notamment au moyen de la soumission de l'adhérent à une visite médicale.

Afin de permettre l'organisation de ce contrôle, l'adhérent qui sollicite le versement de prestations doit préciser l'adresse de sa résidence.

Le bénéfice des prestations est conditionné à la réalité de l'état pathologique justifiant la mise en oeuvre de la garantie et à la prise en charge de l'intéressé par le régime général de la Sécurité Sociale, dans les conditions prévues par la loi.

L'assureur pourra mandater tout médecin afin d'opérer un contrôle médical aux fins de vérifier l'état de santé justifiant le service des prestations d'incapacité ou d'invalidité ; dans le cas où le médecin contrôleur ne peut pas procéder au contrôle ou diagnostiquer un état de santé ne justifiant pas selon lui, le service des prestations complémentaires, celles-ci sont immédiatement suspendues.

- Frais de santé.

Les prestations sont versées sur production des justificatifs de dépenses dans le cadre des garanties prévues par le présent accord.

Pour toutes les prestations, tout litige peut donner lieu à arbitrage et médiation dans les conditions prévues par la loi.



## 9.2. Situations particulières.

### 9.2.1. Gestion du passé.

Les salariés qui, au 31 mars 2001, perçoivent des prestations d'incapacité ou d'invalidité ainsi que les bénéficiaires de rentes de conjoint survivant ou d'éducation continueront à recevoir leurs prestations dans les conditions et limites résultant du régime obligatoire du contrat applicable à la date de réalisation de l'événement ayant donné lieu à versement des dites prestations. Toutefois, ces prestations seront revalorisées dans les conditions prévues par les contrats d'assurance annexés au présent accord. De même, les salariés concernés seront garantis au titre du risque décès dans les conditions prévues par les contrats d'assurance annexés.

Les frais de santé engagés jusqu'au 31 décembre 2001 seront garantis, au titre des contrats applicables jusqu'à cette date.

Les provisions constituées au titre des contrats couvrant les garanties obligatoires existantes seront transférées aux contrats homologues garantissant les nouvelles garanties instituées par le présent accord.

### 9.2.2. Gestion du futur.

En cas de départ volontaire de l'entreprise affiliée, l'ancien salarié cesse d'être couvert au titre des garanties définies par le présent régime.

En cas de rupture du contrat de travail du fait de l'employeur intervenant dans les conditions prévues par le droit du travail à la suite d'une période d'incapacité ou d'invalidité, l'ancien

salarié verra le versement de ses prestations poursuivi dans les conditions prévues par le contrat en vigueur à la date de son départ. Il pourra par ailleurs, en application des mesures légales, solliciter de l'assureur des garanties frais de santé équivalentes.

La rupture du contrat de travail liée à un licenciement (non consécutif à l'Incapacité ou l'Invalidité) ou à l'arrivée à terme d'un contrat à durée déterminée, entraîne l'arrêt des garanties des contrats. Toutefois, en application des mesures légales, l'ancien salarié pourra solliciter de l'assureur des garanties frais de santé équivalentes.

En cas de changement d'assureur(s), les entreprises affiliées veilleront à l'organisation du principe du maintien des revalorisations à venir, de la base des garanties et des prestations ainsi que du maintien de la garantie décès au bénéfice des salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité, invalidité, rentes éducation et pension de conjoint.



## **Article 10 - Le financement du régime obligatoire**

### 10.1. Principe général.

Le financement des garanties de protection sociale complémentaire est assuré conjointement par l'employeur et les salariés. Le principe du cofinancement répond à la notion de solidarité et concourt à l'exercice par les salariés d'un auto-contrôle des coûts engagés, notamment en matière de frais de santé.

Le précompte sur le salaire des parts salariales des cotisations s'impose à tout salarié, conformément aux dispositions de la loi n° 89 - 1009 du 31 décembre 1989.

De ce fait les entreprises affiliées s'engagent au versement des cotisations dans les délais prévus par les contrats d'assurance.



### 10.2. Equilibre économique du régime.

Il est établi par les signataires que le régime de protection sociale complémentaire des salariés doit rester globalement équilibré.

En cas d'accroissement des dépenses du régime, quel que soit le risque couvert, résultant d'une modification du contenu, des conditions et du taux de remboursement pratiqués par la Sécurité Sociale et par les régimes professionnels, autres que les revalorisations prévues à l'article 10.3 ci-après, les modifications à adopter seront subordonnées à l'accord des signataires du présent accord.

Les parties signataires se rencontreront sur l'initiative de la Direction ou de la Commission de Suivi pour arrêter les mesures propres à restaurer cet équilibre. Ces mesures pourront être relatives soit à une redéfinition du niveau des cotisations, soit à une redéfinition du niveau des prestations accordées dans le cadre du présent accord notamment, en ce qui concerne les garanties incapacité et inaptitude des EB/EI. Elles feront le cas échéant l'objet d'un avenant.



### 10.3. Les taux de cotisations des contrats obligatoires.

Les garanties offertes dans le cadre du présent accord sont financées par une cotisation patronale et salariale fixée et répartie dans les conditions suivantes :

Ces cotisations sont réparties entre employeur et salarié à raison de :

- 50 % à la charge de l'employeur,
- 50 % à la charge des salariés.

De plus, l'employeur supporte l'intégralité des frais de gestion.

Après information et consultation de la Commission de Suivi, la modification des taux de cotisations est répartie entre l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions que celles visées ci-dessus.

Il a été convenu entre les parties signataires que le présent accord n'est pas modifié en cas d'évolution du taux global de cotisations (tous risques confondus) si celui-ci évolue dans la limite de 5 % d'une année sur l'autre.



## TITRE II - ADAPTATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES

Les garanties du présent protocole sont adaptées en fonction des Conventions Collectives et des Régimes Obligatoires dont relèvent les différents salariés afin d'aboutir à un niveau globalement équivalent.



### **Article 11 - Personnel d'assurance relevant des Conventions Collectives des 27.05.92 (personnel administratif) et 27.07.92 (inspection).**

#### 11.1 Garanties liées au décès et à l'incapacité de travail.

- Les salariés affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance en activité au 31.03.01 bénéficient des dispositions des chapitres I à V du contrat 2.465.006.11
- Les salariés en incapacité de travail au 31.03.01 (contrat de travail en cours) bénéficient des dispositions du chapitre VII du dit contrat.
- Les ex-salariés en incapacité de travail au 31.03.01 (contrat de travail rompu) bénéficient des dispositions du chapitre VI du dit contrat.

- Les salariés ne bénéficiant pas du Régime Professionnel de Prévoyance pour cause d'ancienneté insuffisante bénéficient du contrat 2.465.006.11 sous réserve des dispositions particulières de son chapitre VIII.
- Les salariés en congé sans solde bénéficient des dispositions du chapitre IX du contrat 2.465.006.11.
- Les salariés ou ex-salariés ayant opté en attendant leur retraite pour un des régimes de départ anticipé existants dans le Groupe sont garantis dans les conditions des chapitres X, XI, XII du dit contrat.



#### 11.2. Garanties relatives au remboursement des frais de santé.

- Les salariés et ayants droit affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance bénéficient du contrat 2.465.006.21
- Les salariés non encore affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance bénéficient du même contrat sous réserve des dispositions particulières du chapitre VI



### **Article 12 - Personnel commercial d'assurance relevant des Conventions Collectives des 27.03.72 et 13.11.67.**

#### 12.1. Garanties liées au décès.

Garanties liées au décès, à l'incapacité de travail et à l'inaptitude.

- Les salariés affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance en activité au 31.03.01 bénéficient des dispositions des chapitres I à VI du contrat 2.465.006.12
- Les salariés en incapacité de travail au 31.03.01 (contrat de travail en cours) bénéficient des dispositions du chapitre VIII du dit contrat
- Les ex-salariés en incapacité de travail au 31.03.01 (contrat de travail rompu) bénéficient des dispositions du chapitre VII du dit contrat
- Les salariés ne bénéficiant pas du Régime Professionnel de Prévoyance pour cause d'ancienneté insuffisante, bénéficient partiellement du contrat 2.465.006.12 dans les conditions définies à son chapitre IX
- Les salariés en congé sans solde bénéficient des dispositions du chapitre X du contrat précité
- Les salariés ou ex-salariés ayant opté en attendant leur retraite pour un des régimes de départ anticipé existant dans le groupe, sont garantis dans les conditions des chapitres XI, XII, XIII du même contrat.



## 12.2. Inaptitude à la fonction d'EB/EI.

Dans le cadre de la fermeture du contrat 702.142 à la date d'application du présent accord, les EB/EI déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions et ayant plus de 5 ans d'ancienneté, bénéficieront des mesures suivantes :

- L'inaptitude d'un EB/EI est dûment constatée par la médecine du travail, conformément à la loi.
- Le collaborateur déclaré inapte à l'exercice de sa fonction bénéficiera durant 3 mois d'une assistance spécifique à la recherche d'un emploi au sein de son entreprise et du groupe, incluant à sa demande un bilan de compétences ; cette période de 3 mois étant rémunérée sur la moyenne des rémunérations des 36 derniers mois.
- La recherche d'un reclassement interne devra correspondre aux compétences acquises et aux besoins de l'entreprise. Elle intègrera pour faciliter le reclassement professionnel, la possibilité de bénéficier d'une formation d'adaptation de 300 heures au maximum.
- Dans le cas d'un reclassement sur une fonction de personnel administratif, la structure de rémunération (fixe + variable) du collaborateur serait transformée pour être cohérente avec celle du personnel administratif.

Dans ce cadre, la base retenue serait égale à 70 % de la moyenne des salaires bruts des 3 dernières années, sans que la rémunération du collaborateur puisse dépasser deux fois le plancher du poste proposé.

- En cas d'acceptation du reclassement proposé, le collaborateur bénéficiera d'une indemnité différentielle calculée comme suit :
  - 100 % du différentiel la première année,
  - 80 % du différentiel la deuxième année.
  - 50 % du différentiel la troisième année.

Le différentiel est égal à l'écart entre la rémunération des 3 dernières années en tant que personnel commercial et celle acceptée au titre du reclassement sur une fonction administrative.

- En cas d'impossibilité de reclassement interne ou de refus motivés, le collaborateur déclaré inapte bénéficie :

- d'une indemnité légale et conventionnelle de licenciement majorée.

La majoration est de :

- 50 % pour une ancienneté d'au moins 5 ans,

- 60 % pour une ancienneté d'au moins 10 ans
- 70 % pour une ancienneté d'au moins 15 ans
- 80 % pour une ancienneté d'au moins 20 ans

- et après avis du médecin conseil de l'assureur, d'une garantie de complément aux indemnités ASSEDIC représentant 20 % de TA/TB pour la première année d'indemnisation et 10 % de TA/TB la deuxième,

- d'une assistance au reclassement externe(out placement), s'il justifie d'au moins 20 ans d'ancienneté.



12.3. Garanties relatives aux remboursements de frais de santé.

Les garanties sont identiques à celles prévues à l'article 11.2.



### TITRE III - GARANTIES FACULTATIVES DES RETRAITES

#### **Article 13 - Frais de santé**

13.1. Il est créé un contrat facultatif de remboursement de frais de santé sous le n° 2.465.006.25

La cotisation est à la charge exclusive des retraités.

Les garanties sont les mêmes que celles offertes aux salariés en activité à l'exception :

- du montant des cotisations,
- de la suppression du forfait cure thermique,
- d'une réduction du niveau de couverture en hospitalisation.

Ce contrat est ouvert aux ex-salariés prenant leur retraite à compter du 01.01.02 et qui en feront la demande à cette occasion.



13.2. Les retraités et leurs familles bénéficiant au 31.12.01 du contrat AXA 40002161 seront transférés d'office au 01.01.02 dans le nouveau contrat 2.465.006.25

13.3. Les retraités couverts au 31.12.01 dans le cadre d'autres contrats resteront garantis par lesdits contrats.

13.4. En ce qui concerne les retraités adhérant à la MUAP ou à la MUAPEX au 31.12.01, leur situation sera arrêtée en fonction des décisions qui seront prises par les Assemblées Générales de ces deux mutuelles.

13.4.1.a) Afin de garantir la pérennité des prestations versées aux retraités et ayants droit sur la base des garanties en vigueur au 31.12.99, un processus de réassurance sera proposé aux mutuelles MUAP et MUAPEX.

Il sera établi un traité sur la base d'une réassurance des mutuelles MUAP et MUAPEX par une structure habilitée du Groupe, selon les [modalités décrites en annexe](#) avec une quote-part égale à 50 % pendant une période de 10 ans.

Au terme de la période temporaire la quote-part serait portée à 100 % à moins que les mutuelles ne décident de transférer le risque.

La mise en place et l'application du traité de réassurance sont subordonnées aux décisions des Assemblées générales et à une augmentation annuelle minimum des cotisations égale à la Consommation Médicale Totale (C.M.T.) + 3 points.

Cette majoration ne pourra excéder 10 % par an. Toutefois, si une majoration des cotisations supérieure à 10 % s'avérait nécessaire pour l'équilibre du dispositif, les parties conviendraient de se rencontrer afin de prendre les mesures pour rétablir l'équilibre technique du régime, le cas échéant par une diminution des garanties.

b) Chaque retraité adhérant à la MUAP et MUAPEX bénéficiera d'un abondement individuel versé par son dernier employeur égal au montant individualisé pris en charge au cours de l'exercice 2001, par l'employeur AXA au titre des garanties des frais médicaux MUAP et MUAPEX.

Cet abondement constitue un engagement viager pour autant que l'adhésion à la mutuelle MUAP et MUAPEX perdure et qu'à ce titre, le retraité acquitte sa cotisation. Son montant sera revalorisé sur la base de l'évolution des augmentations des cotisations décidées par les mutuelles, dans la mesure où ces augmentations s'avèrent nécessaires à l'équilibre technique du régime pour des garanties au plus équivalentes à celles en vigueur au 31.12.99 et dans la limite prévue au dernier alinéa de l'article 13.4.1.a)

L'application des dispositions de l'article 13.4.1. qui ne sera justifiée qu'au cas où les mutuelles décideraient de leur réassurance respective, est conditionnée à leur acceptation expresse par l'Assemblée Générale de chacune des mutuelles concernées et à la conclusion des traités de réassurance visés.

L'acceptation expresse résultera de la signature de la [note annexée](#) par le Président de chaque mutuelle dûment mandaté par délibération de son Assemblée Générale.

Au cas où une telle acceptation n'interviendrait pas avant le 31.12.2001, ou au cas où le traité de réassurance ne serait pas conclu ou serait annulé ou résilié, l'application de l'article 13.4.1. cesserait immédiatement.

13.4.2. Si les Assemblées Générales de la MUAP et de la MUAPEX décidaient de maintenir leur activité sans traité de réassurance, tel que défini à l'article 13.4.1., le Groupe AXA en qualité de membre honoraire, démissionnerait desdites mutuelles. Chaque retraité resterait bien sûr libre de poursuivre son adhésion à la mutuelle.

La participation financière de l'employeur AXA aux cotisations individuelles annuelles serait maintenue viagèrement mais plafonnée à leurs montants atteints pour l'exercice 2001, ces montants étant toutefois revalorisés en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

13.4.3. Aucune participation financière du Groupe AXA n'interviendrait en cas d'adhésion à la MUAP/MUAPEX au-delà du 31.12.01.



13.5. Les salariés adhérant à la MUAP ou la MUAPEX depuis au moins 5 ans au 31.12.2001, et liquidant leur retraite avant le 01.01.2016, bénéficieront d'une majoration de leur indemnité de fin de carrière en fonction de leur ancienneté lors de leur départ. Cette majoration sera égale à :

- 6 % du Plafond annuel S.S. pour une ancienneté de 30 ans et plus,
- 5 % du Plafond annuel S.S. pour une ancienneté de 25 à 29 ans,
- 4 % du Plafond annuel S.S. pour une ancienneté de 20 à 24 ans.



#### TITRE IV - AUTRES GARANTIES FACULTATIVES

##### **Article 14 - Remboursement de frais de santé des conjoints (à défaut du concubin ou du partenaire lié par un PACS) des adhérents assurés**

Les conjoints et les enfants des adhérents qui, du fait de leur immatriculation personnelle à la S.S. (hors étudiants couverts par le Régime Professionnel de Prévoyance) ne peuvent bénéficier de la garantie familiale obligatoire frais de santé instituée par le présent accord, pourront, à titre personnel, souscrire au contrat facultatif objet du contrat n° 2.465.006.26. Les cotisations correspondantes seront précomptées sur les bulletins de salaires des adhérents et à leur charge exclusive.



##### **Article 15 - Assurance Décès et Pension de conjoint**

Les adhérents bénéficiant des garanties du présent Protocole et qui souhaiteraient des garanties surcomplémentaires en cas de décès (capitales, et/ou pension de conjoint), pourront souscrire individuellement au contrat facultatif, objet du contrat n° 2.703.665

Les adhérents bénéficiant déjà du contrat n° 1225 pourront résilier ou modifier leur niveau de garantie.

Ces garanties sont également ouvertes aux conjoints des adhérents et peuvent être maintenues au-delà de 65 ans dans les conditions prévues au contrat.

Les cotisations correspondantes sont à la charge exclusive des adhérents.



## TITRE V - COTISATIONS RELATIVES AUX GARANTIES OBLIGATOIRES

Les cotisations globales mentionnées dans les contrats obligatoires annexés au présent accord (2.465.006.11 - 2.465.006.12 - 2.465.006.21) sont réparties entre l'adhérent et l'employeur dans les conditions ci-après.

### Article 16 - Prévoyance

16.1. Personnel administratif et inspecteurs bénéficiant du Régime Professionnel de Prévoyance (R.P.P.) y compris personnel en départ anticipé en cadre de réserve et congé de fin de carrière.

	<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
	<b>Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
Non marié	0,31 % A B C	0,31 % A B C	0,03 % A B C
Marié	0,645 % A B	0,645 % A B	0,06 % A B
	0,31 % C	0,31 % C	0,03 % C

A, B, C, étant les tranches de salaires :

- inférieure au Plafond S.S. pour A
- comprise entre 1 et 4 Plafonds SS. pour B
- comprise entre 4 et 8 Plafonds S.S. pour C.



16.2. Personnel administratif et inspecteurs ne bénéficiant pas du R.P.P. (ancienneté inférieure à 3 mois)

	<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
	<b>Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
Non marié	0,455 % A	0,455 % A	0,05 % A
	0,975 % B C	0,975 % B C	0,11 % B C
Marié	0,79 % A	0,79 % A	0,09 % A
	1,31 % B	1,31 % B	0,14 % B
	0,975 % C	0,975 % C	0,11 % C



16.3. Personnel EB/EI bénéficiant du R.P.P. y compris personnel en départ anticipé en cadre de réserve et congé de fin de carrière.

	<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
	<b>Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
Non marié	1,065 % A B	1,065 % A B	0,11 % A B
	2,82 % C	2,82 % C	0,30 % C
Marié	1,40 % A B	1,40% A B	0,15 % A B
	2,82 % C	2,82 % C	0,30 % C



16.4. Personnel EB/EI ne bénéficiant pas du R.P.P. (ancienneté inférieure à 1 an).

	<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
	<b>Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
Non marié	0,225 % A B C	0,225 % A B C	0,02 % A B C
Marié	0,56 % A B	0,56% A B	0,06 % A B
	0,225 % C	0,225 % C	0,02 % C



16.5. Personnel en départ anticipé dans le cadre de l'ARPE et de la P.R.T.

	<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
	<b>Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
Non marié	0,225 % A B C	0,225 % A B C	0,02 % A B C
Marié	0,56 % A B	0,56 % A B	0,06 % A B
	0,225 % C	0,225 % C	0,02 % C



## Article 17 - Frais de santé

17.1. Personnel bénéficiant du R.P.P.

<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
<b>Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
0,62 % A B	0,62 % A B	0,06 % A B
		0,09 % Pd S.S.



17.2. Personnel ne bénéficiant pas du R.P.P. (ancienneté inférieure au minimum requis).

<b>SALARIE</b>	<b>EMPLOYEUR</b>	
	<b>Cotisation</b>	<b>Frais de gestion</b>
1,325 % A B	1,325 % A B	0,13 % A B
		0,09 % Pd S.S.



## TITRE VI - CLAUSES GENERALES

### Article 18 - Publicité

Le présent accord est établi en quinze exemplaires dont cinq seront déposés à la Direction Départementale du travail et de l'emploi compétente et au Greffe du Conseil de Prud'hommes compétent.

ooOoo

Les contrats cités dans le présent protocole y sont annexés.

Les organisations syndicales signataires déclarent en avoir pris connaissance.



## ANNEXE

### Annexe réassurance au protocole d'accord.

#### TRAITE DE REASSURANCE

- Souscripteurs : MUAP  
MUAPEX
- Réassureurs : Structure habilitée du Groupe (AXA Conseil Vie Mutuelle directement ou indirectement).
- Période de réassurance : Annuelle à compter du 01/01/2002, révisable tous les ans.
- Quote-part cédée : 50 %
- Prime de réassurance : MUAP Bénéficiaire du Rama : 1,65 % du PASS  
Non bénéficiaires du Rama : 3,25 % du PASS  
  
MUAPEX Bénéficiaires du Rama : 1,00 % du PASS  
Non bénéficiaires du Rama : 1,95 % du PASS

La prime de réassurance est revue annuellement en fonction des résultats constatés.

- Représentation des provisions : Nantissement du titre à hauteur de la provision pour sinistres à payer

- Comptes techniques de la cédante : Suivi technique trimestriel : envoi des comptestrimestriels

avant la fin du trimestre suivant.

Suivi annuel : envoi des comptes annuels avant Le 31/03



## ANNEXE

AXA France Assurance  
qui s'engage pour elle-même et  
ses filiales

aux

Président de la MUAP  
Président de la MUAPEX

Monsieur le Président,

Je vous confirme les conditions dans lesquelles les sociétés du Groupe pourraient, à l'avenir, participer financièrement à l'équilibre technique du régime de Frais de Santé des retraités du Groupe couverts par votre mutuelle.

Dans le cadre précis de l'accord collectif du 29 mai 2001, les sociétés, constatant que votre mutuelle aura régulièrement pris les mesures raisonnables permettant de favoriser l'équilibre technique du régime, notamment en adoptant un taux de cotisation adapté et constatant que les réserves auront été utilisées pour l'équilibre du régime, pourront verser, chaque année, une dotation d'équilibre permettant à la mutuelle de compléter le financement des primes de réassurance dues par elle.

Je vous propose que, chaque année, nous nous rencontrions, afin d'évoquer, de concert, les mesures utiles à envisager.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.