

Brochure n° 3168

Convention collective nationale

IDCC : 1147. – **PERSONNEL DES CABINETS MÉDICAUX**

AVENANT N° 52 DU 3 JUIN 2009

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : *ASET0950689M*

IDCC : 1147

Entre :

La confédération des syndicats médicaux français (CSMF) ;

La fédération des médecins de France (FMF) ;

Le syndicat des médecins libéraux (SML),

D'une part, et

La FFSAS CFE-CGC ;

La FPSPS FO ;

La FNSCS CFTC,

D'autre part,

il a été convenu de modifier les dispositions de l'article 44 et de l'annexe I de la convention collective susvisée.

Article 1^{er}

*Modification de l'article 44 et de l'annexe I
de la convention collective nationale*

Les dispositions de l'article 44 et de l'annexe I sont remplacées à compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant par les dispositions qui suivent.

« Article 44

Prévoyance

Le personnel des cabinets médicaux bénéficie obligatoirement d'un régime de prévoyance dont les conditions sont fixées à l'annexe I de la présente

convention collective, relative au régime de prévoyance. Ce régime assure notamment le versement d'indemnités journalières complétant celles de la sécurité sociale dans les conditions fixées à l'article 43 et devra respecter, pour les salariés ayant le statut de cadres, les obligations issues de la convention collective nationale du 14 mars 1947. »

« ANNEXE I

Régime de prévoyance

Article 1^{er}

Objet

La présente annexe a pour objet de définir le régime de prévoyance visé à l'article 44 de la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981.

Elle fixe le contenu et les modalités d'application du régime de prévoyance prévu par la convention collective.

La présente annexe prévoit, afin de respecter la convention collective nationale du 14 mars 1947, la mise en place de régimes de prévoyance différents pour les salariés cadres et les salariés non cadres.

Article 2

Définition du personnel couvert

Sont garantis à titre obligatoire par le régime de prévoyance :

- d'une part, l'ensemble des salariés non cadres comptant dans le cadre de leur contrat de travail au moins 1 an d'ancienneté ;
- d'autre part, l'ensemble des salariés ayant le statut de cadre (y compris les articles 4 *bis* au sens de la convention collective nationale du 14 mars 1947) sans condition d'ancienneté.

Article 3

Prise d'effet de la garantie du salarié

Les salariés sont couverts :

- pour les salariés non cadres, au jour où ils acquièrent l'ancienneté de 1 an ;
- pour les cadres, au jour de leur embauche ou de leur promotion dans cette catégorie.

Article 4

Cessation de la garantie du salarié

La garantie doit se poursuivre pour chaque assuré pendant toute l'adhésion de son employeur et cesser :

- à la date de fin ou de rupture de son contrat de travail ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

Article 5

Conséquences de la suspension du contrat de travail

Les garanties de prévoyance prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans les cas de suspension du contrat de travail énumérés ci-après les garanties de prévoyance sont maintenues dans les conditions suivantes :

a) L'ensemble des garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation à l'assuré dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien, total ou partiel, de salaire de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;

b) Autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire :

1. En cas de maladie ou d'accident, l'intéressé est assuré dans les conditions prévues à l'article 8 au paragraphe 8.11 "Maintien des garanties décès aux salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité" ;

2. Maternité, paternité : pour les périodes de congé légal de maternité ou de paternité, l'assuré reste couvert contre le risque décès sans contrepartie de cotisation ;

3. Congé parental d'éducation :

- pendant la durée du congé parental d'éducation, l'assuré reste couvert en cas de décès sans contrepartie de cotisation ;
- pendant la durée du congé parental d'éducation les prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité ne sont pas versées. Si un salarié se trouve en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité à l'issue de son congé parental d'éducation, l'arrêt de travail est censé avoir débuté à la date fixée initialement pour la reprise du travail et commence à être indemnisé à l'issue de la période de franchise prévue à l'article 7.1.2. Les cotisations ne sont pas dues pendant cette période.

Dans tous les cas, la prestation sera calculée selon la base de calcul des prestations définie à l'article 6 et précédant la date de suspension du contrat de travail. Les garanties maintenues sont celles dont bénéficie le salarié au titre de la catégorie de personnel dont il relève à la date de suspension du contrat de travail.

Article 6

Base de calcul des cotisations et des prestations

La base de calcul des cotisations doit être égale au traitement brut afférent à l'année d'affiliation considéré déclaré par l'employeur à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu. Elle est limitée à 3 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour la détermination des prestations, la base doit être égale au salaire fixe des 3 derniers mois pleins de salaire brut, multiplié par 4, majoré des rémunérations variables des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou la date du décès. Comme pour le calcul des cotisations, la base de calcul des prestations est limitée à 3 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du salaire net, la base des prestations est celle prévue à l'alinéa précédent déduction faite des charges fiscales et sociales.

Afin d'harmoniser leurs méthodes de calcul, les organismes assureurs désignés déduisent le même taux de charges sociales et fiscales, celui-ci correspond au taux de charges moyen appliqué aux salaires de la profession.

Il est précisé que la CSG et la CRDS sont des impôts dus par le salarié et ne peuvent pas être prises en charge par l'organisme de prévoyance ou l'employeur.

Pour le salarié travaillant à temps partiel, le montant des prestations est calculé sur le salaire perçu au titre du cabinet.

Article 7

Garanties incapacité temporaire de travail et invalidité

Les présentes garanties bénéficient aux salariés cadres et non cadres.

7.1. Garantie incapacité temporaire de travail

Lorsqu'un salarié est dans l'incapacité temporaire de travailler par suite d'une maladie ou d'un accident, l'organisme assureur lui verse une prestation dans les conditions définies ci-après.

7.1.1. Définitions.

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'impossibilité physique temporaire de travailler suite à une maladie (y compris une maladie professionnelle) ou à un accident (y compris un accident du travail), constatée par une autorité médicale, et ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) pourront également être indemnisés au titre de la présente garantie.

7.1.2. Franchise.

La franchise est la période ininterrompue suivant le point de départ de chaque arrêt de travail d'un salarié, ne donnant lieu au versement d'aucune prestation par l'organisme assureur.

En cas de maladie ou d'accident de droit commun ou d'accident de trajet, chaque arrêt de travail sera indemnisé à l'issue d'un délai de franchise égal à 3 jours calendaires. Tout nouvel arrêt de travail consécutif à la même affection, éligible aux prestations de la présente garantie, et survenant moins de 60 jours après la reprise d'activité, n'entraîne pas l'application de la période de franchise.

Aucun délai de franchise n'est appliqué si l'arrêt de travail est occasionné par une maladie professionnelle ou un accident du travail.

7.1.3. Montant.

Le salarié percevra, pendant sa période d'incapacité temporaire de travail, 100 % du salaire net de référence. L'organisme de prévoyance déduit de sa prestation les indemnités journalières brutes de CSG et de CRDS versées par la sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) bénéficient, après décision du médecin contrôleur mandaté par l'organisme de prévoyance, de la présente garantie. Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues, notamment par l'employeur. En aucun cas, l'organisme de prévoyance ne versera les prestations de la sécurité sociale ainsi reconstituées.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le bénéficiaire, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité, dans le cas contraire, les prestations versées par l'organisme de prévoyance seront réduites à due concurrence.

7.1.4. Durée.

Le versement des indemnités journalières cesse au premier des événements suivants :

- à la date de reprise d'activité, ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'employeur ou l'organisme de prévoyance que le bénéficiaire peut reprendre une activité ;
- en cas de suspension ou de cessation des prestations de la sécurité sociale ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle par la sécurité sociale ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

7.2. Garantie invalidité

Lorsqu'un salarié présente une invalidité totale ou partielle, à la suite d'une maladie ou d'un accident, réduisant sa capacité de travail ou de gain, constatée par un médecin et notifiée et prise en charge par la sécurité sociale, l'organisme assureur lui verse une prestation dans les conditions définies ci-après.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) pourront également être indemnisés au titre de la présente garantie.

7.2.1. Définitions.

Ouvrent droit à la garantie invalidité :

Les invalides classés comme suit :

- invalidité de 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

- invalidité de 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- invalidité de 3^e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tels qu'ils sont définis par le code de la sécurité sociale, l'invalidité correspond à un taux d'incapacité permanente au moins égal à 50 %.

Pour le salarié ouvrant droit aux prestations de la sécurité sociale, l'invalidité doit être également justifiée par une notification :

- soit du classement dans la même catégorie d'invalidité de la sécurité sociale ;
- soit du même taux d'incapacité permanente retenu par la sécurité sociale.

7.2.2. Montant.

La prestation est versée sous forme de rente et varie en fonction du classement du salarié dans l'une des 3 catégories d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente fixé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

La rente d'invalidité est calculée en pourcentage du salaire net de référence défini à l'article 6.

Invalidité de 2^e et 3^e catégorie résultant de maladie ou d'accident ou salarié bénéficiant d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité d'au moins 66 % :

- l'assuré percevra 100 % du salaire net de référence. De cette garantie complémentaire seront déduites les prestations brutes de CSG et de CRDS versées par la sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur ou par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Invalidité de 1^{re} catégorie résultant de maladie ou d'accident ou salarié bénéficiant d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % :

- l'assuré percevra 50 % de la rente calculée comme ci-dessus.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) bénéficiant, après contrôle du médecin mandaté par l'organisme de prévoyance, de la présente garantie. Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues, notamment par l'employeur. En aucun cas l'organisme de prévoyance ne versera les prestations de la sécurité sociale ainsi reconstituées.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le bénéficiaire, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une

somme supérieure à son salaire net d'activité ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'organisme de prévoyance seront réduites à due concurrence.

7.2.3. Durée.

Le versement de la rente d'invalidité cesse au premier des événements suivants :

- si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 50 % ;
- s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'organisme de prévoyance que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée ;
- en cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle versée par la sécurité sociale ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

7.3. Revalorisation des prestations en cours de service

Pendant toute la durée de l'adhésion au contrat d'assurance de l'employeur, les prestations en cours de service doivent être revalorisées chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO au cours de l'exercice précédent.

En cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat d'assurance, les prestations cessent d'être revalorisées par l'organisme assureur quitté et sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation. Le nouvel organisme assureur auquel adhère l'employeur devra assumer les revalorisations futures dans les mêmes conditions que celles définies au présent article.

Article 8

Garanties en cas de décès

8.1. Définitions

Les qualités de conjoint, partenaire lié par un Pacs, concubin, personne à charge, s'apprécient à la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

Définition du conjoint :

On entend par conjoint toute personne unie au salarié par les liens du mariage tel que défini aux articles 144 et suivants du code civil et non séparée de corps judiciairement.

Définition du partenaire lié par un Pacs :

On entend par partenaire toute personne unie au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions prévues aux articles 515-1 et suivants du code civil.

Définition du concubin :

Le concubinage ouvre droit aux prestations dès lors que le salarié et son concubin sont libres de tous liens de mariage et de pacte civil de solidarité et qu'à la date du décès le concubinage soit notoire et continu depuis au moins 2 ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant reconnu des deux parents est né de la vie commune.

Définition des personnes à charge :

Par personne à charge on doit entendre :

- les enfants du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis.

Ces enfants sont considérés à charge jusqu'à leur 18^e anniversaire ou jusqu'à leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études, ou sont en apprentissage ou titulaire d'un contrat de professionnalisation, ou sont dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

Sont considérés comme enfants à charge sans limitation d'âge les enfants du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs reconnus invalides par la sécurité sociale avant leur 26^e anniversaire et étant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

- les ascendants directs du salarié répondant aux conditions de l'article 1411-III du code général des impôts.

8.2. Capital en cas de décès

Le montant du capital est exprimé en pourcentage de la base des prestations. En cas de décès de l'assuré le montant du capital garanti, versé au bénéficiaire désigné, doit être fixé comme suit :

Pour les salariés cadres :

- assuré célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge : 140 % ;
- assuré célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge : 190 %
- assuré marié, pacsé ou vivant en concubinage, sans personne à charge : 200 % ;
- majoration par personne à charge supplémentaire : 50 %.

Pour les salariés non cadres :

- assuré célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge : 110 % ;
- assuré célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge : 150 %
- assuré marié, pacsé ou vivant en concubinage, sans personne à charge : 160 % ;
- majoration par personne à charge supplémentaire : 40 %.

Bénéficiaires :

Le contrat de prévoyance doit prévoir la désignation bénéficiaire type suivante pour l'attribution de la garantie capital décès :

- en premier lieu au conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement ;
- à défaut, au partenaire lié par un Pacs ;
- à défaut, au concubin ;
- à défaut, aux enfants légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptifs, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants, par parts égales entre eux ;

- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers, par parts égales entre eux.

Toutefois, l'assuré a la possibilité de faire, à toute époque, une désignation de bénéficiaire différente par lettre transmise à l'organisme de prévoyance.

8.3. Invalidité absolue et définitive

Le capital décès doit être versé par anticipation au salarié lorsqu'il est reconnu être en état d'invalidité absolue et définitive.

Un salarié est considéré comme invalide absolu et définitif lorsqu'il est prouvé qu'il est atteint d'une invalidité le rendant définitivement inapte à la moindre activité ou occupation. Il doit, en outre, être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le paiement doit avoir lieu en une seule fois, dans un délai de 6 mois après la date de reconnaissance par la caisse de sécurité sociale, soit du classement 3^e catégorie, soit lorsqu'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle de la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 100 % avec majoration pour tierce personne.

Le versement du capital en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès.

8.4. Double effet

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint, partenaire lié par un Pacs ou du concubin non remarié du salarié prédécédé laissant un ou plusieurs enfants à charge, il doit être versé au profit de ceux-ci un second capital égal à 100 % de celui versé lors du premier décès.

Le capital est attribué par parts égales entre les enfants qui étaient à la charge du salarié au moment de son décès et qui sont toujours à charge de son conjoint, partenaire lié par un Pacs ou de son concubin au moment du décès de ce dernier.

8.5. Garantie prédécès du conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs pour les salariés cadres

La présente garantie ne bénéficie qu'aux salariés cadres.

En cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un Pacs ou du concubin d'un salarié, ce dernier bénéficie du versement d'un capital d'un montant égal à 50 % de la base des prestations définie à l'article 6.

8.6. Rente éducation

8.6.1. Définition.

En cas de décès d'un salarié cadre ou non cadre, il est versé une rente éducation assurée par l'OCIRP pour chacun des enfants à charge. Cette rente sert à couvrir en tout ou partie les frais relatifs à l'éducation et à la scolarité des enfants à charge du salarié décédé.

8.6.2. Montant et service de la rente.

Jusqu'à leur 18^e anniversaire, son montant annuel est égal, pour chaque enfant, à 18 % du salaire de référence défini à l'article 6 ; son versement n'est alors soumis à aucune condition.

Au-delà et jusqu'au 26^e anniversaire, elle est portée à 23 % du salaire pendant la durée de l'apprentissage, des études ou dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

Le versement de la rente est maintenu en cas d'invalidité de l'enfant à charge reconnue par la sécurité sociale avant son 26^e anniversaire et mettant l'enfant à charge dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

En cas de décès du conjoint ou concubin ou partenaire lié par un Pacs du salarié décédé postérieur au décès de ce dernier, le montant de chaque rente d'éducation versée est doublé. Il en va de même si le salarié décédé était une mère célibataire dont le ou les enfants à charge n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance de paternité.

8.7. Rente de conjoint pour les salariés cadres

La présente garantie ne bénéficie qu'aux salariés cadres.

8.7.1. Définition.

En cas de décès d'un salarié cadre laissant un conjoint ou un concubin ou partenaire lié par un Pacs survivant, il est versé à ce dernier une rente viagère.

8.7.2. Montant et service de la rente.

Le montant annuel de la rente viagère est égale à 10 % du salaire annuel de référence définie à l'article 6.

Cette prestation est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès.

8.7.3. Bénéficiaires.

Bénéficient du versement de la prestation le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un Pacs du salarié cadre décédé.

8.8. Rente handicap

8.8.1. Définition.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un salarié ayant un enfant handicapé, il est versé à ce dernier une rente viagère handicap.

8.8.2. Montant et service de la rente.

Le montant de la rente versée au bénéficiaire est de 500 € par mois. L'évolution annuelle du montant de base de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). En cas de modification notable ou de disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer la référence à une allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive.

Cette prestation est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Le versement anticipé en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie.

8.8.3. Bénéficiaires.

Bénéficiaire du versement de la prestation l'enfant reconnu handicapé d'un salarié décédé.

Est reconnu comme handicapé l'enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 *septies* (2^o) du code général des impôts.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès du salarié.

8.9. Revalorisation des rentes éducation, de conjoint et handicap

Les rentes sont revalorisées en fonction d'un coefficient déterminé par l'OCIRP et dans les conditions prévues au règlement propre à cette garantie de cette union.

8.10. Risques non garantis

Les risques non garantis sont ceux exclus par la loi, la réglementation ou les usages.

8.11. Maintien des garanties décès aux salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité

Les garanties décès, telles que définies ci-dessus, sont maintenues par l'organisme de prévoyance, y compris en cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat d'assurance, aux salariés en incapacité temporaire ou en invalidité et bénéficiant à ce titre de prestations complémentaires de la part de cet organisme.

Les garanties maintenues en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance sont celles prévues à la date de résiliation du contrat d'assurance. Dans ce cas, le maintien des garanties décès s'applique exclusivement aux prestations liées au décès du salarié à l'exclusion de l'invalidité absolue et définitive et du prédécès du conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs.

En cas de sinistre, le montant de la prestation est déterminé en fonction de la base des prestations, telle que définie à l'article 6, calculée au premier jour de l'arrêt de travail. Cette base est revalorisée chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du point ARRCO au cours de l'exercice précédent. Cette revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'assurance.

Les garanties décès, telles que précisées ci-dessus, sont maintenues tant que le salarié bénéficie des prestations complémentaires (incapacité ou invalidité) de l'organisme de prévoyance, y compris après rupture du contrat de travail à l'exclusion du prédécès du conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs.

Si l'employeur a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le décès des salariés pour souscrire les garanties décès décrites ci-dessus auprès de l'un des organismes assureurs désignés, les prestations en cas de décès sont versées, par le nouvel assureur, sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur, au titre du maintien de la garantie décès en cas de résiliation du contrat dudit organisme.

Les cabinets médicaux, qui étaient déjà adhérents auprès d'un des organismes assureurs désignés ci-après, et pour lesquels, en application des articles 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, leur a été adressé à effet du 1^{er} janvier 2002 un avenant portant sur le maintien de la garantie décès et la répartition sur une période transitoire de 10 ans de la charge que représente le provisionnement, continueront à se voir appliquer les dispositions de cet avenant.

Les cabinets médicaux, qui étaient adhérents auprès d'un autre organisme assureur, et pour lesquels, en application des articles 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, leur a été adressé à effet du 1^{er} janvier 2002 un avenant portant sur le maintien de la garantie décès et la répartition sur une période transitoire de 10 ans de la charge que représente le provisionnement, pourront en cas de demande d'adhésion auprès d'un des organismes assureurs désignés ci-après demander à celui-ci la reprise intégrale des engagements relatifs au maintien de cette garantie décès. Si l'organisme assureur désigné accepte cette demande, l'assureur quitté lui transfère les provisions effectivement constituées au titre de ce maintien.

En cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat d'assurance, le maintien des garanties en cas de décès aux bénéficiaires de prestations complémentaires (incapacité ou invalidité) sera assuré par l'organisme assureur quitté ou par le nouvel organisme assureur moyennant le transfert des provisions afférentes à cet engagement.

8.12. Conséquences de la résiliation des contrats de prévoyance

Sous réserve des stipulations de l'article 8.11 ci-dessus, la résiliation du contrat de prévoyance met fin aux garanties.

Les prestations périodiques, versées sous forme de rente (rente éducation, rente de conjoint et rente handicap), en cours de versement cessent d'être revalorisées par l'organisme assureur quitté et sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Le nouvel organisme assureur auquel adhère l'employeur devra assumer les revalorisations futures dans les mêmes conditions que celles définies à la présente annexe I.

Article 9 *Cotisations*

Pour les salariés cadres :

Le taux de cotisation est fixé à compter du 1^{er} janvier 2010 à 2,50 % de la base des cotisations définie à l'article 6.

La cotisation est répartie de la façon suivante :

- 1,70 % à la charge de l'employeur, dont :
 - 0,77 % affecté à la couverture du risque décès, dont 0,39 % affectée à la couverture des garanties rente éducation rente de conjoint et rente handicap assurées par l'OCIRP ;

- 0,68 % affecté à la couverture du risque incapacité temporaire ;
- 0,25 % affecté à la couverture du risque invalidité.
- 0,80 % à la charge du salarié, dont :
 - 0,59 % affecté à la couverture du risque incapacité temporaire ;
 - 0,21 % affecté à la couverture du risque invalidité.

Pour les salariés non cadres :

Les cotisations sont financées à hauteur de 60 % par les employeurs et de 40 % par les salariés.

2 % de la base des cotisations définie à l'article 6, dont 0,80 % à la charge du salarié et 1,20 % à la charge de l'employeur,

Ce taux intègre la cotisation de 0,09 % affectée à la couverture des garanties rente éducation et rente handicap assurées par l'OCIRP.

A compter du 1^{er} juillet 2009, la cotisation afférente à la couverture des salariés non cadres fait l'objet d'un taux d'appel à hauteur de 90 %. Le montant de la cotisation appelée s'élève donc à 1,8 % (1,08 % à la charge de l'employeur et 0,72 % à la charge du salarié). Si les comptes annuels du régime de prévoyance des non-cadres font apparaître un déficit technique (rapport prestations sur cotisations supérieur à 100), les cotisations seront appelées à hauteur de leur taux contractuel dès le premier jour du trimestre civil qui suit la présentation des comptes à la commission de contrôle et de gestion.

Article 10

Commission de contrôle et de gestion

La gestion du régime de prévoyance défini par l'annexe I de la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux est mise en œuvre dans les conditions ci-après.

10.1. Désignation des organismes assureurs

Les parties signataires renouvellent à compter du 1^{er} janvier 2010 leur décision de confier la gestion du régime conventionnel de prévoyance aux institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale désignées ci-après :

- Vauban Humanis Prévoyance (18, avenue Léon-Gaumont, 75020 Paris) ;
- AG2R Prévoyance (35, boulevard Brune, 75014 Paris) ;
- Prémalliance Prévoyance (47, avenue Marie-Reynoard, 38100 Grenoble) ;
- Uniprévoyance (10, rue Massue, 94307 Vincennes Cedex).

Les organismes ci-dessus dénommés sont adhérents de l'OCIRP (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 10, rue Cambacérès, 75008 Paris, qui assure les garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap.

Les organismes assureurs codésignés s'organisent pour la mutualisation du régime, y compris en ce qui concerne les risques en cours. Cette mutualisation s'opère par la réassurance, pour une quote-part de 100 %, des risques

couverts par les organismes assureurs désignés, auprès d'un d'entre eux qu'ils auront préalablement désigné. Cet organisme est l'apôtre de la collectivité des assureurs désignés et est chargé de la présentation annuelle des comptes mutualisés à la commission de contrôle et de gestion décrite ci-dessous.

10.2. Obligation d'adhérer aux organismes assureurs désignés

Les cabinets médicaux relevant de la convention collective nationale, non encore signataires d'un contrat d'assurance contre les risques définis à la présente annexe au 31 décembre 2009, sont tenus d'adhérer à compter du 1^{er} janvier 2010 à l'un ou l'autre des organismes assureurs ci-dessus dénommés.

A titre d'exception, les cabinets médicaux couverts, avant le 1^{er} janvier 2005, par un contrat d'assurance aux garanties et aux taux de cotisations équivalant à ceux prévus par la présente annexe peuvent conserver leur adhésion auprès de leur assureur. Si le contrat d'assurance qu'ils ont souscrit est résilié, ils sont tenus d'adhérer à l'un ou l'autre des organismes assureurs désignés.

10.3. Reprise des encours

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les entreprises qui demanderont à adhérer à un des organismes assureurs désignés, alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés sont en arrêt de travail à la date d'effet de leur adhésion, devront déclarer ces "encours" auprès de cet organisme au moment de cette demande, et ce afin d'assurer, selon le cas :

- soit le versement immédiat des indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle en faveur des salariés en incapacité de travail ou en invalidité dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent. Cette indemnisation se fera sur la base des garanties prévues par la présente annexe ;
- soit les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rente d'éducation, en cours de service par l'organisme assureur quitté ;
- ainsi que l'éventuelle prise en charge du maintien des garanties décès en cas de changement d'organisme assureur dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 8.11 intitulé "Maintien de la garantie décès aux salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité".

Les organismes assureurs désignés ci-dessus calculeront la surcotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes. Cette surcotisation si elle s'avère nécessaire sera à la charge exclusive de l'employeur.

10.4. Commission de contrôle et de gestion

10.4.1. Fonctionnement.

Une commission de contrôle et de gestion est créée à l'initiative des partenaires sociaux.

La commission est composée de délégués des partenaires sociaux. La représentation des partenaires sociaux sera assumée, d'une part, par un délégué désigné par chacune des organisations syndicales de salariés signataires et, d'autre part, par un nombre égal de délégués des organisations patronales signataires de la convention. Chacun de ces délégués pourra se faire assister par un conseiller technique. Les organismes de prévoyance désignés siègent à la commission avec voix consultative.

Les membres de la commission de contrôle et de gestion représentant les organisations signataires sont révocables à tout moment par leur organisation. Ils sont renouvelables tous les ans, et les membres sortant peuvent être désignés à nouveau.

La commission de contrôle et de gestion se réunit au moins 1 fois par an, avant le 15 octobre, et à la demande d'une des parties signataires de la convention dans les 45 jours qui suivent la demande.

La demande de réunion devra être accompagnée d'un rapport écrit concernant la cause de cette demande.

La commission est présidée alternativement par un délégué patronal et par un délégué salarié.

10.4.2. Rôle.

La commission de contrôle et de gestion sera chargée de suivre et de contrôler l'application du régime de prévoyance et de l'adapter aux modifications législatives ou réglementaires pouvant intervenir.

Elle s'engage, avec les organismes assureurs désignés, à aménager le régime de prévoyance en cas de déséquilibre technique.

En cas de dénonciation du présent accord par les partenaires sociaux, une indemnité de résiliation correspondant au montant de la provision restant à constituer pour assurer le service des engagements par les organismes assureurs désignés sera due par les entreprises.

Les organismes de prévoyance désignés s'engagent à donner, périodiquement et au moins 1 fois par an, avant le 1^{er} octobre, à cette commission, un compte rendu sur l'évolution du régime, sur ses résultats, le cas échéant sur les problèmes particuliers qu'il soulève, et, d'une manière générale, à fournir tout renseignement sur ses conditions d'application demandé par les partenaires sociaux.

10.5. Réexamen

Conformément à l'article L.912-1, 1^{er} alinéa, du code de la sécurité sociale, les parties signataires réexamineront dans 5 ans, à compter du 1^{er} janvier 2010, les conditions et modalités de la désignation des organismes assureurs et de la mutualisation du régime.

A cette fin, la commission de contrôle et de gestion se réunira spécialement au plus tard 6 mois avant l'échéance pour examiner les comptes du régime, les modalités de gestion opérée par chacun des organismes assureurs et reconduire s'il y a lieu tout ou partie des désignations effectuées. »

Article 2

Date d'entrée en vigueur

A l'exception des stipulations relatives au taux d'appel sur la cotisation afférente à la couverture des salariés non cadres qui prennent effet le 1^{er} juillet

let 2009, les nouvelles dispositions prévues par le présent avenant prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2010 et s'appliqueront aux sinistres ou événements survenus postérieurement à cette date.

Article 3

Extension du présent avenant. – Publicité

Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1, L. 2262-8 et D. 2231-2 du code du travail.

L'extension du présent avenant sera demandée en application de l'articles L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Article 4

Durée. – Révision. – Dénonciation

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il fait partie intégrante de la convention collective ; il pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou de l'autre des parties signataires.

La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9, L. 2261-10, L. 2261-11, L. 2261-13 et L. 2261-14 du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans le mois de la signification de la dénonciation.

Fait à Paris, le 3 juin 2009.

(Suivent les signatures.)