

**Convention collective nationale du 16 décembre 2015
Des collaborateurs salariés des cabinets d'économistes de la
construction Et métreurs vérificateurs**

**Avenant n°01 du 7 décembre 2016 visant à modifier l'annexe III
« Régime de prévoyance des salariés des entreprises
d'économistes de la construction »**

ENTRE :

- L'Union d'employeurs soussignée

D'une part

ET

- Les Organisations syndicales soussignées

D'autre part

IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :

CHAPITRE 1

Dans le **TITRE A – GARANTIES – Régime cadres « RNPC »** de la convention collective nationale du 16 avril 1993 des collaborateurs salariés des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs vérificateurs, les modifications suivantes sont apportées :

- **Dans la partie (8) « Chirurgie », au sein du paragraphe intitulé « Montant de la participation », l'alinéa suivant :**

« - pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés, à concurrence de :

- o 225 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins non signataires du Contrat d'accès aux Soins,
- o 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du Contrat d'accès aux Soins. »

est intégralement remplacé par l'alinéa suivant :

« - pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés, à concurrence de :

- o 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins non signataires du Contrat d'accès aux Soins,
- o 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du Contrat d'accès aux Soins. »



CHAPITRE 2

Dans le **TITRE C – GARANTIES - Régime non cadres « E1 »** de la convention collective nationale du 16 avril 1993 des collaborateurs salariés des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs vérificateurs, les modifications suivantes sont apportés :

- **Dans la partie « Chirurgie », au sein du paragraphe intitulé « Montant de la participation », l'alinéa suivant :**

« - pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés, à concurrence de :

- 225 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins non signataires du Contrat d'accès aux Soins,
- 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du Contrat d'accès aux Soins. »

est intégralement remplacé par l'alinéa suivant :

« - pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés, à concurrence de :

- 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins non signataires du Contrat d'accès aux Soins,
- 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du Contrat d'accès aux Soins. »

CHAPITRE 3

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2017.

CHAPITRE 4

Le texte du présent avenant sera déposé en nombre d'exemplaires suffisants aux services centraux du ministre chargé du Travail et au Secrétariat Greffe du Conseil des Prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions des articles D.2231- 2 et D.2231-3 du Code du Travail.

CHAPITRE 5

Les parties signataires demanderont l'extension du présent avenant auprès du Ministère chargé du Travail.



Handwritten signatures in blue ink, including initials 'AP', 'AJ', and 'M'.

Fait à Paris en 10 exemplaires, le 7 décembre 2016,

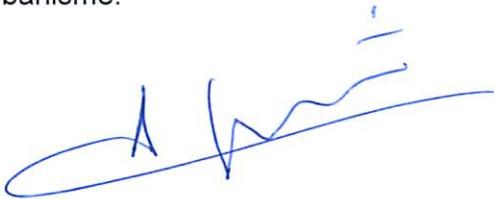
Union Nationale des Economistes de la Construction (UNTEC)



F.G.F.O - Fédération Générale Force Ouvrière Construction



FNCB C.F.D.T SYNATPAU – Syndicat National des Professions de l'Architecture et de l'Urbanisme.

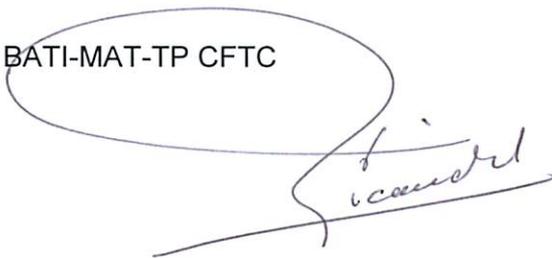


Fédération Nationale des Salariés de la Construction, du Bois, et de l'Ameublement CGT

CFE CGC BTP



Fédération BATI-MAT-TP CFTC



UNSA FESSAD – Union Nationale des syndicats autonomes



ANNEXE III

REGIME DE PREVOYANCE DES SALAIRES DES ENTREPRISES D'ECONOMISTES DE LA CONSTRUCTION

(dernière mise à jour : avenant n°01 du 7 décembre 2016)

Elle a pour objet de définir les garanties, les prestations et les avantages supplémentaires prévus dans le cadre des accords de la Convention Collective des Entreprises d'Economistes de la Construction, ainsi que les taux des cotisations sur les tranches de salaires.

Elle détermine par ailleurs les modalités générales s'appliquant aux contrats.

Elle est décomposée de la façon suivante :

- Titre A - Régimes Cadres « RNPC » :
 - o Garanties du Régime
 - o Avantage supplémentaires
- Titre B – Taux de Cotisation – Régimes Cadres « RNPC »
- Titre C - Régime Non-Cadres « E1 » :
 - o Garanties du Régime
 - o Avantage supplémentaires
- Titre D – Taux de Cotisation – Régime Non-Cadres « E1 »
- Modalités Générales

JD P PP AS DM

TITRE A - Garanties - Régime cadres « RNPC »

Garantie capital-décès	
Salarié célibataire, veuf ou divorcé	200 % de S (1)
Salarié avec conjoint	250 % de S
Majoration pour un enfant à charge (3)	+ 40 % de S
Majoration pour 2 enfants à charge	+ 80 % de S
Majoration par enfant à charge à compter du 3ème enfant	+ 60 % de S
Majoration pour accident	+ 100 % de S
Majoration pour AT ou maladie professionnelle	+ 300 % RA (4)
Capital orphelin (si décès du conjoint (2))	+125% SB par enfant à charge
Paieement anticipé du capital (si invalidité totale)	Oui
Garantie rente éducation	
(quelle que soit la cause du décès du salarié)	
Pour l'orphelin du parent participant	10% SB
- si décès non suite à AT/MP	Mini. : 10% PASS (6)
Pour l'orphelin de 2 parents	
- si décès non suite à AT/MP	doublement de la rente
Garantie indemnités journalières	
Maladie	70% de S*
Accident du travail ou maladie professionnelle	85 % de S
Majoration par enfant à charge	+ 3%1/3 de S *
Garantie invalidité	
Maladie catégorie 1	39 % de S*
Maladie catégorie 2	65 % de S*
Maladie catégorie 3	85 % de S*
Majoration pour enfant à charge :	
si maladie catégorie 1	+5 % de S* si 1 enfant ou plus à charge
si maladie catégorie 2	+5 % de S* par enfant à charge (7)
AT ou maladie professionnelle (26 % ≤ T ≤ 50 %)	[(1,9 x T) – 35%] x S – rente SS (5)
AT ou maladie professionnelle (T > 50%)	[(0,7 x T) + 30%] x S – rente SS (5)
Parentalité – Accouchement	
Forfait parentalité	8 % du PMSS ** (6)
Forfait accouchement	2,6 % du PASS *** (6)
Chirurgie	
Pour chaque intervention chirurgicale	Oui (8)

* Garanties de ressources globales, incluant les prestations de la sécurité sociale et limitées au salaire d'activité.

** PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale

*** PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale

- (1) Salaire de base (S)

Le salaire de base est le montant annuel de la rémunération brute du salarié soumise à cotisations pour l'exercice de référence, c'est-à-dire l'exercice civil précédant celui du fait générateur de la prestation. Il se compose :

- du salaire de base tranche A = fraction du salaire total de base limité au plafond de la sécurité sociale ;
- du salaire de base tranche B = fraction du salaire total compris entre 1 et 4 plafonds de la sécurité sociale.

(2) Notion de conjoint du participant

À la date du décès du participant, est considéré comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec celui-ci ;
- A défaut, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance au titre d'une autre personne que le participant.
- A défaut, le concubin si les conditions suivantes sont réunies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
 - c) Le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union si le lien de filiation avec le participant décédé est reconnu par l'état-civil),
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

(3) Notion d'enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants nés du participant ou adoptés par le participant :

- âgés de moins de 18 ans,
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis,
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace Économique Européen), sans être rémunéré au titre de leur activité principale,
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
 - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée.

sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant, et l'invalidité au taux de 80% ou plus au sens de la législation sociale doit avoir été prononcée avant les 21 ans de l'intéressé.

Sont également considérés comme enfants à la charge du participant :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant,
- les enfants du participant nés viables, moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

4) RA : rémunération annuelle du participant soumise à cotisations au titre du présent régime de prévoyance, au cours des 12 mois ayant précédé la date de l'accident ou le début de la maladie.

(5) T : Taux d'incapacité attribué par la sécurité sociale.

(6) Forfait parentalité et accouchement

Forfait parentalité :

Un forfait parentalité est versé à tout salarié couvert par le présent accord, pour chaque enfant né ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans. Le montant de ce forfait est fixé à :

- 8 % du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption.

Le forfait est également versé en cas de naissance sans vie, lorsque celle-ci se traduit par une inscription au registre d'état civil et sur le livret de famille.

Forfait accouchement :

Un forfait est versé à la femme salariée cadre pour chaque accouchement dont le montant est fixé comme suit :

- 2,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance.

Ce forfait s'ajoute au forfait parentalité.

Le forfait est également versé en cas d'accouchement d'un enfant sans vie, lorsque celui-ci se traduit par une inscription au registre d'état civil et sur le livret de famille.

(7) L'indemnisation globale (part de la S.S. comprise) ne peut excéder :

- 90% du salaire brut de base pour les Indemnités journalières ;
- 85% du salaire brut de base pour les rentes d'invalidité.

(8) Chirurgie :

Définition du risque chirurgical :

Le risque chirurgical au sens du présent titre est un événement fortuit provoqué par un état pathologique.

Par acte chirurgical, il faut entendre tout acte pratiqué lors d'une intervention chirurgicale en établissement hospitalier et codée ADC ou ACO à la classification commune des actes médicaux, et plus généralement toute intervention effectuée sous anesthésie générale. Les traitements de cobaltothérapie, de chimiothérapie et de corticothérapie sont assimilés à des interventions chirurgicales et à ce titre également pris en charge. Sauf dispositions spécifiques ci-après, seules les interventions chirurgicales considérées comme telles par la sécurité sociale et donnant lieu à un remboursement de cet organisme ouvrent droit à participation de l'institution.

Bénéficiaires :

Les personnes couvertes sont le participant, son conjoint et leurs ayants droit à charge au sens de la législation de la sécurité sociale.

Frais pris en charge :

Sont pris en charge les actes pour lesquels un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine accorde un remboursement, et dans la limite des sommes déclarées à cet organisme. Le cumul des remboursements effectués auprès du participant (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Par extension, sont également pris en charge, même s'ils ne donnent pas lieu à intervention d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine, les frais de chambre particulière, d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans et le forfait hospitalier.

Montant de la participation :

BTP-Prévoyance garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :

- pour les actes codés ACO (et pour les codes actes ADA qui leur sont rattachés), à concurrence de 175% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) ;
- pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés, à concurrence de :
 - o 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins non signataires du Contrat d'accès aux Soins,
 - o 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du Contrat d'accès aux Soins.

Ces prises en charge s'entendent :

- à l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- à l'exclusion (en cas d'intervention en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

AVANTAGES SUPPLÉMENTAIRES du Régime cadres « RNPC »

Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié,
- au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues sans contrepartie de cotisation, aux conditions définies ci-après :

- en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage,
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire,
- au terme de l'adhésion de l'entreprise, pour les salariés en incapacité ou en invalidité (dans ce cas, le maintien concerne les garanties décès),
- en cas de décès du participant (dans ce cas, le maintien concerne la garantie chirurgie au profit des ayants droit).

Les participants qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice d'un maintien de garanties peuvent être assurés par adhésions individuelles.

1 - Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage :

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation :

- Temporairement**, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
 - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique),
 - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé :

- aussi longtemps que le participant atteste d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité

ff

- sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé,
- et ce pendant une période maximale de 36 mois de date à date à compter de la date de fin du contrat de travail.

Sans limitation de durée, lorsque le participant :

- a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu, et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée,
- et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-PRÉVOYANCE.

2 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail :

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés du collège correspondant dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congés liés à une maternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

3 - Maintien des garanties décès en cas de radiation de l'entreprise :

Les garanties en cas de décès continuent d'être accordées sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-PRÉVOYANCE.

Toutefois, lorsqu'un ancien participant reprend une activité professionnelle en dehors du champ du BTP et bénéficie à ce titre de nouvelles garanties décès auprès d'un autre organisme assureur, il ne peut y avoir de droit à prestations décès à la fois auprès de BTP-PRÉVOYANCE et auprès du nouvel assureur. Tout octroi ou versement, par le nouvel organisme assureur, de prestations au titre du décès de l'intéressé, a pour effet d'éteindre l'obligation de maintien de la garantie décès incombant à BTP-PRÉVOYANCE, qu'elle soit issue du Régime National de Prévoyance des Cadres du BTP ou de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

4 - Maintien de la garantie chirurgie au profit des ayants droits en cas de décès du participant :

En cas de décès du participant, le maintien de la garantie chirurgie est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant.

TITRE B - Régime cadres « RNPC » - Taux de cotisation

<i>Taux à compter du 1^{er} janvier 2015</i>	Taux de cotisation
Capital Décès	0,61 % TA 0,61 % TB
Rentes Décès	0,15 % TA 0,15 % TB
Indemnité Journalière	0,25 % TA 0,55 % TB
Invalidité	0,32 % TA 0,92 % TB
Naissance	0,05 % TA 0,05 % TB
Chirurgie *	0,12 % TA 0,12 % TB
Toutes garanties	<u>1,50 % TA</u> <u>2,40 % TB</u>

TITRE C – GARANTIES - Régime non cadres « E1 »

Décès

Capital-décès de base

- 110 % du salaire de base (1), au décès d'un participant célibataire, veuf ou divorcé ;
- 200 % du salaire de base (1) au décès d'un participant qui avait un conjoint (2).

Le montant du capital est majoré pour enfant à charge :

- + 40 % pour un enfant,
- + 80% pour deux enfants,
- + 140 % pour 3 enfants à charge,
- + 60 % par enfant à compter du 4ème.

Décès consécutif à une maladie professionnelle
ou à un accident (toutes causes)

Un capital complémentaire s'ajoute au capital-décès de base :

+ 100 % du salaire de base (1).

Ce complément est porté à 200 % si le décès est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Capital orphelin

Il est versé un capital décès complémentaire à chaque enfant qui est orphelin de père et mère, lorsque les conditions suivantes sont simultanément remplies :

- les deux parents dont les noms sont mentionnés sur l'acte de naissance de l'enfant sont décédés,
- le décès du participant est intervenu antérieurement ou simultanément au décès du second parent de l'enfant, ou les deux décès sont directement imputables à un même accident,
- l'enfant était à charge du participant (3) à la date du décès du participant,
- l'enfant était à la charge du second parent (3) à la date du décès de ce dernier.

Ce capital décès complémentaire est égal à 125% du salaire de base par enfant.

Conversion du capital-décès en rente

Le bénéficiaire peut demander la conversion de tout ou partie du capital en rente trimestrielle.

Rente décès

Rente au conjoint reconnu invalide de 2e ou 3e catégorie par la sécurité sociale :

- 15 % du salaire de base (1) après déduction du montant des pensions de réversion attribuées par les régimes de retraite complémentaire ;
- supprimée en cas de remariage.

Rente d'éducation :

- pour l'orphelin du parent participant : si décès non suite à AT / MP : 15 % du salaire de base par enfant à charge ; mini : 12 % PASS (plafond annuel de la sécurité sociale) ;
- pour l'orphelin de 2 parents, si décès non suite à AT / MP : doublement de la rente.

MALADIE - INVALIDITÉ

Indemnités journalières

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, le participant perçoit des indemnités journalières complémentaires à celles versées par la sécurité sociale.

Ces indemnités sont versées dès le lendemain du dernier jour indemnisé par l'employeur, ou après 90 jours d'arrêt de travail continu, si le participant ne remplit pas les conditions d'ancienneté dans l'entreprise.

Elles sont versées sur présentation des décomptes originaux de la sécurité sociale :

- à l'entreprise, tant que le contrat de travail est en vigueur ;
- au participant, à partir de la date de rupture du contrat de travail.

L'indemnisation peut se poursuivre jusqu'au 1 095 ème jours d'arrêt de travail.

Lorsqu'en cours d'indemnisation, le participant est autorisé par la sécurité sociale à reprendre une activité partielle, avec des indemnités réduites, l'indemnité journalière versée par la caisse est réduite de 50 %.

Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle à temps complet, le cumul des indemnités (servies par la caisse et la sécurité sociale) et d'un éventuel salaire d'activité partielle ne peut excéder 85% du salaire brut de base pour les arrêts de travail suite à maladie, accident de droit commun, accident du travail ou maladie professionnelle.

La garantie de l'indemnité cesse de plein droit ;

- à la date d'arrêt des versements des prestations journalières par la sécurité sociale ;
- à la date de reprise du travail du participant, sauf reprise à temps partiel pour raison médicale ;
- à la date de reconnaissance d'une invalidité ou d'une incapacité du participant par la sécurité sociale ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale pour inaptitude.

Maladie. - Accident de droit commun :

80% du salaire de base (1), en comprenant les prestations de la sécurité sociale.

Accident du travail ou maladie professionnelle :

85 % du salaire de base (1), en comprenant les prestations de la sécurité sociale.

Rente d'invalidité

Sont considérés comme atteints d'une invalidité totale de droit commun les participants qui ont été classés par la Sécurité sociale en 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale.

Sont considérés comme atteints d'une invalidité partielle de droit commun les participants qui ont été classés par la Sécurité sociale en 1ère catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale.

Ces participants bénéficient d'une rente d'invalidité versée par l'organisme assureur.

Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, le cumul des prestations (servies par la caisse et la sécurité sociale) et d'un éventuel salaire d'activité partielle ne peut excéder 85% du salaire brut de base pour les rentes d'invalidité servies suite à maladie, accident de droit commun, accident du travail ou maladie professionnelle.

Maladie ou accident de droit commun :

Invalidité totale, en complément d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale : 80% du salaire de base (1), rente sécurité sociale comprise.

Invalidité totale, en complément d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie de la sécurité sociale : 70% du salaire de base (1), rente sécurité sociale comprise.

Invalidité partielle, en complément d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie de la sécurité sociale : 39% du salaire de base (1), hors majoration pour enfants à charge.

Majoration pour enfants à charge, si le participant a un ou plusieurs enfants à charge (4) : + 5 % du salaire de base (1) en sus de la rente d'invalidité totale ou d'invalidité partielle.

Accident du travail ou maladie professionnelle :

- pour un Taux d'IPP de 26 à 50% : $[(1,9 \times N) - 35\%] \times S$ – rente SS
- pour un Taux d'IPP supérieur à 50% : $[(0,7 \times N) + 30\%] \times S$ – rente SS

Chirurgie

Définition du risque chirurgical :

Le risque chirurgical au sens de la présente annexe est un événement fortuit provoqué par un état pathologique.

Par acte chirurgical, il faut entendre tout acte pratiqué lors d'une intervention chirurgicale en établissement hospitalier et codée ADC ou ACO à la classification commune des actes médicaux, et plus généralement toute intervention effectuée sous anesthésie générale.

Les traitements de cobaltothérapie, de chimiothérapie et de corticothérapie sont assimilés à des interventions chirurgicales et à ce titre également pris en charge.

Sauf dispositions spécifiques ci-après, seules les interventions chirurgicales considérées comme telles par la sécurité sociale et donnant lieu à un remboursement de cet organisme ouvrent droit à participation de l'institution.

Bénéficiaires :

Les personnes couvertes sont le participant, son conjoint et leurs ayants droits à charge au sens de la législation de la sécurité sociale.

Frais pris en charge :

Sont pris en charge, les actes pour lesquels un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine accorde un remboursement, et dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Le cumul des remboursements effectués auprès du participant (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus.

Par extension, sont également pris en charge même s'ils ne donnent pas lieu à intervention d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine, les frais de chambre particulière, d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans et le forfait hospitalier.

Montant de la participation :

L'organisme assureur garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :

- pour les actes codés ACO (et pour les codes actes ADA qui leur sont rattachés), à concurrence de 175% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) ;
- pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés, à concurrence de :
 - o 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les médecins non signataires du Contrat d'accès aux Soins,
 - o 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la Sécurité Sociale comprise) pour les médecins signataires du Contrat d'accès aux Soins.

Ces prises en charge s'entendent :

- à l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- à l'exclusion (en cas d'intervention en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

Forfait parentalité et accouchement

Forfait parentalité

Un forfait parentalité est versé à tout salarié couvert par le présent accord, pour chaque enfant né ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans. Le montant de ce forfait est fixé à :

- 8 % du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption.

Le forfait est également versé en cas de naissance sans vie, lorsque celle-ci se traduit par une inscription au registre d'état civil et sur le livret de famille.

Forfait accouchement

Un forfait est versé à la femme salariée non Cadre pour chaque accouchement dont le montant est fixé à :

- 2,6% du plafond annuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance.

Ce forfait s'ajoute au forfait parentalité.

Le forfait est également versé en cas d'accouchement d'un enfant sans vie, lorsque celui-ci se traduit par une inscription au registre d'état civil et sur le livret de famille.

AVANTAGES SUPPLÉMENTAIRES du Régime non cadres « E1 »

Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié,
- à la date de radiation de l'entreprise.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues aux conditions définies ci-après :

- en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage,
- en cas de suspension du contrat de travail,
- à la date de radiation de l'entreprise, pour les salariés en incapacité ou en invalidité (dans ce cas, le maintien concerne les garanties décès),
- en cas de décès du participant (dans ce cas, le maintien concerne la garantie Chirurgie au profit des ayants droit),

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties en vigueur au moment de la rupture du contrat de travail ou de radiation de l'entreprise

Les participants qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice d'un maintien de garanties peuvent être assurés par adhésions individuelles (à titre onéreux) à un dérivé du (des) contrat(s) souscrit(s) par son ex-employeur.

1 - Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage :

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation :

- Temporairement, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
 - o Par une indemnisation au titre de l'assurance chômage,
 - o Ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé :

- Aussi longtemps que le participant atteste d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé,
- Et ce, pendant une période maximale de 36 mois de date à date à compter de la date de fin du contrat de travail.

- Sans limitation de durée, lorsque le participant :
 - A fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu, et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;
 - Et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par l'organisme assureur.

2 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail :

En cas de suspension de contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés du collège correspondant dans l'entreprise. Il en est de même en cas de congés lié à une maternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues, sans contrepartie de cotisation, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

3 - Maintien des garanties décès en cas de radiation de l'entreprise :

En cas de radiation de l'entreprise (suite à sa sortie du champ d'application de l'accord du 16 avril 1993), les garanties en cas de décès continuent d'être accordées aux participants non cadres tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par l'organisme assureur.

4 - Maintien de la garantie chirurgie au profit des ayants droits en cas de décès du participant :

En cas de décès du participant, le maintien de la garantie chirurgie est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayant droits du participant.

TITRE D - Régime non cadres « E1 » - COTISATIONS

<i>Taux à compter du 1^{er} janvier 2015</i>	Taux de cotisation
Indemnité Journalière	1,30 % TA 1,30 % TB*
Invalidité	
Capital Décès	
Rentes Décès	
Chirurgie	0,10 % TA 0,10 % TB*
Naissance	0,10 % TA 0,10 % TB*
Toutes garanties	1,50 % TA 1,50 % TB*

* limitée à 2 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale

MODALITÉS GÉNÉRALES du Régime non cadres « E1 »

Conditions d'existence des garanties

Affiliation des participants :

L'affiliation à BTP-PREVOYANCE des membres du personnel non cadre d'une entreprise adhérente est la conséquence des stipulations de l'accord collectif national du 16 avril 1993 et de ses avenants.

L'entreprise adhérente est tenue d'inscrire à BTP-PREVOYANCE d'une façon permanente tous les membres de son personnel faisant partie des catégories affiliées.

Peuvent prétendre au bénéfice du présent règlement :

- les salariés non cadres des entreprises adhérentes qui sont appelés membres participants,
- les anciens salariés non cadres des entreprises adhérentes, lorsqu'ils relèvent des dispositions de maintien de garanties prévues au paragraphe « *Maintien et cessation des garanties* »,
- leurs ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement.

Tout membre participant doit remplir et signer une demande d'affiliation.

L'entreprise transmet cette demande à BTP-PREVOYANCE après y avoir également apposé sa signature.

La date d'admission au régime est fixée à la date d'entrée dans l'entreprise, au premier jour de travail effectif dans l'entreprise en tant que non Cadre en cas de promotion dans la catégorie, et en tout état de cause au plus tôt à la date d'effet d'adhésion de l'entreprise. L'entrée, la promotion dans la catégorie et la cessation d'appartenance à l'entreprise doivent être notifiées à l'institution dans les 15 jours suivant l'événement.

La cessation du contrat de travail ou d'appartenance à la catégorie doit également être notifiée dans les 15 jours.

Conditions d'ouverture des droits - fait générateur

1 - Conditions d'ouverture des droits

Les droits prévus par le présent régime sont ouverts à tout participant affilié au régime à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

2 - Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date de l'arrêt de travail au sens de la Sécurité sociale pour les garanties d'indemnités journalières, de rente d'invalidité ;
- la date de notification du classement en invalidité 3e catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne) par la Sécurité sociale pour le versement anticipé du capital décès en cas d'invalidité totale et permanente ;
- la date du décès pour les garanties de capital-décès et de rente d'éducation ;
- la date la plus élevée entre la date de décès du participant et la date de notification du classement en invalidité par la Sécurité sociale, pour la garantie de rente de conjoint invalide ;
- la date de naissance ou d'adoption pour le forfait naissance ;
- la date d'hospitalisation pour la garantie chirurgie.

3 – Notion de garantie applicable :

En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions conventionnelles applicables à la date du fait générateur.

Toutefois, en cas de maintien des garanties, c'est le niveau des garanties en vigueur à la date de sortie de l'entreprise qui est retenu.

Délais de prescription - Prescription - Déclarations tardives

1 - Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution :

- pour les demandes de rentes d'invalidité, dans un délai de deux ans à compter de la date de notification du classement en invalidité par la Sécurité sociale,
- pour les autres prestations, dans un délai de deux ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

Le même délai s'applique pour la déclaration de tout élément donnant droit à majoration du montant de la prestation.

Le délai de prescription est porté à :

- cinq ans en ce qui concerne les demandes de prestations couvrant le risque incapacité de travail et forfait naissance,
- dix ans en ce qui concerne les demandes de prestations couvrant le risque décès du participant.

2 - Déclarations tardives - Paiement rétroactif

Pour les prestations d'indemnités journalières ou de rentes en cas de décès (rentes d'éducation, rentes de conjoint invalide), est considérée comme tardive, la déclaration faite à l'organisme assureur après un délai de deux années suivant la date du fait générateur. Pour les rentes liées à l'invalidité, la déclaration tardive intervient après un délai de deux ans à compter du classement en invalidité par la Sécurité sociale.

En cas de déclaration tardive, le service des prestations d'indemnités journalières ou de rentes sera assuré par l'organisme assureur pour le futur, mais ce dernier l'institution ne paiera les prestations théoriquement dues pour le passé, que dans la limite de deux années précédant la date effective de déclaration du sinistre.

3 - Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est porté à :

- cinq ans en ce qui concerne les droits à prestation couvrant le risque incapacité de travail,
- dix ans en ce qui concerne les droits à prestation couvrant le risque décès à condition que le bénéficiaire de la garantie ne soit pas l'adhérent.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où l'institution, l'entreprise ou le participant engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

Définitions du Régime non cadres « E1 »

(1) Salaire de base :

Le salaire de base est le montant annuel de la rémunération brute du participant soumise à cotisation au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédant celui où se situe l'évènement à l'origine du droit à la prestation.

Si l'arrêt intervient suite à un changement dans la durée du travail, non justifié médicalement, la date de ce changement constitue pour le calcul de S la date d'affiliation.

Par ailleurs, lorsque l'exercice de référence ne correspond pas à une année complète, le salaire de base est reconstitué :

- d'après la moyenne des salaires perçus par le participant au cours de l'exercice de référence et sur lesquels il a cotisé au titre du régime, si l'évènement se produit avant une année complète de cotisation ;
- si l'exercice de référence comporte une ou plusieurs période(s) d'arrêt de travail, d'après la moyenne des salaires perçus par le participant au cours de cet exercice de référence en dehors des périodes d'arrêt de travail,
- à partir des rémunérations sur lesquelles le participant a cotisé au régime depuis la date de son admission, si l'évènement se produit au cours de l'exercice d'affiliation.

Dans ces trois derniers cas, le calcul ainsi réalisé ne peut avoir pour effet de prendre en compte les éléments variables de la rémunération pour un montant supérieur à celui correspondant à un exercice civil complet.

Le salaire de base servant au calcul de la prestation « Rente d'invalidité » est actualisé dans les mêmes conditions que celles successivement appliquées aux prestations « Indemnités journalières ».

De même, si le décès du participant survient pendant une période d'arrêt de travail indemnisé par BTP-PREVOYANCE, le salaire de base servant au calcul des prestations est celui qui a été utilisé pour la détermination du montant de l'indemnisation maladie d'origine, et actualisé dans les mêmes conditions que celles successivement appliquées aux prestations maladies dont il a bénéficié.

(2) Notion de conjoint du participant

À la date du décès du participant, est considéré comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec celui-ci ;
- A défaut, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance au titre d'une autre personne que le participant.
- A défaut, le concubin si les conditions suivantes sont réunies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
 - c) Le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union si le lien de filiation avec le participant décédé est reconnu par l'état-civil),
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

(3) Notion d'enfant à charge :

Sont considérés comme à charge les enfants nés du participant ou adoptés par le participant :

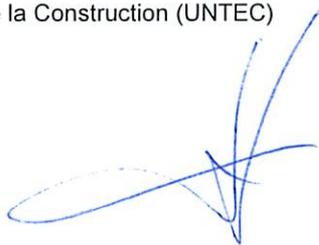
- âgés de moins de 18 ans,
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis,
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace Economique Européen), sans être rémunéré au titre de leur activité principale,
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
 - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée.
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant, et l'invalidité au taux de 80% ou plus au sens de la législation sociale doit avoir été prononcée avant les 21 ans de l'intéressé.

Sont également considérés comme enfants à la charge du participant :

- Les enfants du conjoint répondant aux critères ci-avant et à charge fiscale du participant ;
- Les enfants du participant nés viables, moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

Fait à Paris en 10 exemplaires, le 7 décembre 2016,

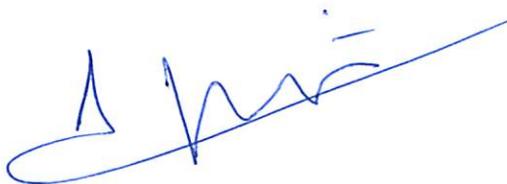
Union Nationale des Economistes de la Construction (UNTEC)



F.G.F.O - Fédération Générale Force Ouvrière Construction

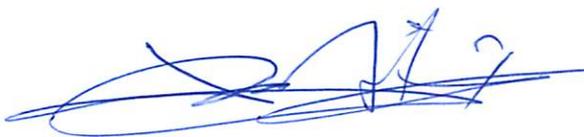


FNCB C.F.D.T SYNATPAU – Syndicat National des Professions de l'Architecture et de l'Urbanisme.

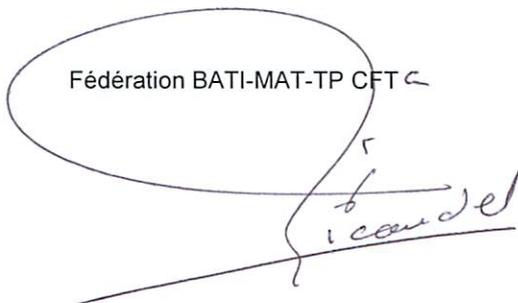


Fédération Nationale des Salariés de la Construction, du Bois, et de l'Ameublement CGT

CFE CGC BTP



Fédération BATI-MAT-TP CFTC



UNSA FESSAD – Union Nationale des syndicats autonomes

