

ACCORD SUR LA GARANTIE DEPENDANCE AU SEIN DU GROUPE AXA EN FRANCE

Entre les entreprises visées dans le champ d'application du présent accord, représentées par Monsieur Serge MORELLI, agissant en qualité de mandataire unique des entreprises concernées,

d'une part

et les organisations syndicales représentatives signataires

d'autre part,

il est convenu des dispositions suivantes

P R E A M B U L E

Les parties à l'accord ont souhaité que l'ensemble des collaborateurs des entreprises de la R.S.G. puisse bénéficier d'une couverture dépendance composée de garanties d'assurance en cas de dépendance et de garanties d'assistance régie par trois dispositifs répondant aux situations décrites au présent accord.

Ces nouvelles garanties constituent une véritable couverture en cas de Dépendance établie 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.

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Champ d'application de l'accord

Article 2 - Objet de l'accord

Article 3 - Opposabilité du régime

Article 4 - Entrée en vigueur 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

TITRE II - LA GARANTIE OBLIGATOIRE : DEPENDANCE EN ACQUISITION COLLECTIVE AVEC AIDE AUX AIDANTS

Article 9 - Bénéficiaires

Article 10 - Nature et montant de la garantie

Article 11 - Cessation et maintien de la couverture

Article 12 - Cotisations

TITRE III - POURSUITE FACULTATIVE DE LA GARANTIE COLLECTIVE

Article 13 - Principe

Article 14 - Modalités d'adhésion au régime de Dépendance facultatif

Article 15 - Cotisation

Article 16 – Cessation de l'adhésion

Article 17 - Mise en réduction des droits

TITRE IV - REGIME DE DEPENDANCE FACULTATIF

Article 18 - Bénéficiaires

Article 19 - Formules et classes de garantie

Article 20 - Formalités d'adhésion

Article 21 - Mise en œuvre de la couverture

TITRE V - ADMINISTRATION GENERALE DE L'ACCORD

Article 22 - Mise en œuvre

Article 23 - Durée, effet, révision de l'accord

Article 24 - Publicité

ANNEXE 1 - DEFINITION DE LA DEPENDANCE

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Champ d'application de l'accord

Le présent accord à vocation à s'appliquer à l'ensemble des entreprises du périmètre de la Représentation Syndicale de Groupe, conformément aux accords du 6 février 1998 relatif à l'organisation sociale du Groupe AXA en France et du 13 décembre 2006 concernant la Représentation Syndicale du Groupe AXA en France et de son avenant du 14 novembre 2008.

Toutes les entreprises comprises dans le champ d'application visé ci-dessus ont vocation à bénéficier de la couverture dépendance dès lors qu'elles auront adhéré au présent accord, par la conclusion d'un accord d'entreprise, après consultation des institutions représentatives du personnel.

Toutefois, pour le périmètre d'AXA Caraïbes, il sera préalablement étudié les adaptations nécessaires à une mise en œuvre locale de la partie assistance de la garantie.

Article 2 - Objet de l'accord

L'objet du présent accord est d'instituer au bénéfice des salariés des sociétés visées à l'article premier du présent accord et à leurs ayants droits tels que définis ci après, une couverture dépendance obligatoire composée de garanties d'assurance en cas de dépendance et de garanties d'assistance.

Ces garanties obligatoires – ci-dessous dénommées « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux aidants » - concernent :

- le versement d'une rente en cas de dépendance totale du salarié bénéficiaire,
- des prestations d'assistance, notamment en cas de dépendance partielle ou totale d'un bénéficiaire, salarié ou ayant droit.

Au-delà du dispositif obligatoire (titre II), le présent accord institue des dispositifs supplémentaires facultatifs répondant aux situations suivantes :

- Le salarié a quitté l'entreprise et souhaite poursuivre pour lui-même la garantie rente dont il bénéficiait pendant son activité : c'est le dispositif à adhésion facultative décrit ci-après (titre III) sous la dénomination « **Poursuite facultative de la garantie collective** ».
- Le salarié souhaite compléter sa couverture déjà acquise dans le cadre du dispositif « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » ou souhaite que ses proches (conjoint, parents) puissent souscrire une couverture dépendance: c'est le dispositif décrit ci-après (titre IV) sous la dénomination « **Régime Dépendance Facultatif** ».

Chacun des trois dispositifs met en œuvre des garanties d'assurance et/ou d'assistance couvrant selon le cas, la dépendance totale ou la dépendance totale et partielle.

Les définitions de la dépendance communes aux trois dispositifs et auxquelles il convient de se référer pour l'application du présent accord, figurent dans l'annexe 1.

Les définitions des garanties d'assurance et d'assistance et leurs conditions d'application sont décrits dans le projet de contrat qui fait l'objet de l'annexe 2 pour le contrat « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux aidants », et dans les annexes 3 et 4 pour les adhésions facultatives, lesquelles font partie intégrante du présent accord.

Article 3 - Opposabilité du régime

La présente couverture 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 à l'article 5 du présent accord.

L'ensemble de ce dispositif forme un tout, globalement indissociable, conformément à l'intention des parties signataires.

Les parties signataires ne méconnaissent pas les débats relatifs au risque Dépendance en cours au niveau national. Dès lors, elles resteront attentives à la cohérence et à l'équilibre global entre les garanties définies par le présent accord et les évolutions réglementaires.

Les adhérents peuvent compléter ces garanties par une adhésion aux dispositifs facultatifs prévus aux Titres III et 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, pour une durée indéterminée.

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, l'(les) organisation(s) syndicale(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 qui peut éventuellement naître sont régis par les dispositions du code du travail, notamment les articles L.2222-5 et L.2261-7 et 8.

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 30 septembre 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.2261-14 du code du travail.

Notamment au cas où une entreprise sort du champ d'application défini à l'article 1, l'accord d'adhésion qu'elle a éventuellement conclu est remis en cause emportant ipso facto remise en cause du présent accord à son seul égard. Dans ce cas, conformément aux dispositions des articles L. 2222-6, L. 2261-9 et L. 2261-10 du code du travail l'accord d'adhésion continue 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.

Article 7 - Gestion des engagements

7.1 Cadre des garanties

Les garanties complémentaires obligatoires sont instituées dans le cadre d'un contrat d'assurance collective auquel chaque société affiliée devra souscrire par avenant d'adhésion.

Ce contrat est joint en annexe 2 au présent accord. Il a 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 est souscrit le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire établiront pour chaque exercice un compte de résultats techniques, permettant d'analyser l'utilisation des garanties de ce contrat.

Ce compte établira une présentation consolidée au niveau des entreprises affiliées.

Les résultats sont établis tous les ans avant le 30 juin de l'année suivante et présentés avant le 31 octobre :

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

Au cas où le compte de résultats techniques consolidé annuel ferait apparaître un excédent, ce dernier serait affecté à une réserve selon les dispositions contractuelles.

Au cas où le compte de résultats techniques annuel ferait apparaître un déficit, celui-ci serait compensé par un prélèvement sur la réserve selon les dispositions contractuelles. 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.

Pour les deux dispositifs à adhésion facultative, la mutualisation des résultats techniques et financiers sera effectuée sans solidarité avec le contrat à adhésion obligatoire, mais avec les autres risques de même nature garantis par les assureurs dans le but de permettre à des salariés couverts collectivement, la poursuite facultative de leur garantie collective d'une part et d'offrir une couverture supplémentaire par la mise à disposition d'un Régime Dépendance Facultatif d'autre part.

7.3 Information des salariés

Chaque salarié recevra une notice résumant les garanties et les obligations liées au régime obligatoire 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 de la garantie et concomitamment à l'embauche.

La notice sera disponible auprès de l'Administration du Personnel et consultable sur Intranet.

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

De même, les informations concernant les modalités d'adhésion aux deux dispositifs à adhésion facultative seront disponibles auprès de l'Administration du Personnel et consultables sur Intranet.

Article 8 - Commission Nationale de Suivi

8.1 Membres de la commission – convocation

Une commission de suivi de l'accord est mise en place, elle est composée :

- d'un représentant de la Direction accompagné d'experts,
- de représentants des organisations syndicales représentatives signataires :
 - le C.S.N. ou le C.S.N.A. des organisations syndicales représentatives signataires,
 - 9 membres de la R.S.G. désignés par les CSN, répartis entre les organisations syndicales précitées, en fonction des voix valablement exprimées au 1er tour

des dernières élections des Comités d'Entreprise ou des Comités d'Etablissement ou à défaut des Délégués du Personnel des entreprises du périmètre de la R.S.G., avec application du système de répartition proportionnelle au plus fort reste.

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 le suivi de l'accord.

8.2 Rôle de la Commission

- 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.

La Direction remet les documents justificatifs lorsqu'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 R.S.G. et aux CE/CCE des entreprises adhérentes.

- Elle est consultée si à la suite de litiges entre les adhérents et / ou leurs ayants-droits et l'assureur, aucune entente n'est intervenue.
- Elle examine par ailleurs, les évolutions techniques et financières décidées dans le cadre de la gestion des adhésions facultatives de manière à permettre leur mise en perspective lors de l'analyse des résultats du contrat obligatoire.

TITRE II – LA GARANTIE OBLIGATOIRE : DEPENDANCE EN ACQUISITION COLLECTIVE AVEC AIDE AUX AIDANTS

Article 9 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du dispositif à adhésion obligatoire décrit ci-après sous la dénomination « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » :

- les salariés des entreprises adhérentes au présent accord, dont le contrat de travail n'est pas suspendu, sauf suspension avec indemnisation par l'employeur ou le régime de Sécurité Sociale.

Les salariés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs saisonniers, ainsi que les salariés à employeurs multiples peuvent demander à être dispensés d'affiliation au contrat

obligatoire. Si la durée du contrat de travail est supérieure à douze mois, le salarié doit justifier d'une couverture souscrite par ailleurs.

La qualité de bénéficiaire est acquise au plus tôt à la prise d'effet de la couverture, sauf pour les salariés bénéficiaires de la majoration pour tierce personne au titre d'une rente attribuée par la Sécurité sociale à la date d'effet de la couverture, qui acquièrent la qualité de bénéficiaire à la date de reprise du travail.

- les ayants droit, définis comme étant le père ou la mère du salarié, (parents légitimes ou adoptifs)
La qualité de bénéficiaire leur est acquise dès que le salarié est lui-même bénéficiaire.

Toutefois, les ayant droit dont la dépendance est survenue antérieurement à la date à laquelle le salarié devient lui-même bénéficiaire, sont exclus de l'assurance.

Article 10 – Nature et montant de la garantie

10.1 Rente en cas de dépendance totale du salarié bénéficiaire

Une rente viagère est servie au salarié, à l'issue d'une période de 90 jours après ouverture du droit à prestations et tant que dure l'état de dépendance totale, selon les dispositions de l'annexe 1 - Définitions de la dépendance.

- **Détermination du montant de la rente à l'ouverture des droits**

Pour l'année civile de la prise d'effet de l'accord, le montant annuel de la rente garantie est fixé à 4 800 €. Son montant est revalorisé selon les dispositions figurant dans l'annexe 1 – Définitions de la dépendance.

- **Revalorisation de la rente en cours de service**

Le montant de la rente en cours de service est revalorisé, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'ARRCO entre la date de prise d'effet de la rente et la date d'échéance de l'arrérage. Cette revalorisation s'effectue sous réserve des disponibilités de la réserve contractuelle.

10.2 Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance ont pour but d'apporter des réponses pratiques et progressives aux salariés qui sont confrontés aux différents problèmes liés à la dépendance. Le salarié est confronté soit à sa propre situation de dépendance, soit à celle de son père ou de sa mère ayant droit bénéficiaire : dans ce dernier cas, il est qualifié d'aidant, agissant pour le compte de son ayant droit bénéficiaire en situation de dépendance.

Pour chacune des garanties accordées, la modalité de la demande d'assistance, le bénéficiaire de la prestation délivrée, il convient de se reporter aux dispositions correspondantes figurant à l'annexe 2 – projet de contrat « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux aidants », ainsi qu'aux conditions d'application décrites dans ladite annexe.

Article 11 - Cessation et maintien de la couverture

11.1 Cessation de la couverture obligatoire

Le bénéfice de la couverture obligatoire au profit des bénéficiaires salariés et ayant droit cesse :

- à la date rupture du contrat de travail du salarié bénéficiaire sous réserve de la disposition de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail,
- dès lors que le contrat de travail est suspendu sans indemnisation par l'Employeur ou la Sécurité sociale,
- à la date de dénonciation du présent accord.

Les garanties d'assistance pour lesquelles les demandes ont été formulées avant la cessation de la couverture donnent lieu à prestations.

La cessation de la garantie est sans effet sur le versement de la rente mise en service au bénéfice d'un salarié suite à ouverture d'un droit à prestations à une date antérieure à celle de la cessation de garantie

11.2 Maintien avec mise en réduction des droits

La réduction des droits s'applique uniquement au terme de la période de couverture obligatoire, pour les salariés bénéficiaires.

Si le salarié bénéficiaire a été couvert pendant au moins 8 années de cotisations pleines au terme de son adhésion obligatoire, il bénéficiera du maintien partiel de la garantie obligatoire pour sa propre dépendance, hors assistance, par application d'une valeur de réduction.

Si le salarié bénéficiaire n'a pas été couvert pendant au moins 8 années de cotisations pleines au terme de son adhésion obligatoire et qu'il souscrit au régime facultatif à titre individuel, prévu par le dispositif de « Poursuite facultative de la garantie collective » décrit au Titre III ci-après, le maintien partiel de la garantie obligatoire tel que prévu ci-dessus ne lui sera acquis que lorsque la durée effective de cotisation au régime facultatif additionnée à la durée de cotisation au régime obligatoire aura atteint 8 années au moins.

Cette mise en réduction s'effectue selon le barème fixé par l'organisme assureur et en vigueur à la date où elle se produit. Ce barème prend en compte le nombre d'années pleines de cotisation au dispositif obligatoire et une projection à long terme des résultats techniques et financiers du régime, ainsi que les études prospectives disponibles.

En cas de discontinuité de cotisation pendant la période d'activité, le nombre d'années pleines est reconstitué en prenant en compte le nombre de mois pleins de cotisation, divisé par 12.

11.3 Maintien dans le cadre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail

Lorsque les salariés bénéficiaires remplissent les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, les droits du dispositif obligatoire leur sont maintenus dans les conditions prévues par ledit article 14, notamment en ce qui concerne la durée de ce maintien.

11.4 Maintien des garanties à titre gratuit

Pour les salariés dont le contrat de travail a été suspendu du fait d'une maladie, ou d'un accident, le bénéfice de la garantie leur est maintenu à titre gratuit à partir du 90^{ème} jour pendant la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Article 12 - Cotisations

12.1 Base de la cotisation

La base de cotisation est la rémunération annuelle soumise aux cotisations de la Sécurité Sociale limitée à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale ; elle est ventilée comme suit :

- Tranche A : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Dans les cas où la qualité de bénéficiaire reste acquise au salarié alors que son contrat de travail est suspendu sans indemnisation, la cotisation est celle prévue pour le personnel en activité, étant précisé que la rémunération annuelle est celle correspondant aux douze derniers mois d'activité, revalorisée au 1er Janvier de chaque année, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'ARRCO.

12.2 Montant et répartition de la cotisation

La cotisation est fixée à 0,240 % de la base de cotisation ci-dessus et elle est répartie entre l'Employeur et le salarié de la manière suivante :

- 50 % de la base de cotisation à la charge de l'Employeur,
- 50 % de la base de cotisation à la charge du salarié bénéficiaire.

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

12.3 Révision des cotisations

Le montant des cotisations pourra être réexaminé sur décision de l'organisme assureur selon les dispositions prévues à l'article 7.2 « principes de gestion » et à l'article 8 « Commission Nationale de Suivi ».

TITRE III - POURSUITE FACULTATIVE DE LA GARANTIE COLLECTIVE

Article 13 - Principe

Les salariés bénéficiaires de la couverture « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » prévue au Titre II du présent accord qui souhaitent continuer à être garantis pour leur propre risque dépendance, peuvent adhérer à la formule « Poursuite facultative de la garantie collective » du Régime de Dépendance Facultatif décrit au Titre IV, selon les dispositions spécifiques exposées au présent Titre.

La nature de la garantie en cas de dépendance est identique à celle définie au profit du salarié bénéficiaire pour la garantie de sa propre dépendance, dans le Titre II – Aide aux Aidants, à l'exclusion de toute garantie d'assistance. Son montant est déterminé à l'adhésion par différence entre celui dont il bénéficiait au titre du régime obligatoire, et celui de la rente mise en réduction maintenue au titre du régime obligatoire. La réduction de ces nouveaux droits et leur revalorisation sont identiques à celles du dispositif prévu au titre IV – Régime de dépendance facultatif, ci-après.

Dans le cadre de la poursuite facultative de la garantie dépendance totale, la cotisation qui doit être versée est déterminée individuellement en fonction de la durée de cotisation à la couverture obligatoire. Pour un même âge au départ, la cotisation individuelle sera d'autant moins élevée que la durée de cotisation à la couverture obligatoire aura été importante. En cas de cessation ultérieure du paiement de la cotisation, le montant de la rente garantie avec mise en réduction, est déterminé en fonction de la durée de cotisation au titre de la poursuite facultative, à condition que la durée globale de cotisation ait été au minimum de huit années pleines.

Les personnes concernées par la poursuite facultative de la garantie collective sont les salariés partant en retraite, ainsi que les salariés ayant quitté le périmètre de la R.S.G. pour tout autre motif.

Article 14 – Modalités d'adhésion au régime de Dépendance facultatif

La poursuite se fait par adhésion au Régime de Dépendance Facultatif, les personnes éligibles doivent simplement notifier à l'organisme assureur leur volonté de continuer leur couverture dépendance dans le cadre de la poursuite facultative de la garantie collective, au plus tard dans les trois mois suivant leur départ de l'entreprise.

Le Régime de Dépendance Facultatif est ouvert aux personnes ayant été bénéficiaires du maintien du régime obligatoire en application de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, qui doivent notifier à l'organisme assureur leur volonté de continuer à participer à la garantie dépendance en adhérant au régime de maintien de la garantie à titre individuel, dans les trois mois précédant la date de fin du dispositif de l'article 14 dudit accord national interprofessionnel, et au plus tard à la date de fin de ce dispositif.

Les garanties au titre de la formule « Poursuite facultative de la garantie collective » prendront effet dès la date de cessation de la couverture au titre du régime obligatoire

« Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » dès lors que l'ancien salarié aura demandé son adhésion dans les délais impartis et aura payé les cotisations dues à compter du 1^{er} jour du mois qui suit cette date, pour le montant déterminé selon le barème individuel en vigueur.

A réception de la demande d'adhésion, l'organisme d'assurance délivre un certificat d'adhésion à la formule de « Poursuite de la garantie collective » mentionnant la date à compter de laquelle les cotisations individuelles commencent à être dues.

Article 15 - Cotisation

15.1 Détermination du montant de la cotisation

Le montant de la cotisation résulte de l'application du barème en vigueur à la date d'effet de l'adhésion, appliqué au montant de rente à souscrire individuellement pour compléter la rente réduite acquise par la période de garantie collective.

Ce barème est établi en fonction de l'âge à l'adhésion du salarié, calculé par différence de millésimes entre l'année de départ et l'année de naissance du salarié bénéficiaire,

15.2 Retour d'un ancien salarié

En cas de retour d'un ancien salarié ayant adhéré à la formule « Poursuite facultative de la garantie collective » du Régime Dépendance Facultatif, dans une entreprise du périmètre R.S.G., le recouvrement des cotisations à cette formule peut être suspendu à sa demande. Les droits sont alors provisoirement mis en réduction.

Il pourra faire réactiver son adhésion facultative dans les conditions définies au présent chapitre au moment où sa couverture obligatoire cesse à nouveau. Dans ce cas, l'âge à l'adhésion est recalculé pour la détermination de sa cotisation individuelle, afin de tenir compte du nombre de mois pleins de cotisation au titre des années de couvertures à titre obligatoire et facultatif, divisé par 12.

Article 16 – Cessation de l'adhésion

Le bénéfice des garanties à taux plein cesse de plein droit :

- Au 31 décembre de chaque année, à la demande de l'assuré adressée à l'organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve que cette demande lui soit adressée au plus tard le 31 octobre,
- En cas de non paiement des cotisations à la date limite du délai de paiement, l'organisme assureur ayant constaté que l'adhésion est résiliée de plein droit au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure de paiement.

La dénonciation de l'adhésion au Régime de Dépendance Facultatif par l'adhérent est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler ultérieurement de demande d'adhésion à ce régime.

Article 17 - Mise en réduction des droits

Si l'adhérent cesse de payer ses cotisations et qu'il a déjà acquitté au moins 8 années de cotisations pleines en tant que bénéficiaire des régimes obligatoire et facultatif, il bénéficiera du maintien partiel de sa garantie par application de la valeur de réduction prévue dans le dispositif « Régime de Dépendance Facultatif ».

Après mise en réduction, l'adhésion est définitivement résiliée et le paiement des cotisations ne peut être repris pour acquérir de nouveaux droits.

TITRE IV - REGIME DE DEPENDANCE FACULTATIF

Ce régime a pour objet :

- de garantir des prestations d'assistance en relation avec la dépendance en vue d'aider l'adhérent,
- de garantir le versement de prestations périodiques viagères si l'adhérent devient dépendant postérieurement à la date de son adhésion, selon les dispositions décrites ci-après et dans l'annexe 1 – Définitions de la dépendance.

Article 18 - Bénéficiaires

L'adhésion au Régime Dépendance Facultatif est proposée :

- à l'ensemble du personnel des sociétés du groupe AXA appartenant au périmètre de la Représentation Syndicale du Groupe, pour compléter la couverture du dispositif « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants »,
- à l'ancien salarié tant qu'il continue à cotiser au dispositif de « Poursuite facultative de la garantie collective » et qu'il est âgé de moins de 75 ans.

Le salarié ou ancien salarié répondant à la définition ci-dessus, pourra faire adhérer :

- son conjoint, concubin ou pacsé,
- ses parents,
- ses beaux-parents (y compris par alliance),

à condition qu'ils remplissent les conditions suivantes :

- résider en France,
- être âgé de plus de 40 ans et de moins de 75 ans.

Article 19 – Formules et classes de garantie

19.1 Description des choix possibles

Deux formules de garanties et 10 classes de rentes couvrant les risques de dépendance totale ou de dépendance totale et partielle tels que définis dans l'annexe 1 – Définitions de la dépendance sont proposées :

- **la formule 1** couvre le risque de dépendance totale, avec garantie d'assistance,
- **la formule 2** couvre les risques de dépendance partielle et de dépendance totale, avec garantie d'assistance.

Quelle que soit la classe de garantie choisie, les deux formules incluent obligatoirement la garantie d'assistance.

Les classes de garantie varient du rang 1 à 10 et déterminent le niveau de rente mensuelle garantie en multiples entiers de l'unité de rente mensuelle de base.

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est fixé à 200 Euros à la prise d'effet de l'accord.

Le choix de la formule est définitif. Si une personne souhaite opter ultérieurement pour une classe de garantie supérieure à celle choisie initialement, elle doit remplir une nouvelle demande d'admission et accomplir les formalités d'admission en vigueur en vue d'une nouvelle adhésion, selon les formalités déterminées en prenant en considération les montants déjà souscrits. Sauf pour l'accomplissement des formalités d'adhésion, chaque adhésion sera gérée indépendamment des précédentes.

19.2 Détermination du montant de la rente mensuelle garantie

Le montant de rente mensuelle garanti au titre de la classe souscrite s'obtient en multipliant :

- en cas de dépendance totale, le rang de la classe par l'unité de rente mensuelle de base,
- en cas de dépendance partielle, le rang de la classe par 50% de l'unité de rente mensuelle de base.

A la date d'effet de l'accord, les montants de rente mensuelle proposés en garantie varient donc de 200 Euros à 2000 Euros en cas de dépendance totale, et de 100 Euros à 1000 Euros en cas de dépendance partielle.

19.3 Revalorisation de la garantie

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est revalorisé annuellement sur décision du Comité de gestion paritaire.

19.4 Montant maximum garanti.

Le montant maximum garanti au titre de ce régime est celui correspondant au choix de la *classe 10*, pour l'ensemble des demandes d'adhésions d'une même personne, *y compris* l'adhésion à la formule de « Poursuite facultative de la garantie collective ».

Article 20 - Formalités d'adhésion

La personne souhaitant adhérer doit remplir les formalités prévues sur le bulletin d'adhésion, en fonction de la classe de garantie choisie et de son âge calculé par différence de millésimes entre l'année de sa demande d'admission et celle de sa naissance.

- Si le postulant a moins de 65 ans et qu'il a choisi un niveau de garantie inférieur ou égal à la classe 3, il doit signer une déclaration d'état de santé comportant des questions. S'il peut répondre négativement à toutes ces questions, cette formalité suffira aux assureurs pour accepter son adhésion.
- Si le postulant ne peut satisfaire à la formalité ci-dessus, et dans tous les autres cas, il est nécessaire de répondre à un questionnaire détaillé de santé et de mode de vie.
- Si le postulant a choisi la formule 2 et si le montant cumulé de ses demandes de garantie est supérieur à celui de la classe 7, il doit en outre faire remplir un rapport médical par son médecin traitant.

Selon les indications fournies, le Conseil Médical de l'organisme assureur pourra demander un complément d'information et éventuellement, soumettre le postulant à des examens médicaux, dont les frais sont pris en charge par l'organisme assureur dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale.

L'organisme assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus de l'adhésion du postulant, après réception de la totalité des éléments demandés.

L'admission du postulant à l'assurance peut être acceptée avec ou sans réserves et donner lieu à une tarification particulière en raison d'un risque aggravé.

Quelles que soient les formalités accomplies, le postulant est informé de son admission à l'assurance par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui lui en rappelle les conditions.

L'organisme assureur peut limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier sa décision.

Article 21 – Mise en œuvre de la couverture

La mise en œuvre de la couverture au profit des assurés admis en garantie, est régie par les dispositions figurant dans la notice jointe en annexe 4, du contrat 800801 souscrit par l'UGIPS auprès d'AXA dont les résultats sont rattachés à la convention d'Assurance Groupe Dépendance, regroupant tous les contrats de même nature souscrits par l'UGIPS auprès de ces mêmes assureurs.

TITRE V – ADMINISTRATION GENERALE DE L'ACCORD

Article 22 – Mise en œuvre

Une négociation ayant pour objet l'adhésion aux principes et dispositifs du présent accord sera conduite dans chacune des entreprises relevant du périmètre de la R.S.G.

Article 23 - Durée, effet, révision de l'accord

Le présent accord est à durée indéterminée, il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2009.

Il pourra être révisé par avenant dans les conditions légales.

Il pourra être dénoncé à tout moment, en tout ou partie, par les parties signataires du présent accord, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois et d'une notification concomitante à l'ensemble des signataires par la partie qui dénonce, suivant l'art. L.2261-9 du code du travail.

Article 24 - Publicité

Le présent accord fera l'objet, dans le respect des articles L.2231-5 et 6 du code du travail, d'un dépôt :

- à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle des Hauts de Seine,
- auprès du Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre

ANNEXE 1 : DEFINITIONS DE LA DEPENDANCE

PREAMBULE

Le terme « **assuré** » désigne dans cette annexe la personne sur la tête de laquelle repose le risque de dépendance :

- Il s'agira du salarié bénéficiaire ou de son ayant droit bénéficiaire dans le cadre du dispositif « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants »
- Il s'agira de l'adhérent au Régime de Dépendance Facultatif garanti par :
 - la formule de « Poursuite facultative de la garantie collective »
 - la formule 1- dépendance totale
 - la formule 2 - dépendance totale ou partielle

1. DEFINITIONS GENERALES CARACTERISANT LA DEPENDANCE

Pour caractériser l'état de dépendance, il est fait appel aux notions suivantes :

a) Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources)

La grille AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous- groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

b) Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) :

Indépendamment du classement par référence à la grille AGGIR, l'état de dépendance physique est mesuré par la capacité des personnes dépendantes à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne. Dans le cadre du présent accord, il est fait référence aux quatre Actes de la Vie Quotidienne définis comme suit :

- le déplacement : capacité de se déplacer dans les pièces habituelles et les locaux de service du lieu de vie, après recours aux équipements adaptés,
- l'habillement : capacité à s'habiller et à se déshabiller correctement et complètement,
- l'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préalablement préparée,
- la toilette : capacité à satisfaire, de façon spontanée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

c) Test « Blessed »

Le test « Blessed » est un outil utilisé pour évaluer l'état de dépendance psychique : ce test doit être réalisé par le neurologue ou le psychiatre traitant, par interrogation de la personne dépendante et de son entourage.

d) Les domaines de la prescription médicale:

Il s'agit de domaines de prescription médicale permettant d'évaluer le niveau d'un état de dépendance :

- l'assistance constante d'une tierce personne complétant les services de soins à domicile,
- l'hospitalisation en centre de long séjour,
- l'hébergement en section de cure médicale,
- l'hospitalisation en établissement psychiatrique lorsque l'assuré est atteint de démence incurable.

2. DEFINITION DE L'ETAT DE DEPENDANCE AU SENS DE LA GARANTIE

L'état de dépendance se caractérise par l'une des deux situations définies ci-dessous. Cet état doit être consolidé, permanent et être reconnu par le conseil médical des Assureurs.

a) Dépendance totale

Est considéré comme étant en état de **dépendance totale**, l'assuré satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,
- justifier d'une prescription médicale dans l'un des domaines définis à l'alinéa d) du paragraphe 1 ci-dessus et selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ),
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed » en

obtenant un score à l'échelle A supérieur à 18 et un score à l'échelle B inférieur à 10. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.

b) Dépendance partielle

Est considéré comme étant en état de dépendance partielle, l'assuré satisfaisant aux deux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR,
- selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 2 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ),
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed » en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 15 et un score à l'échelle B inférieur à 15. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.

L'état de dépendance partielle avec un classement en GIR 4, 5 ou 6 n'ouvre pas droit aux prestations des assureurs.

A tout moment, les assureurs peuvent mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

3. RECONNAISSANCE DE L'ETAT DE DEPENDANCE

La qualification de l'état en dépendance partielle ou totale au sens du présent accord relève de la compétence du conseil médical des assureurs sollicités pour intervenir en garantie, qui statuera à partir d'un dossier de demande comprenant notamment les pièces justificatives suivantes :

- certificat médical établi par le médecin traitant attestant que votre état correspond médicalement à la classification en GIR 1, 2 ou 3,
- rapport médical établi par le médecin traitant sur formulaire détaillé fourni par l'organisme assureur,
- en cas de dépendance psychique, test « Blessed » dûment complété par le neurologue ou le psychiatre traitant,
- le cas échéant :
 - notification d'attribution de l'APA,
 - certificat attestant l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - certificat attestant l'hébergement en section de cure médicale,
 - certificat attestant l'hospitalisation en établissement psychiatrique en cas de démence incurable,
 - décomptes et notifications de la Sécurité sociale (ou un régime équivalent) si l'assuré a moins de 60 ans,
 - si l'assuré en est bénéficiaire, tout changement de nature des prestations de la Sécurité Sociale.

Les pièces médicales seront envoyées à l'attention du médecin conseil, sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe qui aura été fournie pour la constitution du dossier de demande.

L'assuré pourra contacter l'organisme d'assistance en vue de se faire apporter aide et conseils au titre des garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance, pour la constitution de son dossier de demande.

Le dossier de demande comportera obligatoirement le rapport médical à compléter par le médecin traitant décrivant l'état de dépendance de l'assuré. Ce rapport devra avoir été établi moins d'un mois avant la date d'envoi du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, l'envoi du dossier ne pourra permettre l'ouverture des droits à prestations.

Le conseil médical de l'organisme d'assurance reconnaît l'état de dépendance sur la base des justificatifs fournis. Il se réserve la possibilité de faire procéder à un contrôle médical pour constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré, selon les conditions décrites ci-après au paragraphe 4 - Contrôle médical ».

Si après examen du dossier complet, le conseil médical reconnaît que l'assuré est dans un état de dépendance garanti selon les conditions de son certificat d'adhésion, les droits à prestations sont ouverts à compter de la date de signature du rapport médical complété par son médecin traitant.

Il est précisé que la reconnaissance en dépendance totale pourra intervenir dès la première demande de reconnaissance de l'état de dépendance pour l'ouverture des droits à prestations, même si l'assuré est garanti par la formule 2 – dépendance totale et partielle.

4. CONTROLE MEDICAL

L'organisme assureur peut mettre en œuvre à tout moment un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance d'un assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation pour l'assuré de se soumettre aux contrôles demandés.

Il doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'organisme d'assurance, juge utile pour apprécier son état. Les frais d'expertise sont à la charge de l'assureur.

Les décisions relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin désigné par l'organisme d'assurance, sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée.

Si l'assuré conteste les conclusions du médecin désigné par l'organisme d'assurance, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par les deux parties, à partir de la liste de médecins experts proposée par l'organisme d'assurance. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chacune des parties supporte alors la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'organisme d'assurance ainsi qu'à l'assuré sans que ce dernier puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle de l'indemnisation le cas échéant de la Sécurité sociale ou du Conseil Général (Aide Personnalisée Autonomie).

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Fait à Nanterre, le 24 avril 2009