



## **ACCORD SUR L'AMÉLIORATION ET L'HARMONISATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE À L'ONERA**

**oOo**

Entre l'Office National d'Études et de Recherches Aérospatiales,  
agissant par son Président, d'une part,  
et  
les organisations syndicales représentatives du personnel soussignées, d'autre part,  
il est convenu ce qui suit :

### **Préambule :**

La Direction et les partenaires sociaux ont entamé en juillet 2004 une réflexion en vue d'aboutir à l'unification de la prévoyance au sein de l'ONERA. A cet effet, un groupe de travail, composé de représentants de chacune des organisations syndicales représentatives du personnel ainsi que de représentants de l'établissement de Toulouse, a été constitué.

Le double objectif partagé par tous les membres du groupe et la Direction était, d'une part, d'améliorer les garanties de prévoyance et des garanties complémentaires de frais de santé pour un coût global constant et, d'autre part, d'aboutir à une harmonisation du régime, permettant à l'ensemble des salariés, quel que soit leur établissement et quelle que soit leur catégorie professionnelle, de bénéficier d'un régime unique, collectif et obligatoire.

Le Direction estime qu'aujourd'hui la différence de régime entre les salariés n'est plus justifiée, et qu'une règle de calcul simple et clarifiée du montant des cotisations est la plus équitable car proportionnelle aux revenus individuels.

Des négociations ont donc, dans un premier temps, été menées en ce sens auprès de l'IPECA.

Les partenaires sociaux ont également souhaité revoir, à cette occasion, la répartition des cotisations entre l'ONERA et les salariés de façon à réduire la participation globale de ces derniers.

Des réunions du groupe de travail, suivies par des réunions de négociations se sont tenues les 2 juillet, 16 septembre, 19 octobre, 9 novembre, 26 novembre, 17 décembre 2004 et 28 janvier 2005.

### **Article 1 : Principe Général et champs d'application**

Un nouveau régime de prévoyance est mis en place à compter du 1<sup>er</sup> mai 2005.  
Ce régime unique s'applique dans les mêmes conditions, dans tous les établissements de l'ONERA, à l'ensemble des salariés de l'ONERA, sans distinction entre les catégories professionnelles.

### **Article 2 : Prestations**

Le dispositif de prévoyance désormais applicable est unifié au sein du régime particulier de prévoyance, sans distinction des prestations relevant du régime de base ou de la « surcomplémentaire ».

Les prestations améliorées prévues par la convention liant l'ONERA à l'IPECA sont définies en annexe du présent accord.

### **Article 3 : Cotisations**

Le régime de prévoyance prévoit des taux de cotisations uniques pour l'ensemble du personnel, quelle que soit sa catégorie et son établissement d'affectation.

La répartition est la suivante :

Tr. A = 4,05 %		Tr. B = 2,23 %	
Part salariale	Part patronale	Part salariale	Part patronale
<b>2.15%</b>	<b>1.90%</b>	<b>1.18%</b>	<b>1.05%</b>

### **Article 4 : Application de l'accord**

Les dispositions du présent accord sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> mai 2005, de façon à laisser aux salariés du centre de Toulouse adhérant à une mutuelle à titre individuel un délai suffisant pour que la résiliation de leur souscription puisse être effectuée avant application du nouveau régime.

### **Article 5 : Informations des représentants du personnel**

La Direction Générale s'engage à fournir chaque année, aux membres du Comité Central d'Entreprise des informations sur le dispositif de prévoyance et son évolution. Une copie de ces documents sera transmises aux délégués syndicaux centraux.

### **Article 6 : Durée et révision de l'accord**

L'accord est conclu pour une durée indéterminée.  
La révision du présent accord pourra alors être envisagée conformément aux dispositions de l'article L. 132-7 du Code du travail.

Fait à Châtillon, le 24 FEV. 2005

**Le Président de l'ONERA**

***Signé Denis MAUGARS***

**Les organisations syndicales  
représentatives du personnel**

**Pour la CFDT**

*Signé Gilles MARCON*

**Pour la CFE-CGC**

**Pour la CFTC**

*Signé Patrick GAMACHE*

**Pour la CGT**

*Signé Jacques HUARD*

**Pour FO**

*Signé Jean-François BRET*

## PROJET DE REGIME DE PREVOYANCE POUR L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTS DE L'O.N.E.R.A.

**Salaire annuel de base** : Deux modes de calcul (le mode le plus intéressant pour le participant étant retenu) :

- soit 4 trimestres civils précédant l'événement + primes, gratifications et commissions,
- soit dernier trimestre civil précédant l'événement x 4 + primes, gratifications, commissions.

**Dans la limite de huit fois le plafond annuel Sécurité Sociale.**

TAUX EN %  
DU SALAIRE ANNUEL  
DE BASE

### RISQUE DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Capital de base.

**270 %**

Capital supplémentaire en cas de décès par accident.

**100 %**

Capital additionnel réservé en cas d'enfant(s) à charge, (dans la limite de 5 enfants), par enfant.

**50 %**

Double effet (en cas de décès du conjoint survivant seulement).

**270 %**

### INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

(sous déduction des prestations des Assurances Sociales)

#### INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Indemnité quotidienne (sous déduction des I.J. du Régime Général d'Assurance Maladie) :

**Franchise** : Fin de paiement du plein salaire et au minimum 75 jours.

- participant sans enfant à charge
- participant avec un enfant à charge
- participant avec deux enfants ou plus à charge

**70 %**

**75 %**

**80 %**

**Le service des prestations cesse :**

- en cas de suspension ou de suppression des indemnités journalières par la Sécurité Sociale,
- dès le classement par la Sécurité Sociale en invalidité, quelle que soit la catégorie,
- à la date de liquidation de la retraite AGIRC et au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel le participant atteint 65 ans.

#### INVALIDITE PERMANENTE

Rente mensuelle d'invalidité

(sous déduction de la pension d'invalidité du Régime Général d'Assurance Maladie) :

**1ère catégorie** : Participant en reprise d'activité à mi-temps à la suite d'une maladie grave, sous réserve que les conditions suivantes soient remplies : après accord du médecin conseil de l'Institution au vu d'un certificat médical détaillé, l'arrêt de travail précédant le classement par la Sécurité Sociale doit avoir ouvert le droit aux prestations, la reprise à mi-temps succède immédiatement à l'arrêt de travail, perception de la pension Sécurité Sociale 1ère catégorie.

TERME : A l'expiration d'une période maximale de 12 mois, à compter de la reprise d'activité.

**70 % du salaire de base sous déduction de la pension d'invalidité Sécurité Sociale et des salaires effectivement perçus.**

**2ème et 3ème catégorie** :

- participant sans enfant à charge
- participant avec un enfant à charge
- participant avec deux enfants ou plus à charge

**70 %**

**75 %**

**80 %**

**Majoration pour invalidité troisième catégorie**

**+ 6 %**

**Le paiement des prestations cesse :**

- en cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité par la Sécurité Sociale,
- à la date de liquidation de la retraite AGIRC et au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel le participant atteint 60 ans.

## BENEFICIAIRE DES CAPITAUX DECES :

A défaut de désignation particulière, le capital décès est versé suivant les dispositions contractuelles :

- au conjoint du Participant, au jour du décès,
- à défaut, à ses enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou pupilles de la Nation dont il est le tuteur, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses descendants directs, par parts égales entre eux, ou à défaut de descendants du prédécédé, à ses frères et soeurs survivants, par parts égales entre eux,
- à défaut, au père et à la mère du participant, par parts égales entre eux ou au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux grands-parents du participant, par parts égales entre eux ou au survivant,

- à défaut, aux frères et soeurs du participant, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses descendants directs, par parts égales entre eux, ou à défaut de descendant du prédécédé, à ses frères et soeurs survivants, par parts égales entre eux,
- à défaut, à l'expiration d'un délai de deux ans, à compter de la date du décès, à la réserve de stabilité de l'Institution.

Toutefois, le participant a la faculté, à tout moment de désigner par une déclaration manuscrite datée et signée, remise à l'Institution, éventuellement sous pli confidentiel fermé, tous autres bénéficiaires de son choix.

Le capital additionnel réservé en cas d'enfant à charge est versé, après étude le cas échéant diligentée par les services de l'Institution, à la personne qui en assure effectivement la charge après le décès du participant, ou à l'enfant lui-même s'il est majeur.

## DECLARATION - PIECES A FOURNIR :

Le décès ou l'invalidité absolue et définitive doivent être déclarés à IPECA Prévoyance, au plus tard dans les 6 mois suivant la date de l'événement, par :

- l'entreprise adhérente,
- ou à défaut, les bénéficiaires en cas de décès, ou le participant en cas d'invalidité absolue et définitive.

Pièces à fournir, en cas de décès :

- un extrait d'acte de naissance et une fiche familiale d'état civil du décédé, avec observations,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat médical indiquant la nature du décès, et, en cas d'accident, le rapport de police ou de gendarmerie,
- un extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire et une fiche individuelle d'état civil avec mention "non décédé",
- si le décédé est célibataire, veuf ou divorcé, et en l'absence d'une désignation particulière de bénéficiaire, un acte de notoriété ou un intitulé d'inventaire mentionnant dans l'ordre les héritiers.

Dans le cas où la garantie du capital additionnel réservé en cas d'enfant à charge est applicable, fournir en plus :

- la photocopie du dernier avertissement d'impôt ou toute pièce justificative établie par le notaire chargé de la succession, attestant que le ou les enfants étaient fiscalement à la charge du participant, au jour de son décès,
- la photocopie de la dernière déclaration fiscale, certifiée conforme,
- un engagement sur l'honneur, de la personne qui a la charge effective, après le décès du participant, du ou des enfants, de fournir ultérieurement à l'Institution, l'avertissement d'impôt correspondant à l'année du décès,
- une attestation établie par l'autorité compétente, désignant la personne ayant la charge effective du ou des enfants,
- une fiche individuelle d'état civil, avec mention "non décédé", pour chacun des enfants bénéficiaires.

Ainsi que toutes autres pièces qui se révéleraient nécessaires.

Pièces à fournir, en cas d'invalidité absolue et définitive :

- une demande manuscrite du participant ou de son représentant légal, de versement du capital I.A.D.,
- un certificat médical détaillé concluant à un état d'I.A.D.,
- la notification d'attribution d'une pension 3ème catégorie par la Sécurité Sociale.

## LIMITATIONS :

**Le capital ne sera pas versé si le décès ou l'invalidité absolue et définitive résulte de l'un des cas ci-après :**

- Risque de guerre : dans le cas où la France serait belligérante la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- Suicide : la garantie n'est acquise, en cas de suicide volontaire et conscient, que s'il se produit deux ans après l'affiliation de l'intéressé ou s'il est prouvé, quelle que soit la date de son affiliation, que, pendant les deux années qui ont précédé, il était compris dans une assurance collective obligatoire ou facultative en cas de décès. Cette garantie est acquise dès l'affiliation si l'intéressé était inconscient au moment du suicide.
- Participation à titre professionnel : lorsque le participant prend part, à titre professionnel et en tant que concurrent, à une compétition sportive ou non, ou à des matches, paris...
- Pour l'invalidité absolue et définitive : les conséquences du fait volontaire et conscient du participant.

**Le capital en cas de décès par accident ne sera pas versé si le décès résulte de l'un des cas ci-après :**

- Participation active à l'un des événements suivants : guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes ou mouvements populaires ainsi que rixes. Toutefois, ce capital supplémentaire sera versé si le participant se trouve en cas de légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel ou cas de force majeure,
- Sous les drapeaux : actions militaires de police, exercices aériens ou de parachutisme, plongée sous-marine ou grandes manoeuvres,
- Risques nucléaires : explosion fortuite ou provoquée d'un engin ou d'une partie d'engin destiné à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,

- Radiations ionisantes : émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émissions (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol 24 heures après l'émission, dépasse 1 roentgen par heure ; ou auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- Suicide,
- Participation à un duel ou à un crime,
- Pratique, à titre professionnel de tous sports ou compétitions,
- Opération chirurgicale : conséquence d'une opération chirurgicale non nécessitée par un accident couvert par le présent Règlement,
- Ivresse : accidents survenus au participant en état d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0,7 gramme par litre de sang, sauf s'il est établi que le sinistre est sans relation avec cet état.
- Stupéfiants : accidents consécutifs à l'usage par le Participant de stupéfiants non prescrits médicalement.

**Le service de l'indemnité quotidienne ou de la rente mensuelle d'invalidité ne sera pas effectué si l'arrêt de travail résulte de l'un des cas ci-après :**

- les accidents ou maladies résultant d'un fait de guerre,
- les conséquences des guerres civiles, des insurrections, des émeutes ou mouvements populaires ainsi que les rixes, sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger, d'accomplissement du devoir professionnel ou de force majeure, et dont il appartient au participant de faire la preuve,
- les courses, matches, paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles le participant prendrait part à titre d'amateur,
- les compétitions aériennes et celles comportant l'utilisation d'engins motorisés.

# PRESTATIONS MALADIE

## HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

100 % des FR, moins Rbt SS.

## FORFAIT JOURNALIER

100 % des FR.

## CHAMBRE PARTICULIERE

100 % des FR.

## LIT ACCOMPAGNANT ENFANT MOINS DE 16 ANS

100 % des FR, limités à 1 % du PMSS par jour.

## LIT ACCOMPAGNANT BENEFICIAIRE PLUS DE 65 ANS

100 % des FR, limités à 1 % du PMSS par jour.

## TRANSPORT SANITAIRE ACCEPTE SS

100 % du TC, moins Rbt SS.

## TRANSPORT SANITAIRE REFUSE SS

100 % des FR,  
avec au maxi. 4 % du PMSS par hospitalisation  
(hospitalisation répétitives dites "de jour" exclues).

## GARDES DE JOUR OU DE NUIT (Acceptées SS)

100 % des FR,  
dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire.

## CENTRE DE REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE - CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

100 % des FR, limités à 2 % du PMSS par jour  
dans la limite de 180 jours par an et par bénéficiaire.

## ACTE DE CHIRURGIE

100 % des FR, moins Rbt SS.

## PHARMACIE

(produits remboursés par la SS seulement)  
100 % du tarif de responsabilité moins Rbt SS.

## HONORAIRES DE PRATICIENS

100 % du TC moins Rbt SS.  
Dépt autorisé pris en charge à 80 % avec maximum :

CHL : 50 % du TC,  
DP : 100 % du TC  
P : 150 % du TC.

## HONORAIRES DE PRATICIENS SPECIALISTES

Prestation complémentaire égale au maximum à :

	Consultations	Visites
Spécialistes	1 % du PMSS	1,30 % du PMSS
Médecins Hôpitaux	2 % du PMSS	2,60 % du PMSS
Professeur agrégé	2 % du PMSS	2,60 % du PMSS
Neuro psychiatre	1,40 % du PMSS	1,90 % du PMSS

## TRAITEMENTS ET ACTES DE CHIRURGIE ET SPECIALITE (pratiqués par le médecin ou le biologiste)

## RADIOGRAPHIE ET TRAITEMENTS ELECTRIQUES

100 % des FR moins Rbt SS.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

100 % du TC moins Rbt SS.

## ANALYSES LABORATOIRES

(actes définis à la nomenclature SS seulement)  
195 % du TC moins Rbt SS.

## OPTIQUE \*

Verres 80 % des FR en + SS.

Montures Forfait égal à 5 % du PMSS.

## LENTILLES CORNEENNES \*

Acceptées SS 80 % des FR en + SS.

Refusées SS 100 % des FR avec un  
maximum de 200 % du TC.  
Un acte par an et par personne.

## SOINS DENTAIRES

100 % du TC moins Rbt SS.

Dépt autorisé pris en charge avec maximum :

CHL : 50 % du TC,  
DP : 100 % du TC,  
P : 150 % du TC.

## PROTHESES DENTAIRES \*

400 % du TC + Rbt SS.

## ORTHODONTIE

Acceptée SS 275 % du TC moins Rbt SS.

Refusée SS 100 % du TC, avec accord préalable  
d'IPECA-PREVOYANCE.  
Moins de 18 ans au début des soins.

## ORTHOPEDIE - PROTHESES NON DENTAIRES

210 % du TC moins Rbt SS.

## CURES THERMALES

Acceptées SS Prestation maximale de  
1000 pts AGIRC par cure.

Refusées SS Prestation maximale de  
1000 pts AGIRC par cure.  
Avec accord préalable d'IPECA-  
PREVOYANCE.

## THALASSOTHERAPIE

Acceptée SS Prestation maximale de 50 pts  
*uniquement* AGIRC par jour, avec au  
maximum 1000 pts AGIRC par  
cure.

## MATERNITE

*Enfant viable ou  
non + 8ème mois* Forfait égal à 1200 pts AGIRC.

*Enfant non viable  
6ème/7ème mois* Forfait égal à 600 pts AGIRC.

\* Les niveaux de prestations indiqués sont subordonnés au fait que le participant fasse procéder préalablement à l'exécution des actes, à une étude de devis par la plateforme SANTECLAIR. En l'absence de cette démarche, les plafonds de remboursement seront ramenés à :  
300 % du tarif de convention pour les prothèses dentaires,  
75 % des frais réels pour les verres optique ou lentilles de contact.  
COTISATIONS pour l'ensemble des risques DECES - ARRET DE TRAVAIL - MALADIE

- 4,05 % de la tranche A des salaires,
- 2,23 % des tranches B et C des salaires.

## BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS MALADIE

Dans le cadre du présent régime : dès son affiliation à l'Institution, tout participant a droit aux garanties et prestations énoncées ci-avant, tant pour lui même que pour les personnes définies ci-après :

- le conjoint ou cosignataire de PACS salarié ou ayant droit, le concubin reconnu ayant droit par la Sécurité Sociale,
- l'ascendant reconnu ayant droit du participant par la Sécurité Sociale ou bénéficiaire à titre personnel du régime général d'assurance maladie et non soumis à l'impôt sur le revenu,
- les enfants âgés de moins de 25 ans, célibataires et fiscalement à la charge du salarié,
- les enfants handicapés, quel que soit leur âge.

La prise d'effet des garanties Frais Médicaux est immédiate pour les personnes définies ci-dessus.

## POUR ETRE REMBOURSE, VOUS DEVEZ

1) Regrouper les originaux des décomptes de remboursements que vous avez obtenus de la Sécurité Sociale, ainsi que **toutes les factures et les photocopies des feuilles de maladies justifiant de frais réels et de la notoriété des médecins** :

- **HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT CONVENTIONNE** (Hôpital ou Clinique) :

**Hospitalisation médicale** : ticket modérateur ou facture détaillée des frais réels mentionnant les prix de journée, le supplément éventuel pour chambre particulière et/ou pour lit d'accompagnant d'un enfant, les frais médicaux paramédicaux et pharmaceutiques, plus "avis acquitté" des sommes à payer ou un reçu. **Intervention chirurgicale** : les mêmes pièces que ci-dessus, plus la facture détaillée des frais et honoraires relatifs à l'acte lui-même et aux analyses et radios pré ou postopératoires, plus "avis acquitté" des sommes à payer ou un reçu. Ainsi qu'un justificatif de la notoriété des praticiens.

**Nota** : En cas d'hospitalisation en secteur conventionné, vous pouvez téléphoner au **0 810 234 234** ou envoyer une télécopie au **01.56.56.49.68**, afin d'obtenir une prise en charge qui vous évitera l'avance des frais dans les limites des garanties du contrat.

- **OPTIQUE, LENTILLES CORNEENNES (refusées par la Sécurité Sociale), PROTHESES DENTAIRES, ORTHOPEDIE, DEPASSEMENTS**

**D'HONORAIRES** : les justificatifs de dépenses sous forme de photocopie de la feuille de maladie établie par le praticien, mentionnant la qualité de celui-ci, et/ou de factures détaillées, ainsi que la notification de refus de la Sécurité Sociale.

- **ORTHODONTIE (En cas de refus total ou partiel de la Sécurité Sociale)** : **avant exécution des travaux**, vous devez effectuer une demande de prise en charge auprès de l'Institution. Celle-ci vous sera délivrée après accord médical du médecin conseil d'IPECA-PREVOYANCE.

Aussi, une fois les travaux réalisés, vous devez nous faire parvenir la notification d'acceptation de prise en charge par l'Institution et les justificatifs de dépenses (factures détaillées).

- **CURES THERMALES, THALASSOTHERAPIE (acceptées par la Sécurité Sociale)** : le volet de la Caisse Maladie ou l'attestation du bureau payeur de l'établissement thermal, justificatif des dépenses engagées pour le transport, l'hébergement et la cure proprement dite plus, en cas d'hospitalisation, les pièces demandées ci-dessus. Si la cure thermique est refusée par la Sécurité Sociale, la notification d'acceptation de prise en charge par l'Institution. Cette prise en charge ne pourra être délivrée qu'après accord médical du médecin conseil d'IPECA-PREVOYANCE. **Il est nécessaire d'en faire la demande auprès de l'Institution avant d'effectuer la cure thermique.**

- **NAISSANCE** : un extrait d'acte de naissance.

2) Adresser ces documents agrafés à :

**IPECA-PREVOYANCE - 5, rue Paul Barruel - 75740 PARIS CEDEX 15 - Tél : 01.56.56.49.50.**

Si vous avez opté pour la procédure de télétransmission (NOEMIE 1) les décomptes de Sécurité Sociale ne seront demandés qu'en cas d'**hospitalisation**.

## LIMITATIONS

La garantie "Frais de Santé et Maternité" ne sera pas accordée si l'origine des maladies ou accidents est consécutive à l'un des faits suivants :

- les frais engagés avant l'affiliation du participant,
- fait de guerre,
- interventions chirurgicales consécutives à une invalidité de guerre,
- participation active à des guerres civiles, insurrections, émeutes ou mouvements populaires ainsi que rixes ; toutefois, les prestations seront versées si le participant se trouve en cas de légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel, ou cas de force majeure,
- mutilation volontaire ou tentative de suicide,
- opérations de chirurgie esthétique, non réparatrice à la suite d'un accident.

## VOUS SEREZ REMBOURSE

Directement par virement sur votre compte bancaire ou postal. **ATTENTION** : pour des actes médicaux ayant eu lieu dans l'année en cours, nous vous recommandons de nous adresser vos demandes de remboursement au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

**ABREVIATIONS UTILISEES** : **CVT** conventionné, **CHL** praticien conventionné à honoraires libres, **DP** praticien autorisé à dépassement permanent, **P** professeur de faculté, **NCVT** non conventionné, **FR** frais réels engagés, **Rbt SS** remboursement de la Sécurité Sociale, **TC** tarif de convention, **TM** ticket modérateur de convention, **PMSS** plafond mensuel de la Sécurité Sociale, **Dépt** dépassement de tarif.

Document non contractuel. Imprimé en 2005.