

**ACCORD-CADRE INSTITUANT DES GARANTIES COLLECTIVES « DECES-
INCAPACITE-INVALIDITE » ET REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX DANS LE
GROUPE FRANCE TELECOM**

Entre les soussignés

- Les sociétés du groupe France Télécom adhérant à l'un des deux régimes interentreprises dont la liste est ci-après annexée (annexe 1, « régime COGECOM » et annexe 2, « régime FTSA »), représentées par Monsieur Bernard BRESSON, Directeur des Ressources Humaines du Groupe,

d'une part,

- Les organisations syndicales représentatives des salariés de droit privé dans les sociétés du groupe adhérentes à l'un des deux régimes interentreprises :

- le syndicat CFDT représenté par Mme *Besnard* dûment mandaté à cet effet,
- le syndicat CFE-CGC représenté par M dûment mandaté à cet effet,
- le syndicat CFTC représenté par M^{re} *Patrice DIOCHET* dûment mandaté à cet effet,
- le syndicat CGT représenté par M dûment mandaté à cet effet,
- le syndicat FO représenté par M^r *Guinard* dûment mandaté à cet effet,
- le syndicat SUD représenté par M dûment mandaté à cet effet,

d'autre part.

JOB

BS MP
BS

APRES AVOIR RAPPELE :

En 1996, un régime mutualisé « décès-incapacité-invalidité » et de remboursement de frais médicaux a été mis en place dans certaines sociétés du groupe France Télécom. Ce régime, assuré par la CAPRICEL PREVOYANCE, est ci-après dénommé « régime interentreprises ».

En février 1998, un régime « décès-incapacité-invalidité » et de remboursement de frais médicaux a été mis en place par la société France Télécom S.A. pour ses salariés de droit privé. Il a, depuis septembre 2000, une vocation interentreprises. Ce régime est co-assuré auprès de la MUTUELLE GENERALE et de la CAPRICEL PREVOYANCE.

Il est apparu qu'une solidarité entre ces deux régimes permettrait de consolider la couverture de protection sociale des personnels salariés de droit privé du groupe France Télécom.

Les sociétés des deux régimes interentreprises mentionnées en annexe, et les Organisations Syndicales se sont donc réunies afin d'étudier les modalités de mise en place d'un régime collectif « décès-incapacité-invalidité » et de remboursements de frais médicaux au niveau du groupe France Télécom, répondant aux objectifs suivants :

- harmoniser les garanties de l'ensemble des salariés du groupe à un niveau compatible avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier du régime à long terme ;
- renforcer la solidarité entre les salariés du Groupe France Télécom dans le cadre d'un régime mutualisé auprès d'organismes assureurs identiques ;
- permettre, grâce à cette mutualisation, d'optimiser le niveau et le coût des garanties;
- laisser à la charge du salarié un montant de cotisation compatible avec son niveau de rémunération ;
- associer les organisations syndicales signataires au suivi du régime et à la mise en oeuvre d'une politique de maîtrise des frais de santé au niveau du groupe ;
- offrir aux salariés la possibilité d'adapter les niveaux de couverture « décès-incapacité-invalidité » à leur situation de famille, à l'intérieur d'un taux de cotisation uniforme et obligatoire.

Il est précisé que les sociétés dont certaines catégories de personnel relèvent de dispositions particulières liées à leur statut dans le cadre du régime interentreprises n'ont pas participé à la présente négociation.

En effet, l'intégration de ces sociétés dans le régime de groupe harmonisé supposera de prévoir des dispositions spécifiques à ces catégories de personnel, qui feront l'objet de négociations ultérieures au niveau de chacune des entreprises concernées.

IL A DONC ETE DECIDE CE QUI SUIT EN APPLICATION DE L'ARTICLE L 911-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE 1. OBJET

Le présent accord a pour objet de définir le cadre juridique du régime « décès-incapacité-invalidité » et de remboursement de frais médicaux des salariés du groupe France Télécom, tel que défini au chapitre 2, et de préciser les conditions dans lesquelles les sociétés du groupe France Télécom pourront y adhérer.

Les dispositions des chapitres 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10,11 sont applicables tant aux garanties « décès-incapacité-invalidité » qu'aux garanties de remboursement de frais médicaux.

Les garanties de remboursement de frais médicaux font l'objet de dispositions spécifiques prévues au chapitre 5.

Les garanties « décès-incapacité-invalidité » font l'objet de dispositions spécifiques prévues au chapitre 6.

CHAPITRE 2. CHAMP D'APPLICATION

Compte tenu de l'objectif de solidarité organisée au niveau du groupe, l'adhésion au régime est réservée aux sociétés du groupe France Télécom dont le siège social est situé en France.

Pour l'application du présent accord, sont considérées comme appartenant au groupe France Télécom les sociétés des deux régimes interentreprises à la date de signature du présent accord, ainsi que les filiales de France Télécom S.A., (sociétés détenues directement ou indirectement à plus de 50 % par France Télécom S.A.) se référant à la Convention Collective Nationale des Télécommunications.

Les sociétés des deux régimes interentreprises signataires du présent accord pourront adhérer au régime de groupe à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Les autres sociétés pourront adhérer au régime de groupe sous réserve d'adhérer au présent accord, dont elles accepteront l'intégralité des termes et conditions, selon la procédure prévue par l'article L 132-9 du code du travail.

Les sociétés adhérant au régime de groupe sont ci-après dénommées «les sociétés adhérentes ».

L'adhésion des sociétés dans lesquelles France Télécom S.A. n'a plus de participation directe ou indirecte au sens des articles 354 et 355 de la loi du 24 juillet 1966, cessera automatiquement à compter de la date de cession fixée à la date du traité d'apport.

Dans ce cas, la société se verra proposer un nouveau contrat à des conditions tarifaires adaptées, aux fins de pouvoir maintenir aux salariés le même niveau de garanties que celui prévu par le présent accord.

CHAPITRE 3. ORGANISME ASSUREUR - GARANTIES

Le régime « décès-incapacité-invalidité » et remboursement des frais médicaux sera assuré dans le cadre d'un contrat souscrit auprès de la MUTUELLE GENERALE et de la CAPRICEL PREVOYANCE, agissant en tant que co-assureurs du contrat, sur la base des garanties décrites en annexes.

Conformément à l'article L 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du régime de groupe, réexaminer le choix des organismes assureurs désignés ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront 6 mois avant l'échéance, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant l'expiration de ce délai, la modification du présent accord conformément à l'article L 132-7 du code du travail ou sa dénonciation dans les conditions prévues au chapitre 10 du présent accord.

CHAPITRE 4 : SALARIES EXPATRIES OU DETACHES AU SEIN DE L'UNION EUROPEENNE

Les salariés expatriés ou détachés au sein de l'Union Européenne ne sont pas visés par les dispositions du présent accord.

Cependant, ils bénéficient de garanties en cas de « décès-incapacité-invalidité » et en remboursements de frais de santé d'un niveau au moins équivalent. Un contrat d'assurance sera souscrit à cet effet auprès de la Mutuelle Générale et de la Capricel Prévoyance, dont les résultats seront, dans un souci de solidarité, compensés avec les résultats du contrat prévu par le présent accord pour les salariés travaillant sur le territoire national.

CHAPITRE 5 : GARANTIES DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

5.1. SALARIES BENEFICIAIRES

Le présent accord concerne l'ensemble des catégories de personnels salariés de droit privé, dont le salaire brut est supérieur ou égal au SMIC horaire et remplissant les conditions d'ancienneté éventuellement définies dans chaque société. Ces éventuelles conditions d'ancienneté ne peuvent en aucun cas être supérieures à 6 mois, appréciées dans le Groupe France Télécom tel que défini au chapitre 2.

Cette éventuelle condition d'ancienneté ne pourra être opposée aux salariés à même de fournir un certificat de radiation depuis moins de trois mois d'un régime de remboursement de frais médicaux, souscrit auprès d'un organisme d'assurance, d'une institution ou d'une mutuelle.

Toutefois, compte tenu de la charge financière que représenterait leur quote-part de cotisation par rapport à leur niveau de rémunération, chaque société pourra exclure du régime la catégorie des salariés non-cadres effectuant moins de 40 heures par mois et relevant du 1er niveau de classification professionnelle prévue dans la convention collective nationale des télécommunications (groupe A) ou la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise.

5.2. COTISATIONS

5.2.1. Taux, assiette

Pour les sociétés des deux régimes interentreprises signataires du présent accord, les taux et assiette de cotisations servant au financement du contrat de "remboursement de frais médicaux" seront ceux actuellement en vigueur dans chacune de ces sociétés.

Pour les autres sociétés adhérentes, la cotisation est uniformément fixée à :

2,93 % du salaire brut dans la limite de la tranche A des rémunérations, avec une cotisation minimale de 1,42 % du salaire plafond de la tranche A ¹;

2,05 % du salaire brut dans la limite de la tranche A des rémunérations, avec une cotisation minimale de 1 % du salaire plafond de la tranche A, pour les participants relevant du régime de sécurité sociale de l'Alsace – Moselle.

La cotisation est uniforme quelle que soit la situation de famille, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.2.4.

5.2.2. Répartition des cotisations

Les participations des salariés et de l'entreprise au financement du régime sont obligatoires. Elles ne peuvent être respectivement inférieures à 20% du montant de la cotisation totale.

¹ le salaire plafond de la tranche A est égal au plafond annuel de sécurité sociale

Sous cette réserve, la répartition des cotisations entre la société adhérente et les salariés bénéficiaires sera négociée au niveau de chacune des sociétés adhérentes.

5.2.3. Evolution ultérieure de la cotisation

Sauf modifications législatives ou réglementaires, les cotisations restent fixées tel que prévu à l'article 5.2.1 du présent accord pour la période allant de la date d'effet du présent contrat au 31/12/2002.

Si le plan de maîtrise des dépenses de santé devait être défaillant, il est expressément convenu que l'obligation des sociétés adhérentes se limite au seul paiement de leur participation patronale au régime telle qu'elles l'auront définie dans leur accord.

Les garanties décrites en annexes correspondent au seul engagement de l'organisme assureur en contrepartie du paiement des cotisations.

Par conséquent, en cas d'augmentation des cotisations, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport des prestations sur les cotisations, l'obligation des sociétés adhérentes sera limitée au seul paiement de leur participation patronale au régime telle qu'elles l'auront définie dans leur accord.

Toute augmentation de cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord dans le cadre de l'article L 132-7 du Code du Travail.

A l'issue de la période de préavis du contrat d'assurance et à défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites de telle sorte que le budget de cotisations défini suffise au financement du système de garanties.

Toutefois, dans ce cas, lorsque les augmentations seront dues à un éventuel désengagement de la Sécurité Sociale ou consécutives à une modification de la réglementation, les dispositions des alinéas précédents ne pourront être mises en oeuvre que dans un délai de deux mois à partir du moment où les signataires de l'accord en auront été informés. Le surcoût éventuel pendant cette période sera pris en charge par l'organisme assureur.

5.2.4. Conjoints (ou partenaires liés par un PACS ou concubins) salariés

Pour bénéficier du régime de remboursement de frais médicaux, le conjoint salarié (ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin salarié) du salarié bénéficiaire devra s'acquitter auprès de l'assureur d'une contribution de 1,67% du salaire plafond de la Tranche A, soit 250 Francs par mois valeur 2001 (1,17 % pour les participants au régime Alsace-Moselle, soit 175 Francs par mois valeur 2001).

Compte tenu de l'objectif recherché en matière d'équilibre technique et financier du régime, si, lors de la présentation des comptes annuels, le rapport entre les prestations et les cotisations propres aux conjoints (ou partenaires liés par un PACS ou concubins) salariés fait apparaître un déficit ou un excédent supérieur à 10%, la cotisation sera revue à la hausse ou à la baisse après avis de la commission de suivi. Quel que soit le niveau du déficit ou de l'excédent constaté, cette augmentation ou cette baisse de cotisation ne pourra être supérieure à 10% pour une année donnée.

CHAPITRE 6 : GARANTIES « DECES-INCAPACITE-INVALIDITE »

6.1. SALARIES BENEFICIAIRES

Devront être affiliés au régime de groupe pour les garanties du présent chapitre les salariés de droit privé des sociétés adhérentes, sans qu'aucune condition ne puisse leur être opposée.

6.2. COTISATIONS

6.2.1. Taux, assiette

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance "décès, incapacité, invalidité" sont uniformément fixées aux taux suivants :

TAUX CONTRACTUELS

Tranche A	1,66%
Tranche B et Tranche C	1,85%

TA = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel sécurité sociale.

TB = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel sécurité sociale.

TC = Salaire compris entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel sécurité sociale.

Jusqu'au 31/12/2002, les cotisations définies ci-dessus seront appelées à 80 % selon la même répartition, soit :

TAUX D'APPEL

Tranche A	1,33%
Tranche B et Tranche C	1,48%

A l'intérieur de cette cotisation uniforme et obligatoire, les salariés pourront moduler le niveau des couvertures « décès, incapacité, invalidité » suivant des formules actuariellement équivalentes.

6.2.2. Répartition des cotisations

Les participations des salariés et de l'entreprise au financement du régime sont obligatoires. Elles ne peuvent être respectivement inférieures à 20% du montant de la cotisation totale.

Sous cette réserve, la répartition des cotisations entre la société adhérente et les salariés bénéficiaires sera négociée au niveau de chacune des sociétés adhérentes.

6.2.3. Evolution ultérieure de la cotisation

Sauf modifications législatives ou réglementaires, les cotisations restent appelées à concurrence de 80 % pour la période du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002.

Au-delà, le taux d'appel pourra être automatiquement révisé en fonction des résultats du régime observés sur la même période.

En aucun cas le relèvement du taux d'appel ne pourra être supérieur à 10% par an. Ainsi, en cas de déséquilibre des résultats du régime « décès-incapacité-invalidité » le taux d'appel ne pourrait excéder :

- 90% à compter du 1^{er} janvier 2003
- 100% à compter du 1^{er} janvier 2004

Si les résultats apparaissent bénéficiaires lors d'une des échéances prévues, le relèvement du taux d'appel prévu à l'étape suivante serait différé.

En cas de relèvement des taux d'appel, la clé de répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés reste inchangée.

Il est expressément convenu que l'obligation des sociétés adhérentes se limite au seul paiement de leur participation patronale au régime telle qu'elles l'auront définie dans leur accord.

Les garanties décrites en annexes correspondent au seul engagement de l'organisme assureur en contrepartie du paiement des cotisations.

Par conséquent, en cas d'augmentation des cotisations, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport des prestations sur les cotisations, l'obligation des sociétés adhérentes sera limitée au seul paiement de leur participation patronale au régime telle qu'elles l'auront définie en application de l'article 6.2.2. ci-dessus.

Hormis le relèvement du taux d'appel prévu ci-dessus, dans la limite de 100%, toute augmentation de cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord dans le cadre de l'article L 132-7 du Code du Travail.

A l'issue de la période de préavis du contrat d'assurance et à défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites de telle sorte que le budget de cotisations défini suffise au financement du système de garanties.

Toutefois, dans ce cas, lorsque les augmentations seront dues à un éventuel désengagement de la Sécurité Sociale ou consécutives à une modification de la réglementation, les dispositions des alinéas précédents ne pourront être mises en oeuvre que dans un délai de deux mois à partir du moment où les signataires de l'accord en auront été informés. Le surcoût éventuel pendant cette période sera pris en charge par l'organisme assureur.

CHAPITRE 7. PROCEDURE D'ADHESION AU REGIME DE GROUPE

7.1. Mise en œuvre du régime dans les sociétés adhérentes

Le régime sera mis en œuvre dans chaque société adhérente après information et consultation préalable de leur Comité d'Entreprise respectif s'il existe, selon les procédures légales.

Il fera l'objet, soit d'un accord collectif conclu au niveau de l'entreprise concernée, soit d'un accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés, soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise dans les conditions prévues par l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale.

Les accords et décisions visés ci-dessus détermineront, dans les limites fixées par le présent accord, les catégories de salariés bénéficiaires du régime, les conditions d'ancienneté éventuellement requises pour en bénéficier, la répartition des cotisations entre les salariés et l'entreprise.

Ils pourront également prévoir la constitution d'une commission de suivi de l'accord conclu au niveau du groupe, tel que défini au chapitre 2.

7.2. Adhésion au contrat d'assurance

Les sociétés répondant aux conditions prévues par le présent accord adhèrent au contrat d'assurance négocié au niveau du groupe, tel que défini au chapitre 2, par voie d'avenant d'adhésion au contrat d'assurance.

La souscription de ces avenants emporte adhésion à l'ensemble des conditions générales et particulières du contrat d'assurance.

CHAPITRE 8. CARACTERE OBLIGATOIRE DES AFFILIATIONS

L'affiliation aux organismes assureurs visés ci-dessus est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires des sociétés adhérentes au régime de groupe.

L'obligation d'affiliation peut résulter de la signature d'un accord avec les organisations syndicales représentatives, ou de sa ratification à la majorité des intéressés dans les conditions prévues à l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

CHAPITRE 9- OBLIGATION D'INFORMATION

9.1 Information individuelle

Les sociétés adhérentes remettront à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés des sociétés adhérentes seront informés, préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification des garanties.

9.2 Information collective

Une commission de suivi de l'application de cet accord, dénommée commission de prévoyance, est constituée entre les représentants du Groupe, tel que défini au chapitre 2, et les organisations syndicales signataires du présent accord cadre et d'au moins un accord d'entreprise. Elle se réunira chaque trimestre, afin notamment d'examiner les comptes de résultats du trimestre civil écoulé.

Cette commission aura pour mission d'analyser l'évolution des tendances observées et de préparer les actions d'information et de sensibilisation à destination des salariés du groupe en vue de maintenir l'équilibre du régime. Elle peut proposer des actions préventives dans le cadre du plan de maîtrise des dépenses de santé.

Elle sera informée et consultée préalablement à toute renégociation des garanties « décès-incapacité-invalidité » ou des garanties de « remboursement des frais médicaux ».

C'est à elle, en outre, que sera transmis le rapport annuel sur les comptes établis par l'organisme assureur.

Dans le but de responsabiliser le personnel sur la consommation médicale, une note de synthèse sera publiée périodiquement afin que les salariés concernés soient informés de l'évolution du rapport des prestations sur les cotisations et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

CHAPITRE 10. DUREE

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur à compter de sa date de signature.

Le régime de groupe « décès-incapacité-invalidité » et de remboursement de frais médicaux prendra effet à compter du 1er Avril 2001.

L'accord pourra être modifié selon les dispositions de l'article L 132-7 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé, soit par l'ensemble des entreprises signataires, soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives signataires.

Il est expressément convenu entre les parties signataires que cette dénonciation pourra, soit porter sur la totalité de l'accord, soit porter uniquement sur le chapitre 5 « GARANTIES DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX » ou uniquement sur le chapitre 6 « GARANTIES DECES-INCAPACITE-INVALIDITE».

Les parties signataires reconnaissent en effet le caractère autonome des dispositions contenues dans chacun de ces deux chapitres et la possibilité de les appliquer distinctement sans remise en cause de l'équilibre du présent accord.

Dans l'hypothèse d'une dénonciation limitée au chapitre 5 « GARANTIES DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX », les dispositions des autres chapitres, non spécifiques au régime de remboursement de frais médicaux, du présent accord demeureront en vigueur.

Dans l'hypothèse d'une dénonciation limitée au chapitre 6 « GARANTIES DECES-INCAPACITE-INVALIDITE », les dispositions des autres chapitres, non spécifiques au régime « décès-incapacité-invalidité », du présent accord demeureront en vigueur.

Il appartiendra en conséquence aux parties procédant à une dénonciation de préciser dans l'acte de dénonciation, le caractère total ou limité au chapitre 5 ou au chapitre 6 de cette dénonciation.

Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

Sous réserve des conditions de dénonciation ci-dessus énoncées, la dénonciation sera régie par les articles L 132-8 et suivants du code du travail.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat de prévoyance emportera de plein droit caducité du présent accord par disparition de son objet.

CHAPITRE 11. DEPOT-PUBLICITE

Conformément à la loi, le présent accord sera déposé en cinq exemplaires à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et en un exemplaire au secrétariat du greffe du Conseil des Prud'hommes.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel.

Fait à Paris, le 24 Février 2001

LES ORGANISATIONS SYNDICALES

Pour les sociétés

du Groupe France Télécom

> Pour la CFDT

J. Bernard
Secrétaire Générale Adjointe

> Pour la CFE-CGC

> Pour la CFTC



P. MOCHET
Secrétaire National
Secteur Télécoms

> Pour la CGT

> Pour FO

Bernard GINGREAU



> Pour SUD

Annexes jointes :

ANNEXE 1 : liste des sociétés adhérentes au régime interentreprises « COGECOM » signataires du présent accord

ANNEXE 2 : liste des sociétés adhérentes au régime interentreprises « FTSA » signataires du présent accord

ANNEXE 3 : descriptif des garanties de remboursement de frais de santé

ANNEXE 4 : descriptif des garanties « décès-incapacité-invalidité » et des conditions dans lesquelles les formules équivalentes sont choisies et modifiables.

ANNEXE 5 : mandatement de Monsieur Bernard BRESSON, Directeur des Ressources Humaines du Groupe France Télécom par les sociétés adhérentes aux régimes interentreprises signataires du présent accord

ANNEXE 6 : mandat des représentants des organisations syndicales signataires du présent accord

Annexe 1 : liste des sociétés adhérentes au régime interentreprises
« COGECOM » à la signature de l'accord cadre.

COMPUTER CHANNEL
F.T.M.I.
F.T. CABLE
F.T. INTERACTIVE
F.T. MULTIMEDIA SERVICE
WANADOO (EX FTM HOLDING)
WANADOO (Services PRO)
F.T. TERMINAUX
F.T.M.C.
QUESTEL
TESAM
VIDEOSPACE
MAPPY (EX.L.P.R.I.)
SAMSET
SETIB
TELEFACT
CITCOM
INTELMATIQUE
F.T. MULTIMEDIA EDUCATION
FTMS
CNTP
F.T. MULTIMEDIA EDITION
F.T. MOBILES DISTRIBUTION
PAGES JAUNES
CE PAGES JAUNES
PAGES JAUNES OUTREMER
MEDIATEL
EGORA
REGIE T France
S.D.R.
VIACCESS
E.G.T.
VISUAL TECHNOLOGY VIDEO
MOBILE
FRANCE 102 STUDIO
F.T. REPORTAGES
SFET
COGNACQ JAY IMAGE
TDF VIDEO SERVICE
EXPERTEL SERVICES ET FM
EXPERTEL CONSULTING
E : BUSINESS (EX. F.T.
HEBERGEMENT)

INNOVACOM SA
FRANCE CABLE ET RADIO
NEXUS INTERNATIONAL
NOLIS
POLYCOM
SATEL CONSEIL
SOFRECOM
TELEMATE
F.T.DEVELOPPEMENT
INTERNATIONAL
F.T. MARINE
COGECOM
NETCORE
FTMM2
W-HA

Annexe 2 : liste des sociétés adhérentes au régime interentreprises
«F.T.S.A. » à la signature de l'accord cadre.

FRANCE TELECOM SA
F.T. MOBILES S.A.
F.T. MOBILES LA REUNION
STELLAT

GARANTIES	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité Sociale et le cas échéant par tout autre organisme	
	Médecine conventionnée	Médecine non conventionnée (1)
FRAIS D'HOSPITALISATION (2)		
chirurgie	100% des frais réels	80% des frais réels
Hospitalisation médicale	dans la limite de 400% du remboursement de la SS	
forfait hospitalier	100% des frais réels	
frais de transport terrestre	100% des frais réels dans la limite du ticket modérateur	
chambre particulière et personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100% des frais réels dans la limite de 2,5% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, par jour (3)	
FRAIS DE MALADIE		
Consultation-Visite	100% des frais réels	90% des frais réels
. généraliste	dans la limite de : 3% du plafond mensuel S.S. (3)	dans la limite de : 2,5% du plafond mensuel S.S. (3)
. spécialiste	6% du plafond mensuel S.S. (3)	5% du plafond mensuel S.S. (3)
. professeur	9% du plafond mensuel S.S. (3)	8% du plafond mensuel S.S. (3)
Analyse - Pratique médicale courante	100% des frais réels	85% des frais réels
Electrothérapie - radiologie	dans la limite de 400% du remboursement de la S.S.	
Soins par auxiliaires médicaux	pour les soins dispensés à l'étranger	
Orthopédie, prothèse médicale	100% des frais réels	
Pharmacie	Dans la limite de 400% du remboursement Sécurité Sociale	
	100% des frais réels	
FRAIS DE CURES THERMALES acceptés par la Sécurité Sociale	1% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale (3), par jour, dans la limite de 21 jours	
FRAIS DENTAIRES		
soins dentaires	100% des frais réels dans la limite de 300% du remboursement S.S.	100% des frais réels dans la limite de 200% du remboursement S.S.
prothèses dentaires, orthodontie, acceptées par la Sécurité Sociale	100% des frais réels dans la limite de 350% du remboursement S.S.	
prothèses dentaires, orthodontie (enfant moins de 16 ans) refusées par la S.S.	80% des frais réels dans la limite de 300% du remboursement "fictif" de la Sécurité Sociale	
OPTIQUE		
Verres ou lentilles acceptés	100% des frais réels dans la limite de 18% du plafond mensuel SS (3) par personne et par an	
Montures	90% des frais réels dans la limite de 7% du plafond mensuel SS (3) par personne et par an	
Lentilles refusées (y compris lentilles jetables)	100% des frais réels dans la limite de 10% du plafond mensuel SS (3) par personne et par an	
FRAIS DE MATERNITE	forfait égal à 40% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale (3)	

(1) Médecine non conventionnée : les remboursements sont calculés en reconstituant ceux de la Sécurité Sociale sur la base de la médecine conventionnée.

(2) Sont exclus les frais de chirurgie esthétique et les frais d'hospitalisation pour accouchement (couverts par le forfait maternité)

(3) Valeur du plafond mensuel de la Sécurité Sociale à la date des soins : 14 950 F (2.279,11 E) valeur 2001.

Annexe 4 : descriptif des garanties « décès-incapacité-invalidité » et des conditions dans lesquelles les équivalences sont choisies et modifiables par le salarié

Dès la mise en place du nouveau régime ou dès sa date d'entrée dans l'entreprise, le salarié bénéficie des garanties de l'équivalence A.

LES CHOIX POSSIBLES

Les garanties peuvent être adaptées à la situation personnelle du salarié en deux étapes successives :

1^{er} niveau : Choix parmi l'une des 4 équivalences :

A : ce sont les garanties dont le salarié bénéficie à défaut d'un autre choix

B : équivalence capital

C : équivalence rentes de conjoint

D : équivalence rente pour enfant

2^{ème} niveau : Personnalisation : si l'une des équivalences B, C ou D a été retenue, le salarié a la possibilité, s'il le souhaite, d'augmenter (ou d'ajouter) une garantie et, en contrepartie, de diminuer (ou de supprimer) une autre garantie, suivant les possibilités offertes et à l'exclusion de toutes autres modifications.

L'équivalence A ne permet pas de personnalisation.

Un seul échange de garantie est possible dans le cadre des équivalences B, C ou D.

QUAND LE CHOIX DOIT-IL ETRE FORMULE ?

A la mise en place du régime ou à la date d'entrée dans l'entreprise, le salarié dispose d'un délai de deux mois pour choisir l'une des quatre équivalences.

Les salariés en arrêt de travail au moment de la mise en place du régime bénéficient des garanties de l'équivalence A ; ils pourront effectuer un autre choix au moment de la reprise de leur activité dans l'entreprise

QUAND LE CHOIX PEUT-IL ETRE MODIFIE ?

En cas de modification de la situation de famille du salarié, il lui est possible de modifier son choix, dans un délai de deux mois suivant l'événement : mariage, concubinage ou PACS, naissance, adoption ou nouvel enfant à charge, enfant n'étant plus à charge, divorce ou séparation, décès du conjoint ou d'un enfant, modification significative de la situation financière de la famille (chômage ou invalidité du conjoint,...)

A partir du 1^{er} janvier 2003, puis tous les deux ans (donc au 1^{er} janvier des années impaires), chacun des salariés peut modifier son choix à effet du 1^{er} janvier, dès lors qu'il le fait savoir à la CAPRICEL PREVOYANCE au cours du mois de décembre précédent.

1^{er} niveau : choix de l'équivalence

choix parmi 4 équivalences

GARANTIES	EQUIVALENCE A = régimes en vigueur en 2000	EQUIVALENCE B CAPITAL	EQUIVALENCE C RENTES DE CONJOINT	EQUIVALENCE D RENTE POUR ENFANT
DECES DU SALARIE				
Capital décès et capital invalidité 3 ^{ème} catégorie	300 % S	500 % S	200 % S	400 % S
Majoration par enfant à charge	80 % S	130 % S	-	80 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	300 % S + majoration enfant	500 % S	200 % S	480 % S
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	-	500 % S x taux infirmité	200 % S x taux infirmité	480 % S x taux infirmité
Rente pour enfant/enfant à charge/an	10 % S/an	-	-	30 % S/an
Rentes de conjoint/an : Temporaire : Versée à vie :	0,5 % S (âge - 25) S avec minimum de 25 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) 1 % (65 - âge) S		0,75 % (âge - 25) S avec minimum de 25 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) 1,50 % (65 - âge) S	
ARRET DE TRAVAIL				
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire Incapacité de travail (IJ) et rente invalidité 2 ^{ème} /3 ^{ème} catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{ère} catégorie)	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	-	100 % S	-	-
DECES D'UN PROCHE				
Allocation décès : . Conjoint/Concubin/PACS . Enfant à charge	20 % S 10 % S	20 % S 10 % S	20 % S 10 % S	20 % S 10 % S
FRAIS D'OBSEQUES	-	100 % PMSS	100 % PMSS	100 % PMSS

S : Salaire annuel brut
IJ : Indemnités Journalières

âge : âge du salarié au moment du décès
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 2 279,11 E en 2001 soit 14 950 F
PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

L'EQUIVALENCE A

Seule équivalence à associer de façon équilibrée tous les types de garanties : « Capital », « Rentes de conjoint », « Rente pour enfant », le choix de cette équivalence ne permet pas de personnalisation.

Elle correspond aux garanties en vigueur en 2000 au sein des filiales et de France Télécom S.A.

GARANTIES	EQUIVALENCE A = régimes en vigueur en 2000
DECES DU SALARIE	
Capital décès et capital invalidité 3 ^{ème} catégorie	300 % S
Majoration par enfant à charge	80 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	300 % S + majoration enfant
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	néant
Rente pour enfant/par enfant/an	10 % S/an
Rentes de conjoint/an : . rente temporaire avec minimum (rente versée à vie incluse) . rente versée à vie	0,5 % S (âge - 25) S minimum 25 % S 1 % (65 - âge) S
ARRET DE TRAVAIL	
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire	
Incapacité de travail (IJ) et rente invalidité 2 ^{ème} /3 ^{ème} catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{ère} catégorie)	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	néant
DECES D'UN PROCHE	
Allocation décès : . Conjoint/Concubin/PACS . Enfant à charge	20 % S 10 % S
FRAIS D'OBSEQUES	néant

L'équivalence A s'applique :

si elle est choisie par
le salarié

automatiquement aux
salariés en arrêt de travail
au moment de la mise en
place du régime

aux salariés recrutés tant
qu'ils n'ont pas fait
connaître leur choix

à défaut de choix
exprimé par le salarié

S : Salaire annuel brut
IJ : Indemnités Journalières
néant : la garantie n'existe pas

âge : âge du salarié au moment du décès
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 2 279,11 E en 2001 soit 14 950 F
PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

L'EQUIVALENCE B : CAPITAL

Cette équivalence privilégie les garanties sous forme de capital.
En contrepartie, elle ne prévoit ni rentes de conjoint, ni rente pour enfant.

Outre des capitaux décès majorés, elle comprend une garantie spécifique : le versement d'un capital au salarié atteint d'une invalidité totale.

2^{ème} niveau : PERSONNALISATION



Un seul échange possible

Le salarié peut, s'il le souhaite, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.



GARANTIES	EQUIVALENCE B CAPITAL	AUGMENTER une garantie ↓	EN DIMINUANT une autre garantie
	BASE Sans personnalisation		
DECES DU SALARIE			
Capital décès et capital invalidité 3 ^{ème} catégorie	500 % S	+ 100 % S	- 100 % S
Majoration par enfant à charge	130 % S	-	-
Capital supplémentaire en cas d'accident et Base du capital infirmité accidentelle si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	500 % S	+ 250 % S	- 250 % S
Rente pour enfant/enfant à charge/an	néant	+ 10 % S	-
Rentes de conjoint/an : · rente temporaire avec minimum (rente versée à vie incluse) · rente versée à vie	néant	+ 0,16 % (âge - 25) S minimum 8 % S + 0,33 % (65 - âge) S	-
ARRET DE TRAVAIL			
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire Incapacité de travail (IJ) et rente invalidité 2 ^{ème} /3 ^{ème} catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{ère} catégorie)	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net		- 10 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	100 % S	+ 100 % S	- 100 % S
DECES D'UN PROCHE			
Allocation décès : · Conjoint/Concubin/PACS · Enfant à charge	20 % S 10 % S	+ 20 % S + 10 % S	- 20 % S - 10 % S
FRAIS D'OBSEQUES	100 % PMSS	+ 100 % PMSS	- 100 % PMSS

S : Salaire annuel brut
IJ : Indemnités Journalières
néant : la garantie n'existe pas

âge : âge du salarié au moment du décès
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 2 279,11 E en 2001 soit 14 950 F
PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec l'assuré

L'EQUIVALENCE C : RENTES DE CONJOINT

Cette équivalence privilégie les rentes de conjoint : rente temporaire et rente versée la vie durant.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rente éducation et les capitaux en cas de décès sont réduits.

2^{ème} niveau : PERSONNALISATION



Un seul échange possible

Le salarié peut, s'il le souhaite, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.



GARANTIES	EQUIVALENCE C RENTE DE CONJOINT	AUGMENTER une garantie ↓	EN DIMINUANT une autre garantie
	BASE Sans personnalisation		
DECES DU SALARIE			
Capital décès et capital invalidité 3 ^{ème} catégorie	200 % S	+ 100 % S	- 100 % S
Majoration par enfant à charge	néant	-	-
Capital supplémentaire en cas d'accident et Base du capital infirmité accidentelle si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	200 % S	+ 200 % S	- 200 % S
Rente pour enfant/par enfant/an	néant	+ 10 % S	-
Rentes de conjoint/an : · rente temporaire avec minimum (rente versée à vie incluse)	0,75 % (âge – 25) S avec minimum de 25 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	+ 0,08 % (âge – 25) S minimum 25 % S	- 0,08 % (âge – 25) S minimum 25 % S
· rente versée à vie	1,50 % (65 – âge) S	+ 0,15 % (65 – âge) S	- 0,15 % (65 – âge) S
ARRET DE TRAVAIL			
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire Incapacité de travail (IJ) et rente invalidité 2 ^{ème} /3 ^{ème} catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{ère} catégorie)	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net		- 10 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	néant	+ 100 % S	
DECES D'UN PROCHE			
Allocation décès : · Conjoint/Concubin/PACS · Enfant à charge	20 % S 10 % S	+ 20 % S + 10 % S	- 20 % S - 10 % S
FRAIS D'OBSEQUES	100 % PMSS	+ 100 % PMSS	- 100 % PMSS

S : Salaire annuel brut
IJ : Indemnités Journalières
néant : la garantie n'existe pas

âge : âge du salarié au moment du décès
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 2 279,11 E en 2001 soit 14 950 F
PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

L'EQUIVALENCE D : RENTE POUR ENFANT

Cette équivalence associe une garantie importante en rente pour enfant et une augmentation des capitaux en cas de décès.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rentes de conjoint.

2^{ème} niveau : PERSONNALISATION



Un seul échange possible

Le salarié peut, s'il le souhaite, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.



GARANTIES	EQUIVALENCE D RENTE POUR ENFANT	AUGMENTER une garantie	EN DIMINUANT une autre garantie
	BASE sans personnalisation		
DECES DU SALARIE			
Capital décès et capital invalidité 3 ^{ème} catégorie	400 % S	+ 100 % S	- 100 % S
Majoration par enfant à charge	80 % S	-	-
Capital supplémentaire en cas d'accident et Base du capital infirmité accidentelle si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	480 % S	+ 250 % S	- 250 % S
Rente pour enfant/enfant/an	30 % S/an	+ 10 % S	- 10 % S
Rentes de conjoint/an : . rente temporaire avec minimum (rente versée à vie incluse) . rente versée à vie	néant	+ 0,16 % (âge - 25) S minimum 8 % S + 0,33 % (65 - âge) S	-
ARRET DE TRAVAIL			
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire Incapacité de travail (IJ) et rente invalidité 2 ^{ème} /3 ^{ème} catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{ère} catégorie)	au plus tôt après 45 jours 100 % du salaire net		- 10 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	néant	+ 100 % S	
DECES D'UN PROCHE			
Allocation décès : . Conjoint/Concubin/PACS . Enfant à charge	20 % S 10 % S	+ 20 % S + 10 % S	- 20 % S - 10 % S
FRAIS D'OBSÈQUES	100 % PMSS	+ 100 % PMSS	- 100 % PMSS

S : Salaire annuel brut

IJ : Indemnités Journalières

Néant : la garantie n'existe pas

âge : âge du salarié au moment du décès

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 2 279,11 E en 2001 soit 14 950 F

PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec l'assuré