Cfdt: métallurgie

GROUPE THALES
www.cfdt-thales.com

Hypothèque sur la santé !
Pourquoi la CFDT a-t-elle signé cet accord avec des réserves ?

La modification de notre régime de protection sociale était rendue nécessaire par :

- La mise en conformité de notre contrat par rapport au 100% santé.
- L'intégration des salariés de DIS, d'Ercom et de Suneris à notre contrat

La Direction ne s'est pas arrêtée là. Elle y a rajouté :

- Une amélioration des garanties dentaires,
- La mise en place d'une «surcomplémentaire», non responsable, obligatoire à 1€,
- Une baisse de cotisations Santé/Prévoyance.

Insuffisances de cet accord

Il manque la description des couvertures santé, dont les salariés n'ont aucune connaissance à travers cet accord. Qui plus est, comme elles ne sont pas strictement définies dans l'accord, cela laisse à l'assureur, comme à la Direction, la possibilité de les modifier pour rentrer dans l'enveloppe des cotisations.

Sur les prestations prévoyance, aucune description de :

⇒ Garanties Incapacité de travail – Invalidité (ancien art 26) dont :
- Incapacité Temporaire de Travail (anc. art 26-1)
- Invalidité (anc. art 26-2)
- Revalorisation (anc. art 26-3)

⇒ Règlement des indemnités journalières et de la rente d'invalidité (anc. art 26-4)

⇒ Garantie DECES – Régime de base obligatoire (anc. art 27)

⇒ Garantie DECES – Options complémentaires facultatives (anc. art 27)

⇒ Admission au bénéfice de l'assurance garantie Décès – Option complémentaires facultatives (anc. art 28)

Risques introduits par la surcomplémentaire non responsable

La «surcomplémentaire» non responsable risque d'introduire un compte de résultat du contrat dans le rouge dès la 1ère année avec :

⇒ Risque de disparition de l'aide financière à laquelle tous les salariés de Thales partant **à la retraite** peuvent prétendre.

⇒ Risque **d'augmentation** du niveau de **cotisations** à court terme.

⇒ Risque **de disparition de la reconnaissance « responsable »** du contrat santé principal, avec comme conséquences :
- **Augmentation des taxes** sur les cotisations (20,27% au lieu de 13,27%)
- Réintégration de la cotisation salariale dans l'impôt sur le revenu :
  - **diminution de votre salaire net,**
  - **risque de redressement fiscal des salariés**

S'engager pour chacun, agir pour tous

ACCORD RELATIF AUX GARANTIES FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE DU GROUPE THALES

Préambule

Depuis 2006, les salariés des sociétés du Groupe Thales bénéficient de garanties prévoyance et frais de santé responsable dans le cadre d'un dispositif collectif unique et obligatoire, répondant au souci de développer une protection sociale complète et uniforme pour l'ensemble des salariés du groupe, quelle que soit l'entreprise dont ils relèvent.

Ces régimes ont été étudiés afin :

- De pérenniser cette approche dans le contexte de l'intégration des nouvelles sociétés Thales DIS France, Thales DIS Design Services SAS et Ercom/Suneris au sein du Groupe au cours de l'année 2019 en France,
- D'améliorer les couvertures prévues au bénéfice de l'ensemble des salariés du Groupe, ainsi qu'une baisse de cotisation
- De mettre en conformité les dispositifs avec les nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

Les dispositifs formalisés dans le présent accord et dans le contrat d'assurance y afférent sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L242-1, L862-4, L871-1 et L911-7 du code de la sécurité sociale et de l'article 83,1° quater du code général des impôts ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

Section 1 : Dispositions communes à la santé et à la prévoyance

1.1 Objet de l'accord

Le présent accord définit la mise en place de garanties collectives obligatoires de remboursements de frais de santé et de garanties collectives obligatoires « incapacité, invalidité, décès » a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés des sociétés relevant du groupe Thales aux contrats d'assurances collectives souscrits par le groupe auprès d'un ou plusieurs organismes habilités.

Le dispositif comprend :

- Des couvertures familiales collectives obligatoires santé prévoyance dans les conditions prévues par le présent accord ;
- Des couvertures gros risques facultatives pour les actifs et pour le maintien des garanties en sortie de groupe dans les conditions prévues par les différents contrats d'assurances et dans les notices d'information remises aux salariés.

Les régimes santé et prévoyance sont souscrits auprès de Malakoff Humanis. Conformément à l'article L.912-2 du code de la sécurité sociale, l'entreprise devra réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date du présent accord. Cette disposition n'interdit pas, avant cette date, la modification du dispositif.

1.2 Portabilité

Les salariés dont le contrat est rompu garderont le bénéfice des garanties des régimes frais de santé responsable et prévoyance pendant leur période de chômage indemnisé en application des dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale dans les conditions et modalités prévues à cet article. Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues aux articles 2.4 et 3.4 du présent accord.

1.3 Information

1.3.1 Information individuelle

Chaque société du groupe remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, les notices d'information détaillées, établies par l'organisme assureur pour chacun des contrats, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés du groupe seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

1.3.2 Information collective

Conformément à l'article R.2312-22 du code du travail, le comité social et économique central sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties.

1.4 Commission et convention de suivi

Le contrat de prévoyance mis en place par le présent accord sera suivi et examiné en commun pour toutes les questions relatives à ce régime au sein de la commission paritaire technique du Groupe Thales.

1.4.1 Composition

La Commission est paritaire. Elle est composée de deux représentants par organisation syndicale représentative au niveau du Groupe et signataire du présent accord ainsi que d'un nombre égal de représentants de la Direction.

Le total des mandats sera réparti par moitié entre les organisations syndicales signataires et la Direction.

La répartition des mandats entre organisations syndicales signataires est effectuée en fonction des résultats obtenus aux dernières élections professionnelles intervenues au sein des sociétés comprises dans le périmètre de l'accord. Il sera fait application de la règle proportionnelle, avec la plus forte moyenne.

Les membres de la Commission sont désignés pour une durée de trois ans et le nombre de mandats n'est pas modifié pendant cette période, même en cas de remplacement.
Les décisions sont arrêtées au sein de la Commission à la majorité des 2/3ème des mandats.

1.4.2 Attributions

Les missions de la Commission paritaire technique des régimes obligatoires sont les suivantes :

- Examiner toute modification des régimes existants et de proposer si nécessaire d'effectuer toute étude sur l'évolution des contrats frais de santé et prévoyance ainsi que leurs modalités de gestion.
- Examiner les propositions de modifications concernant le fonctionnement et le financement des contrats, souhaitées par ses membres.
- Examiner périodiquement (au minimum 1 fois par an) les comptes de résultats des contrats santé et prévoyance et la répartition des excédents et prendre toute décision concernant son fonctionnement et son financement en liaison avec le ou les organismes assureurs.
- Représenter les adhérents et les participants aux contrats de prévoyance et de frais de santé du groupe Thales et des filiales adhérentes dans les relations avec les organismes paritaires qu'ils soient gestionnaires ou assureurs.
- Effectuer tous les contrôles nécessaires au fonctionnement des contrats.
- Les garanties des contrats de prévoyance et de frais de santé relevant du présent accord sont établies en considération des conditions de la législation fiscale, sociale et de la Sécurité sociale en vigueur à la date du présent accord. Si ultérieurement ces conditions venaient à être modifiées, la commission paritaire en examinera les conséquences sur les contrats.
- Informer les salariés sur le fonctionnement des contrats et leurs résultats.
- Être associé au choix de l'organisme assureur désigné à l'article 1.1 du présent accord et en particulier des modalités d'organisation de la mutualisation des risques (articulation et montant des garanties couvertes, taux de cotisation, fonctionnement du régime).

Les Instances représentatives du Personnel au niveau Groupe des différentes sociétés donnent explicitement mandat à cette commission pour opérer les adaptations nécessaires en particulier en ce qui concerne les prestations, les taux de cotisations et les garanties en liaison avec le ou les organismes assureurs.

1.4.3 Convention annuelle de suivi

Chaque année, une convention, organisée par la Direction du Groupe Thales, composée d'un maximum de 10 représentants par organisation syndicale représentative au niveau du groupe se réunira pour être informée et échanger sur l'application du dispositif dans les sociétés.

1.5 Participation aux résultats du contrat

Les éléments des comptes de résultats santé et prévoyance doivent prévoir une répartition des excédents et la constitution d'une provision d'égalisation en prévoyance et d'une réserve générale.
Le solde (positif ou négatif) de la réserve constituée au 31 décembre de l'exercice précédant la mise en œuvre du contrat relevant du présent accord sera transféré dans ce contrat.
Les dispositions figurent dans le contrat signé entre l'organisme assureur et le Groupe THALES.
Le principe de consolidation des comptes intègre toutes les entreprises adhérentes à la présente convention.

1.6 Fonds social

En plus de l'accès au fonds social financé par l'institution de prévoyance, le budget de 50.000 euros annuels dédie au fonds social Thales, prélevés sur le montant des réserves du régime est maintenu. Il est rappelé que le maintien du fonds social Thales au profit des salariés actifs et retraités de Thales,

AG GL SL

est conditionné à l'équilibre du régime frais de santé Thales. Ce fonds interviendra en complément de l'action sociale de l'institution de prévoyance.

Le fonds social Thales sera destiné à accompagner les salariés en grandes difficultés financières liées à des actes médicaux, paramédicaux, dettes, arriérés, situation sociale critique ... et sera composé d'un représentant par organisation syndicale signataire et d'un représentant de la Direction. Le paiement de ces aides sera assuré par l'organisme assureur.

Section 2 : Dispositif de remboursement des frais de santé

2.1 Salariés bénéficiaires

L'ensemble des salariés du groupe Thales tel que défini à l'article 4.1 du présent accord bénéficient d'un régime familial collectif obligatoire de frais de santé d'entreprise définit par le présent accord.

2.2 Adhésion et dispenses

L'adhésion à ce système de garanties des salariés visés à l'article 2.1 ci-dessus est obligatoire sans condition d'ancienneté.

Les salariés pourront se prévaloir des cas de dispenses d'adhésion d'ordre public prévus par les articles L.911-7 et L.911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les salariés suivants peuvent être dispensés d'adhérer au régime :

- Les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire en application des articles L.861-1 et suivants du code de la sécurité sociale (antérieurement salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire CMU-C en application de l'ancien article L.861-3 du code de la sécurité sociale et salariés bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ACS en application de l'ancien article L.863-1 du code de la sécurité sociale). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide.
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de l'embauche. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, à condition de le justifier dans les quinze premiers jours suivant leur embauche ou au plus tard un mois avant le 1er janvier de chaque année, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivants :

    - Couverture obligatoire au titre d'un dispositif de protection sociale complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale ;
    - Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
    - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 (CAMIEG) ;
    - Mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
    - Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats « Madelin ») ;
    - Régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
    - Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les salariés qui souhaitent être dispensés d'adhésion en application de l'un des cas de dispense, devront en faire la demande par écrit auprès de l'employeur en produisant les justificatifs nécessaires. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

2.3 Garanties

Les garanties telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime sont résumées, à titre d'information, dans le document joint à l'annexe 2. Elles relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur tout comme les modalités, limitations et exclusions de garantie.

2.4 Cotisations

2.4.1 Taux et assiette des cotisations

La cotisation destinée au financement du régime est fixée en pourcentage du salaire à :

- 3,14% de la tranche A
- 2,18% de la tranche B

Pour information, la tranche A correspond au salaire jusqu'à 1 plafond de la sécurité sociale et la tranche B, au salaire compris entre 1 et 4 plafonds de la sécurité sociale. Le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé chaque année par voie réglementaire.

La cotisation ouvre droit au bénéfice des garanties pour le salarié et ses ayants droit, tels que définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information remise aux salariés qui sont affiliés à titre obligatoire.

L'assiette des cotisations pour le personnel travaillant à temps partiel est calculée sur le salaire réel.

2.4.2 Répartition

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- Salariés affiliés à l'AGIRC
  - Part employeur : 50%
  - Part salarié : 50%
- Salariés non-affiliés à l'AGIRC
  - Part employeur : 55%
  - Part salarié :45%

2.4.3 Cotisation pour les ayants droit d'un salarié décédé(art 30.4 avenant 11)

Les ayants droit du participant décédé en activité bénéficient de la garantie Frais de santé des actifs pendant 12 mois, et ceci à compter du jour du décès du participant, sauf demande contraire expresse des ayants droit (demande écrite en recommandé avec accusé réception). La possibilité de ce maintien concerne uniquement les ayants droit du participant décédé affilié sur le contrat des Actifs.

AG SC G.L VM

Durant la période de maintien de 12 mois, le montant de la cotisation est du même niveau que la cotisation du mois précédant le décès et THALES continue à participer au financement du régime à hauteur de la répartition au moment du décès du participant :

La cotisation est calculée sur le salaire de base du mois précédant le décès du salarié (salaire de base uniquement, à l'exclusion de la prise en compte du 13èmois, de la prime d'ancienneté ou de la rémunération variable, ou de toute prime).

2.4.4 Modification de l'économie du régime

Il est expressément convenu que l'obligation de l'employeur se limite au seul paiement de la part patronale de la cotisation mentionnée ci-dessus pour son montant et son taux arrêtés ci-dessus.
En conséquence en cas de déséquilibre du régime, dû notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistre à prime, l'obligation de l'employeur sera limitée au paiement de la cotisation ci-dessus.

Toute modification du taux de cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation entre les partenaires sociaux.

A défaut d'avenant au présent accord, les garanties seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur de telle sorte que le budget des cotisations défini suffise au financement du dispositif.

2.5 Dispositions spécifiques aux retraités du groupe Thales

La Direction de Thales et les organisations syndicales décident d'instaurer un système de solidarité intergénérationnel permettant aux salariés du Groupe d'opter pour l'un des deux régimes « Bigorre » ou « Vanoise » proposés par le Groupe Malakoff Humanis lors de leur départ en retraite.

Ils bénéficieront, pendant une période de cinq ans courant à partir de leur adhésion à l'un des deux régimes, d'un allègement de leurs cotisations frais de santé sur les régimes « Bigorre » et « Vanoise » proposés par le groupe Malakoff Humanis.

Le bénéfice de cet allègement est accordé à la condition exclusive que le salarié, sous contrat de travail Thales au moment de son départ en retraite, adhère, dans les trois mois qui suit sa liquidation de retraite, à l'un des deux régimes « Vanoise » ou « Bigorre ».

Le montant mensuel de l'allègement tient compte de l'option choisie dans le cadre des contrats « Bigorre » ou « Vanoise » individuel ou familial, soit :

. Pour tous les salariés étant partis en retraite avant le 1er janvier 2019 :

- 60 euros par mois pour un contrat individuel,
- 90 euros par mois pour un contrat familial.

. Pour tous les salariés partis en retraite depuis le 1er janvier 2019 et postérieurement :

Pour le Régime Vanoise

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
Individuelle	110 euros	85 euros	60 euros	35 euros	10 euros
Familiale	160 euros	125 euros	90 euros	55 euros	20 euros

Pour le Régime Bigorre

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
Individuelle	95 euros	90 euros	70 euros	35 euros	10 euros
Familiale	160 euros	125 euros	90 euros	55 euros	20 euros

En cas de décès du retraité au cours de la période considérée, la cotisation du conjoint, si ce dernier maintient sa couverture santé dans l'un des deux régimes précités, continuera à bénéficier de cet allègement.

L'allègement de cotisations sera financé par un prélèvement sur la réserve « mise à disposition du régime » résultant du contrat de prévoyance Thales. Ce prélèvement annuel sera versé dans une réserve dite « réserve spéciale », gérée par le Groupe Malakoff Humanis, qui effectuera les allègements de cotisations correspondant pour chaque nouvel assuré retraité relevant des contrats « Bigorre » ou « Vanoise ».

Dans ce cadre, il sera proposé à la réunion de la commission paritaire technique de constituer une réserve spéciale définie pour les régimes « Bigorre » ou « Vanoise » afin de permettre la mise en place du dispositif de solidarité intergénérationnelle.

Sous réserve d'une éventuelle évolution de la réglementation, le maintien de cette modalité de solidarité sera conditionné à l'équilibre du dispositif afin d'en garantir sa pérennité. Pour ce faire, la Commission paritaire technique veillera à ce que le montant de la réserve à disposition du régime ne puisse pas être inférieur à une couverture du risque représentant au minimum 14 mois de la cotisation décès.

Afin de suivre, année par année, l'évolution de la « réserve spéciale », la Commission paritaire technique prévue par l'article 1.5 du présent accord, examinera les résultats du contrat ainsi que le niveau de la réserve « mise à disposition du régime » et l'évolution de la « réserve spéciale ». La commission paritaire se réunira pour prendre l'ensemble des dispositions nécessaires au cas où le taux de couverture du risque précité serait susceptible d'être atteint ou en cas d'évolution des couvertures complémentaires santé proposés pour les régimes « Bigorre » ou « Vanoise ».
Ainsi, dès lors que les critères de risques décrits ci-dessus seraient atteints, la commission prendra chaque année l'ensemble des dispositions nécessaires pour modifier ou arrêter le dispositif de solidarité intergénérationnelle ou examiner d'autres évolutions.

2.6 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou sans rémunération, ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité,

congés sans solde, CET, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice des régimes frais de santé pour le salarié concerné.
Ainsi, les garanties frais de santé sont maintenues à titre gratuit pour les salariés ne percevant plus de salaire et bénéficiant, au titre du présent accord, des indemnités d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité et à conditions que le régime frais de santé soit souscrit auprès du même organisme assureur.

Section 3 Dispositif de prévoyance

3.1 Salariés bénéficiaires

L'ensemble des salariés du groupe Thales tel que défini à l'article 4.1 du présent accord bénéficient d'un régime collectif de prévoyance d'entreprise déterminé par le présent accord.

3.2 Adhésion

L'adhésion à ce système de garanties des salariés visés à l'article 2.1 ci-dessus est obligatoire sans condition d'ancienneté.

3.3. Garanties

Les garanties telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime sont résumées dans le document joint à l'annexe 3. Toutefois, elles ne constituent pas un engagement pour l'entreprise qui n'est tenue qu'au seul paiement des cotisations et, a minima, au respect de ses obligations légales et conventionnelles en la matière. Elles relèvent, en conséquence de la seule responsabilité de l'organisme assureur tout comme les modalités, limitations et exclusions de garantie.

3.4 Cotisations

3.4.1 Taux et assiette des cotisations et répartition

	Ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC			Ensemble du personnel affilié à l'AGIRC		
	Taux global	Part salariale	Part patronale	Taux global	Part salariale	Part patronale
RISQUE DECES						
Tranche A	0,760%	0,260%	0,500%	0,760%	0,000%	0,760%
Tranche B	0,048%	0,020%	0,028%	0,048%	0,048%	0,000%
Tranche C				0,616%	0,616%	0,000%
RISQUE INCAPACITE/INVALIDITE						
Tranche A	0,740%	0,240%	0,500%	0,740%	0,000%	0,740%
Tranche B	0,632%	0,280%	0,352%	0,632%	0,632%	0,000%
Tranche C				1,134%	1,134%	0,000%
TOTAL						
Tranche A	1,500%	0,500%	1,000%	1,500%	0,000%	1,500%
Tranche B	0,680%	0,300%	0,380%	0,680%	0,680%	0,000%
Tranche C				1,750%	1,750%	0,000%

Pour information, la tranche A correspond au salaire jusqu'à 1 plafond de la sécurité sociale, la tranche B, au salaire compris entre 1 et 4 plafonds de la sécurité sociale et la tranche C au salaire

AG SC G-L VN

compris entre 4 et 8 plafonds de la sécurité sociale. Le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé chaque année par voie réglementaire.

3.4.2. Assiette de cotisation pour les salariés ne travaillant pas à temps plein

L'assiette des cotisations pour le personnel travaillant à temps partiel, temps réduit, temps choisi ou bénéficiaires de formules diverses de réduction du temps de travail sera la suivante:

- DECES
  - GROS RISQUES RÉGIME OBLIGATOIRE : cotisation calculée sur le salaire temps plein sauf si le salarié ne le souhaite pas, dans ce cas l'assiette du salaire réel sera appliquée.
  - OPTIONS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES: le principe retenu est le même que pour le régime obligatoire sauf pour les garanties rente de conjoint (options fermées) pour lesquelles le salarié cotise obligatoirement sur son salaire temps plein.
- Incapacité – Invalidité

Cotisation calculée sur le salaire réellement perçu par le salarié au titre de son activité à temps partiel

3.4.3 Pilotage du régime

Il est expressément convenu que l'obligation de l'employeur se limite au seul paiement de la part patronale de la cotisation mentionnée ci-dessus pour son montant et son taux arrêtés ci-dessus.
En conséquence en cas de déséquilibre du régime, dû notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistre à prime, l'obligation de l'employeur sera limitée au paiement de la cotisation ci-dessus.
Toute modification du taux de cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation entre les partenaires sociaux.

A défaut d'avenant au présent accord, les garanties seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur de telle sorte que le budget des cotisations défini suffise au financement du dispositif.

3.5 Revalorisation des rentes en cours de service

Conformément à l'article L.912-3 du code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente), continueront à être revalorisées. Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié. Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

3.6 Maintien des garanties à titre onéreux

La garantie « décès » est maintenue pendant un mois pour les salariés qui ne bénéficiaient pas de la portabilité dans les conditions de l'article 1.2 du présent accord. La cotisation (ventilée part patronale/part salariale) est prélevée sur le dernier bulletin de salaire.

MG SL G-L VM

3.7 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou sans rémunération, ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, congés sans solde, CET, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du régime de prévoyance pour le salarié concerné.

Dans cette hypothèse, l'employeur maintiendra ses différentes contributions conformément à l'article 3.4 du présent accord. Le salarié devra acquitter la part salariale des cotisations calculée selon les règles prévues par le présent accord.
Les garanties décès sont maintenues à titre gratuit pour les salariés ne percevant plus de salaire et bénéficiant, au titre du présent accord, des indemnités incapacité temporaire de travail ou invalidité prévues par le régime de prévoyance.

Il est rappelé en outre que, en application et sous les conditions des articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation du contrat est sans effet sur la poursuite de l'indemnisation ou en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité telle que définie dans le contrat.

Section 4 - Fonctionnement du présent accord

4.1 Périmètre de l'accord

Le présent accord est applicable dans l'ensemble des entités relevant du périmètre du groupe tel que défini à l'annexe 1 conformément à l'article L.2232-30 du code du travail.
En cas d'intégration d'une nouvelle société française au sein du groupe Thales, les parties signataires s'engagent, dans un délai de six mois et sous réserve de l'adaptation des dispositions conventionnelles en vigueur dans cette société, à conclure un avenant formalisant l'entrée de celle-ci dans le périmètre de l'accord.

4.2 Durée de l'accord

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 1er janvier 2020.
Il substitue toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, d'accords ratifiés à la majorité des intéressés, de décisions unilatérales ou de toute autre pratique en vigueur dans les entreprises rentrant dans le périmètre du groupe tel que défini à l'article 1.4 du présent accord.

4.3 Révision

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2222-6 et L.2261-7 à L.2261-13 du code du travail.
Conformément aux articles L.2222-5 et L2261-7-1 du code du travail, sont habilités à engager la procédure de révision du présent accord :

- Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord et signataires ou adhérentes de cet accord ;

- A l'issue de cette période, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord.

JC G-L VN

Elle sera notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres syndicats représentatifs dans le champ d'application de l'accord.
L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.
L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

4.4 Dénonciation

Conformément aux articles L.2222-6 et L.2261-9 et suivants du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.
La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L.2261-9 du code du travail. Une nouvelle négociation s'engage, à la demande d'une des parties intéressées, dans les trois mois qui suivent le début du préavis. Elle peut donner lieu à un accord, y compris avant l'expiration du délai de préavis.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois. 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 ci-après annexé, entraînera de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

4.5 Dépôt de l'accord

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le texte du présent accord sera notifié à l'ensemble des Organisations syndicales représentatives au niveau du Groupe et déposé par la Direction des Ressources Humaines du Groupe sous forme électronique, en un exemplaire PDF signé et un exemplaire sous format Word anonymisé, sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail et en un exemplaire au Secrétariat du Greffe du Conseil des Prud'hommes de Nanterre.

Fait à Courbevoie, en 6 exemplaires, le 20 décembre 2019

Pour la Société Thales : *Pierre GROISY, Directeur des Ressources Humaines France du Groupe, en sa qualité d'employeur de l'entreprise dominante*			
Pour les Organisations Syndicales représentatives au niveau du Groupe, les coordonnateurs syndicaux centraux :			
CFDT *Anne COGNIEUX* NB : sous réserve des éléments joints en annexe.	CFE-CGC *José CALZADO*	CFTC *Véronique MICHAUT*	CGT *Grégory LEWANDOWSKI* P.o L. Lewandowski

Annexe 1 - Périmètre d'application de l'accord

GBU AVS
Thales AVS France SAS
Thales Avionics Electrical Motors SAS
Thales Avionics Electrical Systems SAS
Trixell

GBU DMS
Thales DMS France SAS
UMS SAS

GBU LAS
Thales LAS France SAS

GBU SIX
Gerac SAS
Thales SIX GTS France SAS
Thales Services SAS
RCS France SAS
Ercom
Suneris

GBU ESPACE
Thales Alenia Space SAS
Thales Seso SAS

GBU DIS
Thales DIS France SA
Thales DIS DESIGN SERVICES SAS

Entités Corporate
Thales S.A.
Thales International SAS
Geris Consultants SAS
Thales Global Services SAS
Thales Digital Factory SAS

Annexe 2

Résumé des garanties frais de santé auquel se substituera la notice d'information une fois qu'elle aura été communiquée à l'employeur.

THALES

Ensemble du Personnel

Contrat santé responsable obligatoire 2020

GARANTIES SANTE / Régime Général à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale sauf en optique)	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné *)	**Régime Socle**
Honoraires - DPTAM	100 % FR
Honoraires - hors DPTAM	200% BR
Frais de séjour	100 % FR
Chambre particulière	3,5% PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5% PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	prise en charge
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné *)	
Consultations et visites, généralistes - DPTAM	250% BR
Consultations et visites, généralistes - hors DPTAM	200% BR
Consultations et visites, spécialistes - DPTAM	450% BR
Consultations et visites, spécialistes - hors DPTAM	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - DPTAM	100% FR
Petite chirurgie et actes de spécialité - hors DPTAM	200% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - DPTAM	100% FR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - hors DPTAM	200% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100% FR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100% FR
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95% FR (Mini : 100%BR)
Autre appareillage remboursé par la SS (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I, II et III...)	450% BR
AIDES AUDITIVES	
***Équipement Prothèses auditives 100 % Santé** (classe I)*	**sans reste à charge pour l'assuré**
Équipement Prothèses auditives autres que 100% Santé ** (classe II)	
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	450% BR dans la limite de 1700€/oreille
Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR ou TFR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS	100% FR

AC DC GL VM

THALES

Ensemble du Personnel

Contrat santé responsable obligatoire 2020

GARANTIES SANTE / Régime Général à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale sauf en optique)	
FRAIS D'OPTIQUE	Régime Social
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans). Remboursement maximum pour la monture de 100€.	
Équipement 100 % Santé** (classe A)	
Verres et montures (y compris l'examen de la vue par l'opticien)	**sans reste à charge pour l'assuré**
Équipement autre que 100 % Santé** (classe B)	
(a) Equipement avec 2 verres simples (3)	420 €
(b) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) (3)	560 €
(c) Equipement avec 2 verres complexes (3)	700 €
(d) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) (3)	610 €
(e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) (3)	750 €
(f) Equipement avec 2 verres très complexes (3)	800 €
Lentilles remboursées par la SS	100% BR + 12%PMSS/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	12% PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50% FR limité à 20% du PMSS/œil plus en complément si restant à charge 60% FR limité à 600€/œil
FRAIS DENTAIRES	
Soins et prothèses 100 % Santé**	**sans reste à charge pour l'assuré**
Soins autres que 100 % Santé**	
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470% BR
Prothèses autres que 100 % Santé**	
Inlays onlays remboursés par la SS à tarifs maîtrisés	500% BR
Inlays-onlays remboursés par la SS à tarifs libres	500% BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées par la SS à tarifs maîtrisés : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Inlay-Cores - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Prothèses dentaires provisoires	 550% BR 370% BR 550% BR 550% BR 550% BR 810% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS à tarifs libres : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Inlay-Cores - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Prothèses dentaires provisoires	 550% BR 370% BR 550% BR 550% BR 550% BR 810% BR tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes - Bridges - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	 18,6% du PMSS par acte 48,9% du PMSS par acte 2,2% du PMSS par acte
Orthodontie remboursée par la SS	550% BR
Orthodontie non remboursée par la SS -18 ans	550% BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la SS +18 ans	50% FR limité à 250% BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la SS	50% FR limité à 10% du PMSS/an/personne
Endodontie non remboursée par la SS	50% FR limité à 10% du PMSS/an/personne
Implant	65% FR limité à 25% du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit : Implant : 65% FR limité à 15% du PMSS/implant limité à 6/an/personne Pilier implantaire : 65% FR limité à 10% du PMSS/pilier limité à 6/an/personne
Pilier implantaire	
Régénérescence osseuse dans le cadre de la pose d'un implant	300 € par implant dans la limite de 40% PMSS/an/bénéficiaire
Radiologie non remboursée dans le cadre de la pose d'un implant	100 € par implant/an/bénéficiaire

AG JC GL VM

THALES

Ensemble du Personnel

Contrat santé responsable obligatoire 2020

GARANTIES SANTE / Régime Général à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale sauf en optique)	
AUTRES SOINS	**Régime Socle**
Cure thermale remboursée par la SS : honoraires et soins	12% PMSS/an/bénéficiaire
Analyses HN	50% FR limité à 4% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60% FR limité 120€/an/bénéficiaire
Radiologie HN	50% FR limité à 4% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70% FR limité à 70€/acte dans la limite de 300€/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la S.S.	50% FR limité à 4% du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue	50% FR limité à 7% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60% FR limité à 45€/séance dans la limite de 450€/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue pour enfant	50% FR limité à 7% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 65% FR limité à 50€/séance dans la limite de 950€/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières	50% FR limité à 7% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70% FR limité à 50€/séance dans la limite de 400€/an/bénéficiaire
Etiopathie	17% PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	100% FR
Traitement anti-tabac remboursé par la SS	70% FR limité à 150€/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la SS	80% FR limité à 60€/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50% FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale [2]	100% FR

[1] En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

[2] Les actes de prévention pris en charge sont :
-Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les

[3] Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.
Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

BR (ou BRSS) : Base de remboursement de la sécurité sociale

DPTAM - Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO…)

FR : Frais réels

MR : Montant de remboursement

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale

SS : Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de remboursement

TM : Ticket modérateur

AG SC GC VN

Annexe 3

Résumé des garanties prévoyance auquel se substituera la notice d'information une fois qu'elle aura été communiquée à l'employeur.

THALES

Ensemble du Personnel

Contrat prévoyance 2020

GARANTIES PREVOYANCE / Régime Général à adhésion obligatoire

▸ Montant des prestations

	Option 1 Capital seul	Option 2 Capital + Rente éducation
	Garanties exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence TA/TB/TC	
CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)*		
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge**	250 %	-
Marié ou lié par un PACS sans enfant à charge**	300 %	-
Célibataire, veuf, divorcé, marié, pacsé avec un enfant à charge**	360 %	150 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge**	60 %	-
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel	+ 200 % du salaire annuel brut	
Double effet (en cas de décès simultané du conjoint et du participant)	+ 50 % des capitaux décès prévus pour l'option 1	
Allocation pour frais d'obsèques (en cas de décès du participant, de son conjoint ou de son partenaire PACS, ou d'un enfant à charge**)	75 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale***	
RENTE ÉDUCATION (par an et par enfant à charge)**		
De 0 à moins de 11 ans	-	10 %
De 11 ans à moins de 19 ans	-	15 %
De 19 à moins de 21 ans (ou 26 ans si études)	-	20 %
Enfant handicapé avant 25 ans le privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunérée, sans limite d'âge	-	Maintien de la dernière rente à 20 %

* En cas d'IAD, versement anticipé du capital décès ou versement anticipé du capital décès et de la rente éducation
** En application de la définition des personnes à charge en page 3.
*** Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de survenance du décès

▸ Montant des prestations

	Option 1	Option 2
	Garanties exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence TA/TB/TC	
Rente Handicap (par an et par enfant handicapé)	6 000 € annuels	
Rente temporaire de conjoint	8 %	

AC JC GL VM

THALES

Ensemble du Personnel

Contrat prévoyance 2020

GARANTIES PREVOYANCE / Régime Général à adhésion obligatoire

Options complementaires facultatives

Le participant peut choisir d'adhérer à une ou deux garanties supplémentaires.

Conditions de souscription et de renonciation à des options supplémentaires facultatives

La souscription de ces options supplémentaires facultatives décès peut être effectuée lors de la survenance des événements et selon les délais indiqués ci-après. Si ce délai est respecté, la souscription est acceptée sans formalité médicale.

À défaut, des formalités médicales sont obligatoires et peuvent entraîner une acceptation avec effet différé, ou un refus.

	Événements						
	Mise en place du contrat ou embauche (postérieure à la mise en place du contrat)		Changement de situation de famille (naissance, adoption, mariage, conclusion d'un PACS, divorce, dissolution d'un PACS, enfant cessant d'être à charge)		Autres événements ou non respect des délais de souscription	Renonciation*	
Garanties	Délai de souscription	Date d'effet	Délai de souscription	Date d'effet	Date d'effet des cotisations et des garanties	Délai pour renoncer	Date d'effet de la renonciation
Capital décès supplémentaire Capital décès supplémentaire accidentel	2 mois	Date d'affiliation ou Date d'embauche	2 mois	1er jour du mois suivant l'événement	Avec formalités médicales 1er jour du mois suivant l'acceptation de la demande	À tout moment	1er jour du mois suivant la demande

** En cas de renonciation, la possibilité de souscrire à nouveau n'est ouverte qu'en cas de changement de situation de famille.*

Les cotisations correspondant à ces options supplémentaires facultatives sont à la charge exclusive du participant.

Montant des prestations

	Garanties exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence TA TB
	Choix entre 4 options facultatives
Capital décès toutes causes*	+ 100 % + 200 % + 300 % + 400 %
Capital décès accidentel	Capital décès supplémentaire + 100 %

** Ce capital est majoré de 10 % par enfant à charge à due proportion du capital choisi dans la limite de 2 enfants.*

Montant des prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail

Les indemnités journalières sont calculées en pourcentage du salaire journalier de base (30e du salaire mensuel de référence, voir définition page 3) et sont fonction de la situation de famille :

Situation de famille	Pourcentage du salaire journalier de base
Sans enfant à charge*	80 %
Avec 1 enfant à charge*	85 %
Avec 2 enfants à charge*	90 %
Avec 3 enfants à charge*	95 %

* Enfants à charge (tels que définis en page 3) au moment de l'arrêt de travail et en cours d'indemnisation.

Situation de l'invalidité	Pourcentage du SAR
1re catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) d'un taux compris entre 33 % et 50 %	60 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* (maximum 3 enfants)
En cas de reprise d'activité à temps partiel	75 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* (maximum 3 enfants)
2e catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) d'un taux supérieur à 50 % (maximum 3 enfants)	80 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* (maximum 3 enfants)
3e catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) avec allocation pour tierce personne	100 %

* Enfants à charge (tels que définis en page 3) au moment de l'arrêt de travail et en cours d'indemnisation.

AG SC G.L VA

RESERVES CFDT

A l'accord relatif aux garanties frais de santé et prévoyance du Groupe Thales

---

La CFDT est signataire de cet accord, sous réserve que les descriptions des couvertures Décès/Incapacité/Invalidité soient portées dans les notices Malakoff Humanis, et sous réserve que la mise en place de l'accord surcomplémentaire santé ne remette pas en cause la qualification responsable du contrat santé de base.

Anne Cognieux
Inter-Centre Groupe CFDT