

CGI France SAS

**CGI**

**Accord de protection sociale**

L'Entreprise CGI France SAS dont le siège social est situé 17 Place des Reflets – 92400 Courbevoie, RCS 702 042 755, représentée par Monsieur Benoît FROMENT en sa qualité de Vice-Président Ressources Humaines, en vertu des mandats dont il dispose à cet effet,

ci-après dénommée « l'Entreprise »,

d'une part,

ET

- L'organisation syndicale F3C-CFDT représentée par Monsieur Arnaud DEGROISE en sa qualité de délégué syndical central de l'UES ;
- L'organisation syndicale CFTC représentée par Monsieur Patrick RENAULT en sa qualité de délégué syndical central de l'UES ;
- Le syndicat CGT représenté par Monsieur Jean-Pierre BAROUKHEL-MOUREAU en sa qualité de délégué syndical central de l'UES ;
- L'organisation syndicale CFE-CGC représentée par Monsieur Youval AMSELLEM en sa qualité de délégué syndical central de l'UES ;

d'autre part,

**Il est convenu l'accord ci-après**

YA

JPB

PR

BP

A) 1

## **Sommaire**

<b>Article 1. Objet de l'accord collectif</b> .....	3
<b>Article 2. Champ d'application de l'accord collectif</b> .....	3
<b>Article 3. Adhésion aux régimes de complémentaire santé et de prévoyance</b> .....	4
<b>Article 4. Dérogation possible à l'adhésion obligatoire au régime de complémentaire santé</b> 4	
<b>Article 5. Prestations</b> .....	5
<b>5.1 Principes</b> .....	5
<b>5.2 Le sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail</b> .....	5
<b>5.2.1 Régime de complémentaire santé</b> .....	5
<b>5.2.2 Régime de prévoyance</b> .....	6
<b>5.3 Le sort des garanties de prévoyance en cours en cas de changement d'assureur</b> .....	7
<b>Article 6. La portabilité des garanties</b> .....	7
<b>6.1 Régime de complémentaire santé</b> .....	7
<b>6.2 Régime de prévoyance</b> .....	8
<b>Article 7. Cotisations</b> .....	8
<b>7.1 Taux, assiette, ventilation éventuelle des cotisations</b> .....	8
<b>7.1.1. Régime de complémentaire santé</b> .....	8
<b>7.1.2. Régime de prévoyance</b> .....	10
<b>7.2 Evolution ultérieure de la cotisation</b> .....	10
<b>Article 8. Equilibre économique du régime</b> .....	11
<b>Article 9. Commission Protection Sociale</b> .....	11
<b>Article 10. Information des salariés</b> .....	12
<b>10.1 Information individuelle</b> .....	12
<b>10.2 Information collective</b> .....	12
<b>Article 11. Substitution, durée, modification, dénonciation</b> .....	12
<b>Article 12. Adhésion</b> .....	14
<b>Article 13. Dépôt de l'accord de protection sociale et publicité</b> .....	14
<b>ANNEXES communiquées à titre informatif</b> .....	15

YA m  
JEBM  
SF<sup>2</sup>  
A

## Préambule

Les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et la direction se sont réunies afin de réviser le dispositif de protection sociale en vigueur dans l'entreprise en application de l'accord d'entreprise de protection sociale complémentaire en date du 18 octobre 2007 et de ses différents avenants n°1 à 6.

Compte tenu des évolutions de la réglementation, il est apparu notamment que les stipulations de l'accord collectif du 18 octobre 2007 et de ses différents avenants ne répondaient plus aux exigences du cahier des charges des contrats dits « responsables » en matière de couverture « frais de santé » (Loi du 23 décembre 2013, complétée par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 « relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales » entrant en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 au plus tard), ceci exposant les salariés et l'entreprise au risque de perdre le bénéfice des exonérations sociales attachées au financement de ce dispositif.

L'objectif recherché par les parties est de mettre en place, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, un régime collectif de complémentaire santé et de prévoyance offrant aux salariés des garanties de qualité au meilleur coût sur le long terme grâce à la mutualisation des risques.

Ces régimes ont ainsi été étudiés afin de :

- permettre le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière de frais de santé et de prévoyance ;
- mettre en conformité leurs dispositions avec les nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

C'est dans ce cadre que les dispositions relatives à l'option facultative « régime plus » du régime Frais de Santé ne figurent pas dans le présent accord et seront reprises dans un document distinct.

Le régime Frais de Santé et le contrat d'assurance y afférents sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.242-1 alinéas 6 et 8, L.862-4, L.871-1 et L.911-7 du code de la sécurité sociale et de l'article 83, 1<sup>o</sup> quater du code général des impôts, ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

Le régime Prévoyance et le contrat d'assurance y afférents sont mis en œuvre conformément aux prescriptions de l'article L.242-1 alinéas 6 et 8 du code de la sécurité sociale et de l'article 83, 1<sup>o</sup> quater du code général des impôts, ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

### **Article 1. Objet de l'accord collectif**

Le présent accord a pour objet de mettre en place et maintenir des prestations complémentaires à celles de la sécurité sociales pour les bénéficiaires et leurs ayants droit, concernant les garanties de:

- Complémentaire santé (Cf., à titre indicatif annexe 1 )
- et de Prévoyance (Cf., à titre indicatif annexe 2).

### **Article 2. Champ d'application de l'accord collectif**

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés de l'Entreprise CGI France SAS, sans condition d'ancienneté.

JPB1

4A BF

3

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel aux contrats collectifs d'assurance, de complémentaire santé et de prévoyance, souscrit à cet effet par l'Entreprise CGI France SAS auprès d'un ou plusieurs organismes habilités, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées à titre informatif.

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la Sécurité Sociale, les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur.

À cet effet, elles se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance quinquennale précitée à l'initiative de la partie la plus diligente.

### **Article 3. Adhésion aux régimes de complémentaire santé et de prévoyance**

L'adhésion au régime de complémentaire santé et au régime de prévoyance est obligatoire pour les salariés visés à l'article 2 du présent accord, et ceux-ci ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

### **Article 4. Dérogation possible à l'adhésion obligatoire au régime de complémentaire santé**

L'adhésion à ce système de garanties des salariés visés à l'article 2 est obligatoire sans condition d'ancienneté sous réserve des dispositions légales et réglementaires relatives aux cas de dispense en vigueur à la date du présent accord rappelées ci-dessous et tant qu'elles seront en vigueur.

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

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit, en produisant tout document, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.
- Les salariés bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'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 la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, à condition de le justifier dans les quinze premiers jours suivant leur embauche ou au plus tard le 30 novembre de chaque année, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivant :
  - 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 ;

YA AL  
BF  
4

JRB

- 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 de ces 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.

Les salariés précités seront affiliés à titre obligatoire au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire.

Toute demande de dérogation incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entrainera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif de remboursement de frais de santé.

## **Article 5. Prestations**

### **5.1 Principes**

Les prestations prévues par les contrats d'assurance, et annexées à titre informatif au présent accord (annexes 1 et 2 données à titre indicatif), ont été élaborées par accord des parties aux contrats d'assurance.

En aucun cas, les prestations ne sauraient constituer un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité du ou des organisme(s) assureur(s).

Ces dernières sont susceptibles d'être modifiées ultérieurement en fonction notamment des évolutions de la réglementation. Toute modification sera présentée pour information à la Commission de Protection Sociale et sera négociée avec les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise.

Les présents régimes de complémentaire santé et de prévoyance, ainsi que les contrats d'assurance sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.242-1, alinéa 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, et 83 1° quater du Code général des impôts et respectent en conséquence les nouvelles exigences des contrats dits « responsables » en matière de remboursement de frais de santé.

### **5.2 Le sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

#### **5.2.1 Régime de complémentaire santé**

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

51

JA JPM PR BF

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au 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 (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc, ...), la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et la suspension du financement patronal de cette couverture.

Les salariés en suspension de contrat de travail pour convenance personnelle, pourront bénéficier, du régime complémentaire santé prévu, s'ils en font la demande avant la date de suspension volontaire de leur contrat de travail, et moyennant le versement de l'intégralité de la cotisation prévue à l'article 7 du présent accord (part salariale et part patronale). La société communiquera au salarié la procédure à suivre pour formaliser ce choix.

#### **En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur**

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au 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 etc..), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

#### **5.2.2 Régime de prévoyance**

#### **En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur**

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au 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 (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc..), la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et la suspension du financement patronal de cette couverture.

Les salariés en suspension de contrat de travail pour convenance personnelle, pourront cependant à titre facultatif, maintenir les garanties décès du régime complémentaire prévoyance des actifs (formules A B et C uniquement). Ils doivent en faire la demande avant la date de suspension volontaire de leur contrat de travail, et moyennant le versement de la cotisation prévue. La société communiquera au salarié la procédure à suivre pour formaliser ce choix. La cotisation est à la charge intégrale du salarié et correspond au coût de la cotisation du risque décès du contrat (capital et rentes). Ce taux sera communiqué par l'organisme assureur. Il est actuellement fixé à 0,38% du salaire TA/TB/TC et est susceptible d'évolutions.

#### **En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur**

4A JPBM BF 6

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au 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 etc..), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

### **5.3 Le sort des garanties de prévoyance en cours en cas de changement d'assureur**

Conformément à l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service, à la date de changement de l'organisme assureur, continueront à être revalorisées selon le même mode que le contrat d'assurance précédent.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation. Les prestations décès, lorsqu'elles prennent la forme de rente, continuent à être revalorisées après la résiliation du contrat de garanties collectives.

CGI fera couvrir ces obligations par le nouvel organisme assureur.

### **Article 6. La portabilité des garanties**

La portabilité des garanties de complémentaire santé et de prévoyance bénéficie aux salariés :

- dont le contrat de travail a été rompu,
- bénéficiant de l'indemnisation de l'assurance chômage, et fournissant à l'assureur les justificatifs nécessaires,
- dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'entreprise.

### **6.1 Régime de complémentaire santé**

Les salariés dont le contrat de travail est rompu garderont le bénéfice des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, modifié par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Ces dispositions prévoient que la portabilité des garanties complémentaire santé continuera d'être financée par un système de mutualisation, pour une durée maximale de maintien de la couverture de 12 mois.

Les anciens salariés (préretraités, retraités, ex-salariés bénéficiant des prestations Pôle Emploi à l'issue de la portabilité, ...) pourront bénéficier, à titre individuel d'un régime complémentaire santé, s'ils en font la demande à l'organisme assureur qui s'engage à leur proposer un nouveau contrat. Dans ce cas, le financement du régime de couverture choisi sera intégralement à leur charge.

Handwritten signatures and initials: JPB, PA, YA, BF, and a circled mark.

## 6.2 Régime de prévoyance

Les salariés dont le contrat de travail est rompu garderont le bénéfice des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, modifié par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Ces dispositions prévoient que la portabilité des garanties complémentaire prévoyance continuera d'être financée par un système de mutualisation, pour une durée maximale de maintien de la couverture de 12 mois.

### Article 7. Cotisations

#### 7.1 Taux, assiette, ventilation des cotisations

##### 7.1.1. Régime de complémentaire santé

Par les cotisations indiquées ci-dessus, la couverture aura vocation à bénéficier aux salariés et à leurs ayants droit au sens de la Sécurité Sociale, tels que définis en annexe.

##### a) Actifs régime de base obligatoire

- *Participants relevant du régime général de sécurité sociale :*

Les cotisations sont assises sur la rémunération brute de base (BBS) du salarié dans les proportions suivantes :

1,60% pour la Tranche 1

1,60% pour la Tranche 2

Tranche 1 = part de salaire inférieure strictement à 1 PMSS

Tranche 2 = part de salaire supérieure ou égale à 1 et inférieure ou égale à 3 PMSS


PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la Sécurité Sociale est fixé pour l'année 2017, à 3.269 €. Il est modifié une fois par an par voie réglementaire. Il est convenu que les cotisations ci-dessus définies sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

	% de la Participation Salariale	% de la Participation Patronale
T1 = Part Salaire BBS < 1 PMSS	38%	62%
T2 = Part Salaire BBS ≥ 1 PMSS et ≤ à 3 PMSS	55%	45%

L'assiette globale, prise en référence pour le calcul des cotisations, est plafonnée à 3 PMSS.

JPM  
LA  
BR  
BF





- **Participants relevant du régime Alsace et Moselle**

Les cotisations sont assises sur la rémunération brute de base (BBS) du salarié dans les proportions suivantes :

1,13% pour la Tranche 1

1,13% pour la Tranche 2

Tranche 1 = part de salaire inférieure strictement à 1 PMSS

Tranche 2 = part de salaire supérieure ou égale à 1 et inférieure ou égale à 3 PMSS

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La cotisation sera répartie dans les mêmes proportions que pour les salariés relevant du régime général.

Les cotisations peuvent être revues périodiquement avec les organisations syndicales et peuvent être modifiées en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité Sociale et des résultats du contrat.

**b) Couverture facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité Sociale**

Les parties se sont entendues pour offrir une possibilité de couverture identique à la couverture de base aux conjoints, ou concubins ou personne liée par un PACS non à charge au sens de la Sécurité Sociale, facultative.

La demande d'adhésion du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale s'effectue selon le cas :

- soit au moment de l'affiliation de l'assuré,
- soit au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit un changement de situation de famille (mariage, concubinage, PACS),
- soit au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit un changement de situation professionnelle du conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS.
- soit au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit un changement de situation de l'assuré social (perte de la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale).
- soit au premier jour du mois civil qui suit la demande, si le salarié est inscrit depuis au moins 2 ans.

Le changement de situation devra être déclaré à l'assureur dans les 90 jours suivant l'évènement et accompagné des pièces justificatives correspondantes qui, actuellement, sont :

- pour les conjoints : copie du livret de famille,
- pour les concubins : certificat de vie maritale ou de concubinage notoire, à défaut, attestation sur l'honneur de vie commune accompagnée d'un justificatif de domicile commun aux deux noms (avis d'imposition de l'assuré et de son concubin, contrat de bail, facture énergétique, ...),
- pour les personnes liées par un PACS : copie de l'attestation d'engagement délivrée par le greffe du tribunal d'instance,

JA  
JPB  
BF  
9

- en cas de changement de situation professionnelle : certificat de radiation de l'organisme complémentaire précédent datant de moins de deux mois,
- en cas de changement de situation d'assuré social : copie de l'attestation jointe à la carte Vitale.

Cette couverture est à la charge exclusive du salarié selon les taux arrêtés par l'organisme assureur. Ces cotisations sont actuellement les suivantes :

- **Participants relevant du régime général de sécurité sociale :**
  - Pour le régime de base : 1,49 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- **Participants relevant du régime Alsace et Moselle**
  - Pour le régime de base : 0,94 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale

Ces cotisations sont intégralement à la charge des salariés. Elles seront perçues par retenue sur salaire chaque mois.

### 7.1.2. Régime de prévoyance

Les cotisations seront assises sur la rémunération brute perçue (dans la limite des tranches A, B et C) par le salarié dans les proportions suivantes :

Taux de cotisations appelés : 0,826% en TA et 1,086% en TB et TC

TA = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;

TB = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;

TC = Salaire compris entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les garanties de prévoyance étant proposées dans le cadre d'un choix entre quatre formules différentes, il est précisé que la cotisation est la même quelle que soit la formule choisie par le salarié.


La cotisation globale sera à la charge exclusive de l'Entreprise

Si le salarié a moins d'un an d'ancienneté, le salaire annuel sera évalué en tenant compte des salaires qui auraient donné lieu à cotisation s'il y avait eu assurance et tels qu'indiqués par les livres de paye de l'employeur.

### 7.2 Evolution ultérieure de la cotisation

Les cotisations peuvent être revues périodiquement par le ou les organisme(s) assureur(s), dans les limites définies au(x) contrat(s) conclus avec lui (eux). Ces cotisations peuvent ainsi être modifiées en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité Sociale, des résultats des contrats (rapport sinistres à primes...) ou des charges de toute nature dues au titre des contrats d'assurance (contributions, taxes, etc).

JA Pa  
JPB 10  
35



En cas d'évolution ultérieure des cotisations complémentaire santé et/ou prévoyance visées à l'article 7, dont le paiement n'est pas expressément mis à la charge des salariés ou de l'employeur par la réglementation, celles-ci seront prises en charge par l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues pour les cotisations initiales.

Dans ce cadre, conformément à ce qui est indiqué à l'article 7 .1.1. a) dernier alinéa, et par analogie avec les dispositions de l'article 5.1. 3<sup>ème</sup> alinéa relatif aux prestations, toute modification sera préalablement présentée pour information à la Commission de Protection Sociale et négociée avec les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise.

#### **Article 8. Equilibre économique du régime**

Le régime global de prévoyance et frais de santé des salariés doit rester équilibré. En cas de difficulté, une négociation devra s'ouvrir entre les organisations syndicales représentatives et la Direction, sur l'initiative de cette dernière et/ou de la Commission Protection Sociale, pour arrêter les mesures propres à restaurer cet équilibre. Ces mesures pourront être relatives, soit à une redéfinition du niveau des cotisations, soit à une redéfinition du niveau des prestations déterminées dans le cadre du présent accord.

#### **Article 9. Commission Protection Sociale**

La commission de Protection Sociale, actuellement constituée au niveau de CGI France, est composée de la façon suivante :

- 4 membres désignés par le CCE (Comité Central d'Entreprise) de CGI France qui représentent l'ensemble des salariés,
- 1 représentant de chaque syndicat représentatif au sein de CGI France,
- 2 membres représentant la direction de CGI France.

La Commission Protection Sociale a pour mission :

- D'étudier le suivi des régimes et leur fonctionnement général. A cet effet, la Commission devra surveiller la situation financière de chacun des comptes de résultats des régimes. Elle pourra, en outre, faire toute proposition d'affectation au fonds de compensation ainsi que toute proposition de dotation. Ces propositions d'affectations seront présentées et feront l'objet d'une information consultation du CCE. Elle ne peut en aucun cas amender l'accord qui relève de la seule prérogative des organisations syndicales représentatives dans le cadre des dispositions légales de la négociation collective,
- De faire toute proposition permettant d'améliorer le fonctionnement des régimes,
- De veiller à ce que les données impactant les bilans soient communiquées,
- D'alerter la direction et les organisations syndicales en cas de dérive des régimes.

La Commission Protection Sociale a accès à toutes les informations transmises par les Institutions gestionnaires des régimes. Elle se réunira au moins deux fois par an pour étudier les rapports annuels de gestion, qui seront obligatoirement établis pour chaque compte de résultat pour les Institutions. Les rapports annuels de gestion seront établis distinctement pour le régime de base, pour le régime

optionnel et pour l'ensemble consolidé du régime frais de santé ainsi que pour le régime de prévoyance.

## **Article 10. Information des salariés**

### **10.1 Information individuelle**

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par le ou les organisme(s) assureur(s), résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application ainsi que les modalités de modification des choix santé et prévoyance et de maintien des couvertures.

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

A l'occasion du changement de régime collectif de complémentaire santé et de prévoyance, les salariés seront consultés pour confirmer ou modifier leurs choix précédents de couverture santé et déclaration de prévoyance. Une communication précisera le processus afférent et les délais associés pour recueillir les réponses des salariés.

### **10.2 Information collective**

Conformément aux articles L.2323-1 et R.2323-1 du Code du travail, le comité central d'entreprise sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties.

En outre, chaque année, le comité central d'entreprise peut solliciter de la société la communication du rapport annuel du ou des organisme(s) assureur(s) sur le compte du contrat d'assurance, en application de l'article L.2323-60 du Code du travail.

Cet accord d'entreprise fera l'objet d'une large diffusion au sein de CGI France. Il sera mis à la disposition de l'ensemble des salariés de l'entreprise sur le portail intranet.

La commission de suivi, susmentionnée à l'article 9, d'application de cet accord, dénommée « commission de Protection Sociale », est constituée au niveau de l'entreprise.

## **Article 11. Substitution, durée, modification, dénonciation**

Les dispositions du présent accord se substituent intégralement aux dispositions de l'accord de Protection Sociale du 18 octobre 2007 et de ses avenants n°1 à 6.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivants et L. 2222-6 et L. 2261-9 et suivants du Code du travail.

Révision :

JPBM  
YA PR SF 12 D

Conformément aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivant du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

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.

Il est précisé que les modifications introduites par les Ordonnances du 22 septembre 2017, dont certaines dispositions n'entreront en vigueur que lorsque les nouvelles instances de représentation du personnel conformes à ces Ordonnances seront instituées (il en va ainsi notamment des nouvelles numérotations du code du travail sur les attributions de ces instances notamment en matière de couverture santé et prévoyance), s'appliqueront de plein droit sans qu'il soit nécessaire de recourir à une procédure de révision.

#### **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. 2231-6 du Code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois mois.

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 du ou des organisme(s) assureur(s), la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la ou des convention(s) d'assurance collective en cours de sorte que le délai de survie de 12 mois visé-ci-dessus est, d'un commun accord, prorogé de plein droit jusqu'à la date de cette échéance, de façon à ce que les salariés qui ont adhéré au dispositif de protection sociale en vigueur en application du présent accord puissent continuer à bénéficier de la convention d'assurance collective jusqu'à son terme.

La résiliation, par un ou plusieurs organisme(s) assureur, du ou des contrats collectifs d'assurance, de complémentaire santé et de prévoyance conclu(s) avec CGI, entraînera de plein droit la caducité du présent accord à l'accord de protection sociale, par disparition de son objet.

### **Article 12. Adhésion**

Toute organisation syndicale représentative qui n'est pas partie au présent accord pourra y adhérer ultérieurement dans les conditions prévues aux articles L.2261-3 du Code du travail. Cette adhésion devra s'effectuer sans réserve et concerner la totalité de l'accord.

### **Article 13. Dépôt de l'accord à l'accord de protection sociale et publicité**

Les organisations syndicales ont jusqu'au 15 novembre 2017, pour apposer leur signature sur cet accord.

Cet accord sera valablement conclu s'il recueille la majorité de 30% requise par la législation en vigueur parmi les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise ainsi que la signature du représentant de la Direction.

Un exemplaire sera ensuite transmis à chaque organisation syndicale afin que, le cas échéant, les organisations syndicales non-signataires puissent exercer leur droit d'opposition.

Sans réponse de leur part sous 8 jours, un exemplaire de l'accord sera déposé et un transmis sur support électronique à la DIRECCTE de Nanterre. Un exemplaire sera adressé au secrétariat du greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre.

Les salariés seront informés de ces mesures par les moyens de communication adaptés leur permettant d'exprimer les nouveaux choix en termes de santé.

Fait à Courbevoie, le 14 novembre 2017

En huit exemplaires originaux

Pour L'Entreprise CGI France SAS  
Benoit FROMENT

Pour la F3C-CFDT  
Arnaud DEGROISE

Pour la CGT  
Jean-Pierre BAROUKHEL-MOUREAU

Pour la CFTC  
Patrick RENAULT

Pour la CFE-CGC  
Youval AMSELLEM

**ANNEXES communiquées à titre informatif**

**Annexe n°1 : Garanties du régime frais de santé**

Base Responsable	
	<b>Garanties au 1er janvier 2018</b>
	<b>En complément des prestations de la Sécurité Sociale</b>
	<b>Régime de BASE Régime Socle obligatoire</b>
	<b>En complément des prestations versées par la Sécurité sociale</b>
NATURE DES PRESTATIONS	
<b>A - MEDECINE</b>	
Médecine générale	CAS : TM+100% BR / Non CAS : TM+80%BR
Spécialiste	CAS : TM+120% BR / Non CAS : TM+100%BR
Petite chirurgie (K)	CAS : TM+170% BR / Non CAS : TM+100%BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Radiologie	CAS : TM + 70% BR / Non CAS : TM+30%BR
Analyses acceptées	100% BR
<b>B - HOSPITALISATION chirurgicale / médicale (y compris maison de repos)</b>	
Séjour, Maisons de repos et convalescence, centre de rééducation,	- Honoraires Chirurgicaux : CAS : TM+ 330% BR / Non CAS : TM+100% BR
Honoraires, réadaptation, Etablissement / service psychiatrique	- Honoraires Médicaux : CAS TM+180% BR / Non CAS : TM+100% BR
Forfait hospitalier	- Frais de séjour : 200% BR
Chambre particulière	100% FR
Lit d'accompagnant (enfant)	2,5% PMSS / jour
<b>C - PHARMACIE</b>	2% du PMSS / jour (enfant de - de 16 ans)
Acceptée par la SS	100% TM
<b>D - DENTAIRE</b>	Plafond dentaire de 1PMSS par an et par bénéficiaire (hors soins) prise en charge des prothèses et de l'orthodontie à TM+25%BR au-delà du plafond
Soins	100% TM
Inlay Core	TM + 50% BR
Inlays, Onlays	200% BR
Couronne provisoire	50 € / couronne (maxi 1/ an et bénéficiaire)
Prothèses prises en charge par la SS	300% BR
<i>Les prothèses non remboursées par la SS, le seront sur la base d'un SPR 50)</i>	
Prothèses non prises en charge par la SS mais dans la nomenclature	300% BR
Orthodontie acceptée S.S.	300% BR
Orthodontie refusée S.S.	300% BR
Parodontologie	-
Pilier implantaire	-
Implant	500 € / an / Bénéficiaire
<b>E - AUTRES PROTHESES</b>	
Appareillage, orthopédie, prothèses auditives, etc ...	450% BR
<b>F - OPTIQUE</b>	
	Le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans, de date à date, pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an, de date à date, pour les mineurs, ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
Verres	Unifocal : 65.38€ / Verre Multifocal : 163.45€ / Verre
Montures adulte	€137
Montures enfants	€137
Lentilles prise en charge ou non par la SS, lentilles jetables	6% PMSS / an, prise en charge au TM au-delà du forfait
Chirurgie réfractive	600€ par œil
<b>G - TRANSPORT</b>	
	100% BR
<b>H - MATERNITE</b>	
Indemnité (doublée si naissances multiples)	15% PMSS
Chambre particulière	3% du PMSS / jour
<b>I - CURE THERMALE</b>	
Acceptée par la SS	10% PMSS
<b>J - AUTRES POSTES NON REMBOURSES PAR LA SS</b>	
Garantie Assistance de l'assureur	OUI
Ostéopathie	50 € par séance (maxi 3 / an / et famille)

BF  
 YA      JM      R2

## Annexe n°2 : Garanties du régime de prévoyance

GARANTIES	GARANTIES			
	Prestations exprimées en % du salaire de référence			
	Formule A	Formule B	Formule C	Formule D
<b>Capital au décès de l'assuré</b>				
- Capital décès toutes causes / Invalidité absolue et définitive				
- Quelle que soit la situation familiale de l'assuré (1)	400%	300%	200%	200%
- Majorations familiales, par enfant à charge	100%	-	50%	-
- Supplément en cas d'accident	-	-	-	-
- Capital en cas d'invalidité de 2 <sup>ème</sup> catégorie	-	-	-	250%
<b>Allocation au décès d'un membre de la famille</b>				
- Décès de l'assuré				
- Décès du conjoint de l'assuré				
- Décès de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité				
- Décès du concubin de l'assuré				
- Décès d'un enfant à charge de l'assuré au sens du contrat				
			150%PMSS	
<b>Allocation de veuf ou de veuve</b>				
- Allocation viagère (2)	-	-	35%	-
<b>Allocations d'éducation</b>				
- Allocation d'éducation de base				
- Enfant à charge de moins de 18 ans	12%	20%	12%	12%
- Enfant à charge de 18 à 28 ans	15%	25%	15%	15%
- Allocation d'orphelins de père et de mère				
- Enfant à charge de moins de 18 ans	20%	20%	20%	20%
- Enfant à charge de 18 à 28 ans	25%	25%	25%	25%
<b>Indemnités journalières (sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale)</b>				
- Point de départ				
- Pour le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté et en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un d'accident de droit commun				à compter du 45 <sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu
- Dans les autres cas				Dès que l'employeur cesse le maintien de salaire à 100%
- Montant de l'indemnité (% du 360 <sup>ème</sup> du salaire de référence)	80%	80%	80%	90%
<b>Invalidité (sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale)</b>				
- 1 <sup>ère</sup> catégorie	40%	40%	40%	50%
- 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> catégorie	80%	80%	80%	100%
- Infirmitté partielle par accident pour un taux d'infirmité supérieur à 30% (3)	300%	300%	-	400%

(1) en tout état de cause le capital versé ne peut être inférieur à 170% du PASS pour les ETAM, et 340% du PASS pour les Cadres

(2) en tout état de cause l'allocation versée ne peut être inférieure à 5% du salaire de référence

(3) le montant indiqué correspond à un taux d'infirmité égal à 100%



### Annexe n°3 : Définition des ayants droit du régime complémentaire santé

- Le salarié,
- Le conjoint du salarié, ou à défaut de conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin, à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- Ses enfants,
- Les enfants de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin à condition qu'ils soient fiscalement à leurs charge :
  - âgés de moins de 18 ans à date anniversaire, non salariés,
  - âgés de moins de 25 ans à date anniversaire dans l'un des cas suivants :
    - s'ils sont inscrits à la recherche d'un premier emploi auprès de Pôle Emploi,
    - s'ils sont en apprentissage,
    - s'ils sont titulaires d'un contrat de professionnalisation en alternance.
  - âgés de moins de 28 ans, non salariés, sous réserve de justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures dans un établissement public ou privé et, le cas échéant, d'être inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
  - quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la Famille et de l'Aide sociale.
- La couverture du conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, non à charge est facultative. Il appartient à chaque salarié de déclarer son intention de souscrire à cette garantie additionnelle (cf article 7.11 c).

BP

YA

JRB

R2

17

17

#### Annexe n°4 : Définition des bénéficiaires du régime de prévoyance

- Salarié, dès le premier jour d'embauche, sans condition médicale,
- Puis en fonction des désignations :
  - conjoint non séparé de corps par jugement définitif ;
  - A défaut, la personne avec laquelle le salarié a conclu un pacte civil de solidarité ;
  - A défaut, son concubin, avec lequel il vit depuis deux ans au moins, reconnu par acte notarié ;
  - A défaut, ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés à parts égales ;
  - A défaut, ses ascendants à charge tels qu'ils sont définis dans le contrat ;
  - A défaut, ses héritiers.

YA  
JPB  
P  
BF



## Annexe 5 : Glossaire

Abréviation	Définition
BR	Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
PMSS	Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
PASS	Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
TM	Ticket Modérateur
FR	Frais Réels

4A BF  
PN  
JPBM  
19

100

100

100