

# Convention collective nationale de la **métallurgie**

## LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

### Annexe 9. Définition d'un socle minimal de garanties en frais de soins de santé et en prévoyance de la branche de la métallurgie

#### Article préliminaire

L'UIMM et les Organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche de la Métallurgie conviennent de mettre en place un socle minimal de branche en protection sociale complémentaire définissant les garanties de frais de santé et les garanties de prévoyance dite « lourde », au bénéfice des salariés visées au titre XI de la Convention collective.

Les signataires de la présente convention confirment leur attachement à un dialogue social régulier, constructif au regard des intérêts communs de leurs mandants respectifs, et fondé sur la confiance.

Ce dialogue social est organisé de façon à piloter la mise en œuvre, le suivi de la réalisation et les éventuelles évolutions de la présente annexe. Il est organisé en articulant les compétences de la Commission paritaire de suivi et de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, cette dernière ayant vocation à interpréter les dispositions conventionnelles de la présente annexe.

Les signataires entendent promouvoir le dialogue social lors de la mise en œuvre de cette annexe de protection sociale complémentaire dans les entreprises de la branche. Les entreprises peuvent, si elles le souhaitent, adapter les dispositions de la présente annexe à condition d'assurer des garanties au moins équivalentes au sens de l'article L. 2253-1 du Code du travail. La mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire collectif par la voie négociée est alors encouragée. Le comité social et économique est consulté préalablement à la mise en place d'une garantie collective ou à la modification de celle-ci, dans les conditions prévues par la loi.

#### Chapitre I – Dispositions générales

##### *Article 1<sup>er</sup>. Objet de l'Annexe 9*

La présente annexe a pour objet l'institution d'un socle minimal de garanties conventionnelles de protection sociale complémentaire de branche.

##### *Article 2. Niveau minimal de garanties*

Son instauration répond à l'objectif principal de permettre aux salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la présente annexe, tel que défini par l'article 3 ci-après, d'accéder à un niveau minimal de garanties de protection sociale complémentaire, au sens de l'article L. 911-2 du Code de la sécurité sociale, en matière de remboursement de frais de soins de santé, dans les conditions définies au chapitre II de la présente annexe, et de risques de prévoyance lourde, dans les conditions définies au chapitre III de la présente annexe. Les salariés bénéficient du niveau minimal de garanties défini par la présente annexe quel que soit l'organisme assureur retenu par leur entreprise.

### ***Article 3. Champ d'application***

Le champ d'application de la présente annexe, s'agissant des salariés, est défini au titre XI de la convention collective.

### ***Article 4. Caractère impératif***

Conformément à l'article L. 2253-1 du Code du travail, les dispositions de la présente annexe relevant du champ d'application de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, relatives aux garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, présentent un caractère impératif.

### ***Article 5. Sort des contrats d'assurance collectifs souscrits par les entreprises antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente annexe***

Les entreprises disposant déjà d'un contrat d'assurance collectif de protection sociale complémentaire au profit de leurs salariés, antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente annexe, pourront maintenir leur contrat à la condition que les garanties offertes par ledit contrat soient au moins équivalentes à celles définies dans la présente annexe.

Les entreprises disposant déjà d'un contrat d'assurance collectif de protection sociale complémentaire au profit de leurs salariés, antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente annexe, ne garantissant pas les mêmes risques à un niveau équivalent à celui défini dans la présente annexe, devront, au plus tard dans le délai mentionné à l'article 7 ci-après :

- soit adapter les dispositions de leur contrat d'assurance collectif à un niveau au moins équivalent à celui défini dans la présente annexe ;
- soit souscrire un nouveau contrat d'assurance collectif auprès de l'organisme assureur de leur choix, à un niveau au moins équivalent à celui défini dans la présente annexe.

### ***Article 6. Sort des conventions et accords collectifs de branche couvrant un champ territorial ou professionnel moins large que la présente.***

En vertu de l'article L. 2252-1 du Code du travail, les conventions ou accords collectifs de branche couvrant un champ territorial ou professionnel moins large que la présente annexe, ne peuvent y déroger dans un sens moins favorable aux salariés.

Les conventions ou accords collectifs de branche couvrant un champ territorial ou professionnel, moins large que la présente annexe, et conclus antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente convention collective, adaptent les dispositions moins favorables aux salariés, au plus tard dans le délai mentionné à l'article 7.

### ***Article 7. Date d'application***

La présente annexe entre en vigueur à compter du premier jour du mois suivant la date de publication de l'arrêté d'extension au Journal Officiel de la présente Convention collective et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

### ***Article 8. Entreprises de moins de 50 salariés***

Au regard de l'objectif de solidarité intergénérationnelle, intragénérationnelle et interentreprises recherché, il est précisé qu'au regard de l'article L. 2232-10-1 du Code du travail, la présente annexe ne contient pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. Les dispositions de la présente annexe sont applicables de manière indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture minimale uniforme.

## **Chapitre II – Dispositions relatives aux garanties conventionnelles de frais de soins de santé**

### ***Article 9. Bénéficiaires***

### ***Article 9.1. Bénéficiaires à titre obligatoire***

La présente annexe, relative aux garanties de frais de soins de santé, bénéficie à tous les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 3, sans condition d'ancienneté.

Toutefois, les salariés pouvant justifier d'un cas de dispense, conformément à l'article 9.3 ci-après, peuvent être dispensés, à leur demande, d'adhésion au contrat collectif.

### ***Article 9.2. Cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu***

#### ***Article 9.2.a) Salariés dont la suspension du contrat de travail est indemnisée***

Le bénéfice des garanties mises en place par la présente annexe est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de leur rémunération ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires servies au titre de la garantie incapacité définie à l'article 17.1 ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Les contributions de l'employeur et des salariés dont la suspension du contrat de travail est indemnisée sont maintenues selon les règles prévues au contrat collectif d'assurance, pendant la totalité des périodes de suspension du contrat de travail indemnisée.

#### ***Article 9.2.b) Salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée***

Le bénéfice des garanties mises en place par la présente annexe est suspendu pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et ne donne lieu à aucune indemnisation.

Sont notamment concernés par cette suspension de garanties les salariés se trouvant dans l'un des cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total, visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Dans cette situation, l'employeur est tenu d'informer l'organisme assureur avant la date de suspension du contrat de travail du salarié, afin d'éviter toute rupture de couverture pendant cette période d'exonération de cotisations.

Les salariés susmentionnés peuvent également demander à rester affiliés au contrat collectif d'assurance, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation. Dans ce cas, l'organisme assureur prélève la cotisation directement auprès du salarié qui bénéficiera d'un maintien des garanties, ci-après définies, tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente pendant toute la période de suspension de son contrat de travail. Pour rappel, la notice d'information des organismes assureurs, visée à l'article 11 de la présente annexe, remise par l'employeur au salarié rappelle les conditions et les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues au présent article.

### ***Article 9.2.c) Salariés en période de réserves militaires ou policières.***

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière reste obligatoirement garanti au titre du présent chapitre pour l'ensemble des garanties de frais de santé, moyennant le paiement des cotisations. Les modalités de financement de ce maintien sont assurées dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité. La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'organisme assureur.

### ***Article 9.3. Caractère obligatoire du contrat collectif et Dispenses d'affiliation***

Les salariés sont tenus d'adhérer au contrat collectif mis en place à titre obligatoire, sous réserve des cas de dispenses facultatives visées à l'article 9.3.2.a) et des cas de dispenses de droit visées à l'article 9.3.2.b).

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

#### ***Article 9.3.1. Formalisme des demandes de dispenses***

Par dérogation au caractère obligatoire du contrat collectif, certains salariés peuvent être dispensés d'adhésion, à leur demande, sous réserve de fournir à leur employeur tout justificatif nécessaire précisant le cadre dans lequel cette dispense est formulée, la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense, ou, le cas échéant, la date de fin de ce droit s'il est borné, suivant les exigences réglementaires en vigueur. Cette déclaration doit prendre la forme d'une attestation signée par le salarié, et suppose la remise concomitante des justificatifs adéquats.

La demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, à savoir une absence de couverture et la renonciation aux droits à portabilité.

Peuvent être invoqués, par les salariés le souhaitant, les cas de dispense prévus aux points 9.3.2 a) et 9.3.2.b) ci-après et, en tout état de cause, ceux applicables de plein droit conformément à la législation en vigueur, actuelle et future.

Les salariés peuvent, à tout moment, revenir sur leur demande de dispense, et solliciter, auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au contrat collectif.

En tout état de cause, les salariés cessant de justifier de la situation leur permettant de bénéficier d'un cas de dispense seront tenus de cotiser et d'adhérer au contrat collectif à titre obligatoire.

#### ***Article 9.3.2. Cas de dispenses d'affiliation***

##### ***Article 9.3.2.a) Les dispenses facultatives pouvant être formalisées dans l'acte de droit du travail (DUE, Accord collectif, Accord référendaire)***

Les signataires de la présente convention ont négocié les facultés de dispense au bénéfice des salariés suivants. Ces derniers peuvent, à leur initiative, et quelle que soit leur date d'embauche, refuser d'adhérer au contrat collectif s'ils le souhaitent et à condition d'être dans l'une des situations visées ci-après.

- a) Les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais médicaux, conformément à l'article R. 242-1-6, 2, a, du Code de la sécurité sociale.
- b) Les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite, par ailleurs, conformément à l'article R. 242-1-6, 2°, b, du Code de la sécurité sociale.

- c) Les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, conformément à l'article R. 242-1-6, 2°, c, du Code de la sécurité sociale.

Les cas de dispense listés ci-dessus peuvent être invoqués par les salariés, dès lors qu'ils en remplissent les conditions et en justifient.

#### ***Article 9.3.2.b) Les dispenses de droit***

A leur initiative, les salariés peuvent se dispenser d'adhérer au contrat collectif s'ils respectent les conditions prévues à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale, et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

A défaut de respecter les prescriptions détaillées ci-dessus, le salarié sera automatiquement affilié au contrat collectif à adhésion obligatoire.

#### ***Article 9.3.3. Versement santé***

Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée est inférieure ou égale à 3 mois, et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à quinze (15) heures par semaine, peuvent se dispenser, à leur initiative, d'adhérer au contrat collectif, dans les conditions fixées à l'article L. 911-7-1, III, du Code de la sécurité sociale, s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du même Code.

Sous réserve de respecter les conditions précitées, les salariés susvisés peuvent obtenir, de la part de leur employeur, un financement dit « versement santé », afin de participer à la prise en charge de la couverture santé individuelle responsable qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, ainsi qu'à la portabilité. Les modalités de calcul de ce versement sont fixées à l'article D. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ce versement santé n'est pas cumulable avec le bénéfice de la couverture santé solidaire, le bénéfice d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'un employeur du secteur public.

#### ***Article 10. Garanties***

La présente annexe, ainsi que le contrat d'assurance souscrit par l'employeur, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1, R. 871-1, R. 871-2, L. 242-1, R. 242-1 et D. 2421 et suivants du Code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article 83-1° quater du Code général des impôts.

#### ***Article 10.1. Socle minimal de garanties obligatoires***

Les signataires de la présente convention, sont convenues, d'un niveau minimal de garanties de remboursement de frais de soins de santé devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises visées à l'article 2.

Ce socle minimal de garanties doit bénéficier à tous les salariés visés à l'article 9 de la présente annexe, sous réserve des cas de dispenses visés à l'article 9.3.

La grille de ces garanties minimales est présentée en Annexe 9.1 de la présente annexe.

Lorsque les garanties minimales obligatoires sont mises en place, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale venant financer la couverture minimale instituée à titre obligatoire.

Les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

## ***Article 10.2. Garanties additionnelles***

Des garanties additionnelles peuvent venir compléter le socle minimal de garanties de remboursement de frais de soins de santé défini à l'article 10.1 de la présente annexe.

Les employeurs visés à l'article 2 peuvent mettre en place ces garanties additionnelles, à titre obligatoire ou facultatif, au sein de leur entreprise, dans le respect du dialogue social tel que visé à l'article préliminaire de la présente annexe.

### ***Article 10.2.a) Garanties additionnelles obligatoires.***

Les employeurs peuvent mettre en place, à titre obligatoire, dans le respect du dialogue social tel que visé à l'article préliminaire de la présente annexe, les garanties additionnelles susmentionnées. Ils doivent formaliser ce choix par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale au niveau de leur entreprise.

Lorsque les garanties additionnelles sont mises en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

### ***Article 10.2.b) Garanties additionnelles facultatives.***

Lorsque les garanties additionnelles sont mises en place, à titre facultatif, au sein de l'entreprise, la cotisation afférente est intégralement à la charge des salariés ayant choisi d'opter pour ce niveau supérieur de garanties.

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement de ces garanties additionnelles facultatives.

Pour rappel, dès lors que la couverture est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

## ***Article 10.3. Extension optionnelle des garanties aux ayants droit des salariés***

Les garanties relevant du socle minimal obligatoire, défini à l'article 10.1, ainsi que les garanties additionnelles relevant de l'article 10.2, peuvent être étendues au bénéfice des ayants droit des salariés, conformément aux dispositions du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur.

Lorsque cette extension est mise en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisations globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

## ***Article 11. Information des salariés***

Conformément aux articles L. 932-6 du Code de la sécurité sociale, L. 141-4 du Code des assurances et L. 221-6 du Code de la mutualité, l'employeur, en sa qualité de souscripteur, est tenu de remettre, à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les prestations, décrites dans la notice d'information remise au salarié par l'employeur, relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, l'engagement de l'employeur ne portant que sur le paiement des cotisations et sur le respect des obligations imposées par les articles L. 911-7, II, et suivants du Code de la sécurité sociale.

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

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin », l'employeur est tenu d'informer les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, de leur faculté d'obtenir le maintien des garanties frais de santé sous réserves que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient, à titre temporaire, du maintien de ces garanties.

### ***Article 12. Cessation des garanties***

Le salarié cesse de bénéficier des garanties de remboursement de frais de soins de santé prévues par la présente annexe dans les cas suivants :

- en cas de rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité visées à l'article 13 de la présente annexe ;
- en cas de suspension du contrat de travail visée à l'article 9.2.b) de la présente annexe ;
- en cas de liquidation de la pension de retraite relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, à l'exception des cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul-emploi retraite ou de retraite progressive ; - et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

### ***Article 13. Maintien des garanties frais de santé***

#### ***Article 13.1. Portabilité***

L'adhésion est maintenue, au profit des anciens salariés, dans le cadre du dispositif de « portabilité » prévu à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

En cas de rupture du contrat de travail d'un salarié, à l'exception des cas de licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie, temporairement, du maintien de son affiliation au contrat collectif de frais de soins de santé de l'entreprise.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le droit à portabilité est conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par cet article.

Pour rappel, l'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité dans le certificat de travail.

#### ***Article 13.2. Maintien des garanties frais de santé conforme à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.***

Lorsque les salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la loi du 31 décembre 1989, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ils bénéficient du maintien des garanties frais de santé dans les conditions décrites ci-après.

Le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme assureur maintient cette couverture :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties ; l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les cotisations finançant ce maintien sont à la charge exclusive des anciens salariés ou de leurs ayants droit en cas de décès de ce dernier.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, dans des conditions fixées par décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Ainsi :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

### **Chapitre III – Dispositions relatives aux garanties conventionnelles de prévoyance lourde**

#### **Article 14. Objet**

Le présent chapitre III a pour objet d'instituer un dispositif obligatoire de prévoyance, couvrant les risques incapacité, invalidité et, décès au bénéfice des salariés, définis à l'article 15, des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 2.

#### **Article 15. Bénéficiaires**

##### **Article 15.1. Salariés visés**

Bénéficiaire, à titre obligatoire, des garanties de prévoyance instituées par la présente annexe :

- les salariés cadres, tels que définis aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;
- les salariés non-cadres, à l'exception des salariés relevant de l'article 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ; des entreprises relevant du champ d'application de ce dernier, sans condition d'ancienneté, sous

réserve des dispositions spécifiques visées ci-dessous.

##### **Article 15.2. Cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu**

###### **Article 15.2.a) Salariés dont la suspension du contrat de travail est indemnisée**

Le bénéfice des garanties mises en place par la présente annexe est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de leur rémunération ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires servies au titre de la garantie incapacité définie à l'article 17.1 ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...).



Les contributions de l'employeur et des salariés susvisés sont maintenues selon les modalités prévues par le contrat d'assurance collectif souscrit par l'employeur, et selon les règles applicables à la catégorie de personnes dont relève le salarié, pendant la totalité des périodes de suspension du contrat de travail indemnisée.

- Pour la garantie incapacité :

L'assiette des cotisations des salariés en suspension du contrat de travail, indemnisée, par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...), pour la garantie incapacité, est égale au montant brut dudit revenu de remplacement (indemnité légale), le cas échéant complété d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur. Les prestations sont calculées sur la même assiette que celle définie au présent paragraphe.

- Pour les garanties décès et invalidité :

L'assiette des cotisations, pour les garanties invalidité et décès des salariés en suspension du contrat de travail indemnisée par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...), est la rémunération antérieure (salaires des douze derniers mois) à la suspension indemnisée du contrat de travail du salarié. Les prestations sont calculées sur la même assiette que celle définie au présent paragraphe.

***Article 15.2.b) Salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée***

Le bénéfice des garanties mises en place par la présente annexe est suspendu pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et ne donne lieu à aucune indemnisation.

Sont notamment concernés par cette suspension de garanties les salariés se trouvant dans l'un des cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total, visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Dans cette situation, l'employeur est tenu d'informer l'organisme assureur avant la date de suspension du contrat de travail du salarié, afin d'éviter toute rupture de couverture pendant cette période d'exonération de cotisations.

Les salariés susmentionnés peuvent demander à rester affiliés au contrat collectif, au titre de la seule garantie décès, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation. Dans ce cas, l'organisme assureur prélève la cotisation directement auprès du salarié qui bénéficiera d'un maintien de la garantie décès, ci-après définie, pendant toute la période de suspension de son contrat de travail et tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente.

Pour rappel, la notice d'information des organismes assureurs, visée à l'article 21 de la présente annexe, remise par l'employeur au salarié, rappelle les conditions et les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues au présent article.

***Article 15.2.c) Salariés en période de réserves militaires ou policières.***

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière reste obligatoirement garanti, au titre du présent chapitre, pour l'ensemble des garanties de prévoyance, moyennant le paiement des cotisations. La base de cotisations et des garanties est égale aux

salaires bruts des douze derniers mois civils soumis à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, et précédant le mois du départ en période de réserve. La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'organisme assureur.

### **Article 16. Caractère obligatoire du contrat collectif**

Les salariés visés à l'article 15.1 sont tenus d'adhérer au contrat collectif mis en place à titre obligatoire.

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

### **Article 17. Garanties**

La présente annexe rend obligatoire, pour les entreprises entrant dans son champ d'application, tel que défini à l'article 2, la souscription d'un contrat collectif de prévoyance comprenant les garanties minimales ci-après définies et désignées sous les termes « Garantie socle ».

Les entreprises susmentionnées ont également la faculté de mettre en place des garanties additionnelles, à titre obligatoire ou facultatif, pour leurs salariés.

Dans ce cas, les employeurs ayant choisi d'instituer, à titre obligatoire, les garanties additionnelles susmentionnées doivent formaliser ce choix, dans un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, au niveau de leur entreprise.

#### **Article 17.1 Garantie incapacité temporaire de travail**

Sans préjudice de l'obligation de prise en charge de l'évolution des états pathologiques antérieurs, telle que visée à l'article 2 de la loi EVIN n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ne sont prises en compte, au titre des garanties prévues par de la présente annexe, que les incapacités temporaires de travail intervenues postérieurement à la date d'entrée en vigueur visée à l'article 7 de la présente annexe.

##### **Article 17.1.a) Objet**

Les salariés visés à l'article 15.1 de la présente annexe bénéficient, en cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie, indemnisé par la Sécurité sociale, de garanties incapacité, telles que définies aux points 17.1.d) i et 17.1.d) ii suivants, leur permettant de leur assurer un niveau d'indemnisation, exprimé en pourcentage du salaire de référence, défini ci-après, pendant une période déterminée, selon les conditions suivantes :

##### **Article 17.1.b) Salaire de référence**

Le salaire de référence correspond à la rémunération brute soumise à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, perçue par le salarié au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la date de l'arrêt de travail, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail, le salaire de référence est composé des revenus de remplacement perçus sur ladite période.

##### **Article 17.1.c) Montant des indemnités journalières complémentaires (IJC)**

Le montant des indemnités journalières complémentaires est fixé comme suit.

Pour les salariés cadres :

- 100 % du salaire de référence du salarié cadre jusqu'à 180 jours ;
- 75 % du salaire de référence du salarié cadre jusqu'à expiration des droits.

Pour les salariés non-cadres :

- 75 % du salaire de référence du salarié non-cadre jusqu'à expiration des droits.

L'indemnité journalière complémentaire susmentionnée est versée tant que le salarié bénéficie d'indemnités journalières de Sécurité sociale. Elle n'est plus due dès lors que l'indemnisation par la Sécurité sociale cesse, pour quelque motif que ce soit.

#### ***Article 17.1.d) Niveaux d'indemnisation***

##### ***Article 17.1.d) i Garantie dite « de complément »***

Les salariés visés à l'article 15 de la présente annexe bénéficient d'une garantie incapacité temporaire de travail, intervenant en complément des indemnités journalières de Sécurité sociale et des obligations patronales, notamment conventionnelles, d'indemnisation des absences pour maladie ou accident.

La garantie incapacité dite « de complément » précédemment définie bénéficie à l'ensemble des salariés visés à l'article 15, bénéficiant d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, d'origine professionnelle ou non, pris en charge par la Sécurité sociale.

Elle prend la forme d'une indemnité journalière complémentaire différentielle égale au niveau d'indemnisation mentionné au point 17.1. c) précédent, sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale et du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations, notamment conventionnelles.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) et l'indemnisation due par l'employeur en cas d'absence pour accident ou maladie, ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

##### ***Article 17.1.d) ii Garantie « relais »***

Les salariés visés à l'article 15 de la présente annexe bénéficient d'une garantie incapacité temporaire de travail, intervenant en relais des obligations patronales, notamment conventionnelles, d'indemnisation des absences pour maladie ou accident, c'est-à-dire à l'expiration desdites obligations d'indemnisation.

Les salariés ayant moins de 12 mois d'ancienneté bénéficient de la garantie « relais » susmentionnée, au terme d'un délai de franchise de 90 jours, décompté à compter du premier jour de leur arrêt de travail initial.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

L'ancienneté ouvrant droit aux garanties prévues par la présente annexe est déterminée conformément aux dispositions applicables dans l'entreprise.

##### ***Article 17.1.e) Cas des salariés en temps partiel thérapeutique et travail léger***

Les salariés bénéficiant d'un dispositif de temps partiel thérapeutique, au sens de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, ou d'un dispositif de travail léger, au sens de l'article L. 433-1 du code précité, bénéficient des dispositions du présent article, sous déduction de la rémunération qu'ils perçoivent en contrepartie de leur travail.

Dans cette hypothèse, l'organisme assureur, chargé de verser des prestations en application de la présente annexe, intervient sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale et de la rémunération versées aux salariés en temps partiel thérapeutique ou en travail léger.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) et la rémunération versée par l'employeur au titre de l'activité résiduelle ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il travaillait à temps plein.

### **Article 17.1.f) Garantie indemnité temporaire d'inaptitude**

En cas d'inaptitude au travail déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au salarié inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433-1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la sécurité sociale).

La présente annexe prévoit qu'une indemnité, complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, est attribuée au salarié bénéficiaire de la garantie temporaire d'inaptitude. Le versement de cette indemnité complémentaire cesse dès que le versement de l'indemnité temporaire d'inaptitude cesse.

Cette indemnité complémentaire est assimilable à la garantie incapacité. Elle est calculée en complément de l'indemnité temporaire d'inaptitude qui se substitue ainsi, dans le calcul de la prestation visée au présent article, à l'indemnité journalière de sécurité sociale.

### **Article 17.2. Garantie invalidité**

Sans préjudice de l'obligation de prise en charge de l'évolution des états pathologiques antérieurs, telle que visée à l'article 2 de la loi EVIN n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ne sont prises en compte, au titre des garanties prévues par la présente annexe, que les invalidités reconnues postérieurement à la date d'entrée en vigueur visée à l'article 7 de la présente annexe.

#### **Article 17.2.a) Objet**

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, les salariés visés à l'article 15.1 bénéficient d'une rente d'invalidité complémentaire, s'ajoutant à la rente versée par la Sécurité sociale, dont le montant est déterminé en fonction du taux d'invalidité ou d'incapacité permanente reconnu par la Sécurité sociale.

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire est déterminé en pourcentage du salaire de référence, et sous déduction de la rente et de toutes prestations versées par la Sécurité sociale ayant le même objet.

#### **Article 17.2.b) Salaire de référence**

Le salaire de référence précité correspond à la rémunération brute, soumise à cotisations de Sécurité sociale au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, perçue par le salarié au cours des 12 mois civils précédant l'invalidité.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant l'invalidité, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent la reconnaissance de l'invalidité, le salaire de référence est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du salarié, telle que visée à l'article 15.2 a) de la présente annexe.

Si une invalidité ou une invalidité absolue et définitive est reconnue plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction de l'évolution d'un indice déterminé dans le contrat collectif d'assurance.

Le salaire de référence servant de base au calcul de la rente invalidité est revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

#### **Article 17.2.c) Montant de la rente invalidité**

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire pour les salariés cadres est de :

- Invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie au sens de la Sécurité sociale : 45 % du salaire de référence défini ci-dessus ;
- Invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie au sens de la Sécurité sociale : 75 % du salaire de référence défini ci-dessus ;
- Invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie au sens de la Sécurité sociale : 75 % du salaire de référence défini ci-dessus.

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire pour les salariés non-cadres est de :

- Invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie au sens de la Sécurité sociale : 42 % du salaire de référence défini ci-dessus ;
- Invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie au sens de la Sécurité sociale : 70 % du salaire de référence définie ci-dessus ;
- Invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie au sens de la Sécurité sociale : 70 % du salaire de référence définie ci-dessus.

#### **Article 17.2.d) Cas de cumuls et d'évolution de la quotité de temps travaillé**

En tout état de cause, le cumul de cette rente d'invalidité complémentaire (nette de CSG, de CRDS et de CASA) avec la rente d'invalidité ou toute autre prestation versée par la Sécurité sociale ayant le même objet (nettes de CSG, de CRDS et de CASA) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

En cas de cumul d'une pension d'invalidité et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la pension n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle.

Dans cette hypothèse, l'organisme assureur, chargé de verser des prestations en application de la présente annexe, intervient sous déduction de la rémunération résiduelle et de la rente sécurité sociale versées aux salariés. La rémunération résiduelle s'entend sans intégration des revalorisations salariales visées ci-dessus.

En cas de modification de la quotité de temps de travail, la pension d'invalidité est recalculée sur la base du salaire de référence ayant servi au calcul initial de la pension d'invalidité, auquel sont appliquées la nouvelle quotité de temps travaillée, ainsi que, le cas échéant, les revalorisations au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur la base de l'indice de revalorisation déterminé dans le contrat collectif d'assurance, tel que mentionné à l'article 18.1.

### **Article 17.3. Capital décès**

#### **Article 17.3.a) Objet**

En cas de décès d'un salarié visé à l'article 15, les bénéficiaires définis au 17.3. d) du présent article perçoivent un capital décès, dans les conditions fixées ci-après.

L'invalidité absolue et définitive reconnue par la Sécurité sociale donne lieu au versement par anticipation de l'intégralité du capital décès ci-après précisé.

Ce capital décès sera versé à tout assuré classé en invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie, ou reconnu atteint d'une incapacité permanente à 100 % par la Sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

#### **Article 17.3.b) Salaire de référence**

Le montant du capital décès précédemment défini est exprimé en pourcentage du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond aux salaires bruts, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, des 12 mois civils précédant le décès du salarié ou la reconnaissance de son invalidité absolue et définitive par la Sécurité sociale.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la survenance du décès ou la reconnaissance de son invalidité absolue et définitive par la Sécurité sociale, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent le décès, le salaire de référence est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du salarié, telle que visée à l'article 15.2 a) de la présente annexe.

Si le décès ou l'invalidité absolue et définitive survient plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction d'un indice, entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive. Cet indice est celui mentionné à l'article 18.1.

Le salaire de référence servant de base au versement du capital décès est revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

### **Article 17.3.c) Montant du capital décès**

Le montant de ce capital décès est de :

- 200 % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b), pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 ;
- 100 % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b), pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1.

### **Article 17.3.d) Bénéficiaires**

La ou les personnes bénéficiaires du capital décès précédemment défini doit(vent) faire l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du salarié auprès de l'organisme ayant recueilli son adhésion.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital leur revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité défini ci-après :

- au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la personne liée par le pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, reconnus ou adoptés ;
- à défaut, aux descendants de l'assuré ;
- à défaut, aux ascendants directs de l'assuré, aux père et mère survivants ;
- à défaut, aux autres héritiers.

### **Article 17.4. Rente éducation**

#### **Article 17.4.a) Objet**

En cas de décès d'un salarié visé à l'article 15, ses enfants à charge, tels que définis à l'article 17.4.d), perçoivent une rente temporaire d'éducation, versée mensuellement à terme échu, dans les conditions fixées ci-après.

#### **Article 17.4.b) Salaire de référence**

Le montant de la rente temporaire d'éducation susmentionnée est exprimé en pourcentage du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond aux salaires bruts, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, des 12 mois civils précédant le décès du salarié.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la survenance du décès, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent le décès, le salaire de référence est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du salarié, telle que visée à l'article 15.2 a) de la présente annexe.

Si le décès survient plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction d'un indice, déterminé dans le contrat collectif d'assurance, entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive. Cet indice est celui mentionné à l'article 18.1.

#### **Article 17.4.c) Montant de la rente**

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation, en cas de décès d'un salarié cadre, tel que défini à l'article 15.1, est de :

- de 0 ans à 15 ans : 4 % du salaire de référence ;
- de 16 ans à 18 ans : 6 % du salaire de référence ;
- de 19 ans à 26 ans : 8 % du salaire de référence.

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation, en cas de décès d'un salarié non-cadre, tel que défini à l'article 15.1, est de :

- de 0 ans à 15 ans : 4 % du salaire de référence ;
- de 16 ans à 18 ans : 6 % du salaire de référence ;
- de 19 ans à 26 ans : 8 % du salaire de référence.

En toute hypothèse, pour les garanties prévues au présent article, le salaire de référence, tel que défini à l'article 17. 4. b), retenu est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale.

#### **Article 17.4.d) Bénéficiaires**

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du salarié et ceux de son conjoint, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent aux conditions suivantes.

- D'une part :
  - ils sont âgés de moins de 18 ans,
  - ou sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et remplissent l'une des conditions suivantes :
    - être sous contrat d'apprentissage,
    - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance, ○ être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
  - ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés ;
  - les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du salarié, s'ils naissent vivants et viables ;
- D'autre part :
  - ils vivent sous le même toit,
  - ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus, - ou sont fiscalement à la charge du conjoint du salarié (tel que défini ci-avant).

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint (tel que défini ci-avant), du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

#### **Article 17.4.e) Extension de la garantie pour les enfants en invalidité 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie.**

Le bénéficiaire de la rente éducation est également accordé aux enfants du salarié, et ceux de son conjoint, tels que définis ci-avant, quel que soit leur âge, reconnus invalides de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie par la Sécurité sociale.

## ***Article 17.5. Socle minimal de garanties obligatoires***

Les signataires de la présente convention, sont convenus, d'un niveau minimal de garanties de prévoyance (incapacité, invalidité et décès) devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises visées à l'article 2 de la présente annexe.

Ce socle minimal de garanties doit bénéficier à tous les salariés visés à l'article 15.1 de la présente annexe. Lorsque les garanties minimales obligatoires sont mises en place, au sein de l'entreprise, l'employeur doit :

- Pour les salariés non-cadres, s'engager au minimum à hauteur de 43 % de la cotisation globale venant financer la couverture minimale instituée à titre obligatoire.

Les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

L'assiette des cotisations est constituée par les rémunérations brutes réelles perçues par les salariés. La répartition du coût de cette cotisation, entre les salariés et l'employeur, sera réalisée, selon les modalités précitées, au sein de chaque entreprise assujettie aux obligations définies par la présente annexe. Toutefois, il est expressément convenu que cette part de cotisation supportée par le salarié soit 57 % au maximum, inclut prioritairement le financement de la prestation incapacité temporaire.

Au-delà de cette répartition conventionnelle, les signataires estiment souhaitable que la prise en charge puisse être partagée de façon égalitaire entre employeurs et salariés.

- Pour les salariés cadres, prendre en charge 100 % de la cotisation globale venant financer la couverture minimale instituée à titre obligatoire. L'assiette des cotisations est constituée par les rémunérations brutes réelles perçues par les salariés.

## ***Article 18. Revalorisation des prestations***

### ***Article 18.1. Revalorisation des prestations en cours de versement***

Les indemnités journalières complémentaires pour incapacité, les rentes d'invalidités complémentaires et les rentes d'éducation sont revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sur la base d'un indice de revalorisation déterminé dans le contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur.

Cet indice est le même pour ces trois prestations, ainsi que pour les salaires de référence mentionnés aux articles 17.2. b), 17.3. b) et 17.4. b).

### ***Article 18.2. Revalorisation des prestations en cas de changement d'organisme assureur***

Conformément à l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service à la date du changement d'organisme, y compris les prestations décès prenant la forme de rente, continueront à être revalorisées sur la base de l'indice défini à l'article 18.1.

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.

En l'absence d'organisme assureur reprenneur, en application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les dispositions contractuelles ne peuvent prévoir la cessation de la revalorisation des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du contrat, et celle-ci doit être prise en charge par le dernier organisme assureur de l'entreprise.

En cas de changement d'organisme assureur, l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale impose à l'employeur d'organiser la poursuite des revalorisations des prestations. Dès lors, la prise en charge de la revalorisation des prestations, selon les dispositions contractuelles convenues, par l'organisme assureur prenant, est conforme aux dispositions d'ordre public des articles 7 de la loi du 31 décembre 1989 et L. 912-3 du Code de la sécurité sociale.



## **Article 19. Cessation des garanties**

Les garanties cessent :

- du fait de la rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité visées à l'article 20 de la présente annexe ;
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail visées à l'article 15.2. b) de la présente annexe ;
- du fait de la liquidation, par le salarié, de sa pension de retraite relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, sauf en cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul emploi-retraite tel que défini par l'article L. 161-22 du Code de la sécurité sociale ou en cas de retraite progressive, telle que définie par l'article L. 351-15 du même code ;
- en tout état de cause, du fait de la dénonciation de la présente annexe et/ou de la résiliation du contrat d'assurance, selon les conditions et modalités définies par la loi ou ledit contrat, sans préjudice des dispositions des articles 7 et 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

## **Article 20. Maintien des garanties prévoyance**

### **Article 20.1. Portabilité**

L'adhésion est maintenue, au profit des anciens salariés, dans le cadre du dispositif de « portabilité », prévu à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

En cas de rupture du contrat de travail d'un salarié, à l'exception des cas de licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie, temporairement, du maintien de son affiliation au contrat collectif de prévoyance de l'entreprise.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le droit à portabilité est conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par cet article.

Pour rappel, l'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité dans le certificat de travail.

### **Article 20.2. Maintien des garanties prévoyance conforme aux articles 7 et 7-1 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.**

Lorsque les salariés sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention, souscrit en application de la présente annexe, est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Les modalités de revalorisation des prestations, dans ce cas, se font conformément aux dispositions de l'article 18 du présent chapitre.

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2 de la loi du 31 décembre 1989, dans le cadre d'un ou de plusieurs contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement comportant la couverture des risques décès, incapacité de travail et invalidité, la couverture du risque décès doit inclure une clause de maintien de la garantie décès en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats, conventions ou bulletins

d'adhésion à un règlement sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie 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, la convention ou le bulletin d'adhésion couvrant le risque décès.

Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents.

### **Article 21. Information des salariés**

En sa qualité de souscripteur, l'employeur est tenu de remettre, à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme complémentaire, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application conformément aux dispositions des articles L. 932-6 du Code de la sécurité sociale, L. 141-4 du Code des assurances et L. 221-6 du Code de la mutualité.

Les salariés de l'entreprise sont informés, préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

## **Chapitre IV – Mise en place de garanties présentant un degré élevé de solidarité Article 22.**

### **Objet**

Conformément aux dispositions de l'article L 912-1 du Code de la sécurité sociale, la présente annexe institue des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Les signataires du présent accord affirment leur attachement à mettre en œuvre une politique d'action sociale correspondant à la situation spécifique de la branche, et venant en supplément des actions pouvant déjà être développées par ailleurs.

Les entreprises visées à l'article 2 sont tenues d'affecter au moins 2 % de la cotisation HT pour le financement des actions et prestations au titre du degré élevé de solidarité, telles que définies par la présente annexe, dans la limite des fonds disponibles.

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) définit les garanties et prestations à caractère non directement contributif qui devront être mises en place par les entreprises visées à l'article 2. Ces garanties sont listées à l'Annexe 9.2 de la présente annexe.

### **Liste des annexes**

- Annexe 9.1 : Grille des garanties minimales frais de santé
- Annexe 9.2 : Garanties collectives non directement contributives présentant un degré élevé de solidarité (cette annexe sera établie ultérieurement).

### **Annexe 9.1 : Grille des garanties minimales frais de santé**

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>	
Frais de séjour	100 % BR
Honoraires signataire Optam/Optam CO	150 % BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	130 % BR
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	1,5 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Lit d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)	1,00 % PMSS/jour
Forfait Patient Urgence	100 % FR
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
<b>Transport sanitaire</b>	100 % BR

<b>Soins courants</b>	
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam ou non Optam	100 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	150 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non-signataire Optam/Optam CO	130 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	150 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non-signataire Optam/Optam CO	130 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	150 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie non-signataire Optam/Optam CO	130 % BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	200 % BR
<b>Forfait actes lourds</b>	100 % FR

<b>Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15 % par Séc Soc)</b>	100 % BR
---	----------

<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires	125 % BR
Implant dentaire (scanner - pose - pilier)	Néant
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Séc Soc	Néant

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
Orthodontie remboursée par Séc Soc	225 % BR
Orthodontie non remboursée par Séc Soc	Néant
Parodontologie remboursée par Séc Soc	125 % BR
Parodontologie non remboursée par Séc Soc	Néant
<b>Soins et prothèses dentaires 100 % Santé (1)</b>	
Inlay core	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
<b>Panier maîtrisé (2)</b>	
Inlay, onlay	225 % BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
<b>Panier libre (3)</b>	
Inlay, onlay	225 % BR
Prothèses dentaires	225 % BR
Inlay core	225 % BR
<b>Optique</b>	
<p>Équipement optique (1 monture + 2 verres)</p> <p>Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire.</p> <p>Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</p>	Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
Chirurgie optique réfractive	Néant
<b>Optique adulte/enfant - équipement de classe A - 100 % Santé</b>	
<p>Équipements optique 100 % Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant</p> <p>Prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)</p> <p>Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)</p>	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
<b>Optique adulte/enfant - équipement de classe B au tarif libre (5)</b>	
Monture + deux verres simples	250 €
Monture + deux verres complexes	350 €
Monture + deux verres très complexes	450 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	300 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	350 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	400 €
Prestation d'appariage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100 % des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100 % des Prix Limites de Vente

<b>Optique adulte/enfant</b>	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100 % des Prix Limites de Vente
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100 % des Prix Limites de Vente
Lentilles prises en charge par la Séc Soc	200 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM
Lentilles non prises en charge par la Séc Soc	200 € par an et par bénéficiaire

<b>Prothèses auditives</b>	
<b>Appareillage à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 (6)</b>	
<b>Equipements 100 % Santé (7)</b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	

<b>Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel</b>	<b>Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale</b>
<b>Equipements libres (8)</b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	200 % BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	100 % BR

<b>Autres postes</b>	
Médecine douce et sevrage tabagique	Ostéopathie, Chiropraxie, Psychomotricité, Etiopathie, Acupuncture, Substituts nicotiniques, maxi 25 € par séance ou intervention et 4 séances ou interventions en tout par an
Forfait maternité ou adoption	150 €
Cures thermales	Néant
Assistance	Oui

<b>Actes de prévention selon contrat responsable</b>	
Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code	
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières 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.	100 % BR
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100 % BR

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
3. 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.	100 % BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100 % BR
5. 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 : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	100 % BR
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 1621-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100 % BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	100 % BR
<b>Actes non remboursés par la Sécurité Sociale</b> Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)	Néant

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019-21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.

(7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(8) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

(9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018



POUR LES SALARIÉS DES PETITES ENTREPRISES  
ET DU PARTICULIER EMPLOYEUR

**UNE COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ POUR SE SOIGNER  
CORRECTEMENT,  
C'EST IMPORTANT!**

