

Brochure n° 3062

Convention collective nationale

IDCC : 2332. – **ENTREPRISES D'ARCHITECTURE**

AVENANT N° 2 DU 26 FÉVRIER 2009
À L'ACCORD DU 5 JUILLET 2007 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET0950429M
IDCC : 2332

Entre :

Le SDA ;

L'UNSFSA,

D'une part, et

La CFE-CGC BTP, section professionnelle SPABEIC ;

La FNCB SYNATPAU CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Conditions de suspension des garanties

L'article 6 « Conditions de suspension des garanties » de l'accord Mutuelle santé de la convention collective est remplacé par le suivant :

« Article 6

Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien de salaire de l'employeur, d'indemnités journalières versées par l'employeur ou un tiers) la garantie est maintenue

moyennant le versement par l'employeur des cotisations correspondantes. Dans ce cas, la cotisation est calculée sur la base de l'assiette prévue à l'article 12.1 et selon la même répartition employeur-salarié.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné moyennant le versement des cotisations correspondantes par l'employeur à l'organisme assureur sur la base du dernier salaire d'activité. La cotisation correspondante est financée à la charge exclusive du salarié, mais elle reste réglée par l'employeur à l'organisme assureur en même temps que les cotisations des salariés actifs.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné. »

Article 2

Cas de dérogation au caractère obligatoire

L'article 4.2 « Cas de dérogation au caractère obligatoire » de l'accord Mutuelle santé de la convention collective est remplacé par le suivant :

« Article 4.2

Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément à la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur, lequel doit préalablement informer les salariés de cette faculté. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois ;
- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois et qui justifient avoir déjà souscrit un contrat par ailleurs ;
- salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) auprès d'un seul employeur dont la cotisation salariale est au moins égale à 10 % de leur rémunération. Deux possibilités : renonciation par écrit ou prise en charge intégrale de la cotisation par l'employeur. Ces dispositions s'appliquent également aux apprentis ;
- salariés en couple travaillant dans la même entreprise : possibilité pour l'un des deux membres du couple de s'affilier en tant qu'ayant droit du deuxième ;
- salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé jusqu'à l'échéance annuelle. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation) ;

- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) ;
- salariés qui bénéficient déjà, à la date d'adhésion de l'entreprise, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé par leur conjoint. La couverture du salarié doit bien relever d'une obligation imposée au conjoint et non pas d'une adhésion facultative. Cette disposition n'est valable qu'à la date d'adhésion de l'entreprise. Cette faculté n'est plus ouverte après cette date pour les salariés embauchés postérieurement ;
- salariés déjà couverts à titre individuel : dispense d'affiliation temporaire pour la durée restant à courir entre la date d'adhésion de l'entreprise et la date d'échéance du contrat individuel. Cette dispense ne vise que les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en place du système obligatoire et ne concerne pas les salariés embauchés postérieurement.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 1 mois à compter de la mise en place du régime dans l'entreprise ou, pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 1 mois qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation. »

Article 3

Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Les 3 premiers alinéas de l'article 5.2 « Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle) » de l'accord Mutuelle santé de la convention collective sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires, de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières (définies aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale), la contribution forfaitaire (instaurée par l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale) et les franchises médicales (instaurées par l'article L. 322-2-III du code de la sécurité sociale) ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement. »

Article 4

Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle

Les 3 premiers alinéas de l'annexe I modifiée de l'accord Mutuelle santé de la convention collective « Garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires, de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières (définies aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale), la contribution forfaitaire (instaurée par l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale) et les franchises médicales (instaurées par l'article L. 322-2-III du code de la sécurité sociale) ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement. »

Article 5

Date d'effet, dépôt, extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2009. Il sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

Par ailleurs, les parties conviennent de demander au ministère chargé de la sécurité sociale et au ministère chargé du budget l'extension et l'élargissement du présent avenant, afin de le rendre applicable à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale des entreprises d'architecture, et ce en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 26 février 2009.

(Suivent les signatures.)