

Brochure n° 3367

Convention collective nationale

IDCC : 2847. – PÔLE EMPLOI

ACCORD DU 18 MARS 2011

RELATIF À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1150601M

IDCC : 2847

PRÉAMBULE

Le présent accord vise à fixer les caractéristiques de garanties collectives à titre obligatoire, communes à tous les agents de Pôle emploi, en matière de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance, dans le cadre d'une démarche de contrat responsable afin de maintenir au bénéfice des agents la défiscalisation de leurs cotisations. Il respecte donc les règles fixées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, ses décrets d'application n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et tout autre texte s'y rapportant ainsi que les dispositions de l'article 49 de la convention collective nationale.

Ces garanties sont spécifiques à la couverture de la population concernée et tiennent compte des dispositifs de protection sociale réglementaires et conventionnels des deux statuts, privé et public, des agents de Pôle emploi.

Le dispositif repose sur la solidarité familiale entre les affiliés, dans le respect des principes de transparence et de non-discrimination. Il comprend une combinaison de garanties de protection sociale complémentaire incluant les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et ceux liés à la maternité, dénommés frais de soins de santé, ainsi que les risques d'incapacité de travail, tout ou partie des risques d'invalidité et ceux liés au décès. Il inclut par ailleurs, à titre facultatif, une garantie dépendance.

Ce dispositif repose également sur la solidarité entre les biens et les moins bien portants. Ainsi, la tarification concernant la couverture des frais de soins de santé et de prévoyance ne peut pas être établie sur la base d'un questionnaire médical préalable ni en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de son âge. Par ailleurs, il n'y a aucun délai de carence au moment de l'affiliation à ces garanties.

CHAPITRE I^{ER}

BÉNÉFICIAIRES

Article 1.1

Agents en activité

Les bénéficiaires de ces garanties sont les agents en activité, en contrat à durée indéterminée ou déterminée ou en contrat de travail aidé, régis par la convention collective nationale de Pôle emploi et ceux relevant du décret statutaire de 2003, ainsi que les fonctionnaires détachés. Ces garanties s'appliquent quelle que soit la nature du contrat de l'agent, sans condition d'ancienneté.

Selon les dispositions de la loi du 13 août 2004 et dans le cadre du contrat responsable, les agents concernés doivent cotiser au titre des garanties obligatoires instituées par le présent accord. Cependant, les agents sous contrat à durée déterminée, peuvent bénéficier, sur leur demande expresse, d'une dispense d'affiliation sous réserve qu'ils justifient être couverts, pour les mêmes risques, par une assurance individuelle.

Article 1.2

Agents en congé sans traitement

Les agents en congé sans traitement au titre de l'article 28 de la convention collective nationale de Pôle emploi et ceux en congé pour raison familiale ou personnelle en application du titre V du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ainsi que les agents en congé pour convenance personnelle ou dans l'intérêt du service (articles 26 et 27 du décret statutaire de 2003) peuvent, sur leur demande, bénéficier de la garantie liée au remboursement des frais de soins de santé.

Dans ce cas, les agents en congé de solidarité familiale ou en congé en vue de l'adoption ou en congé de présence parentale bénéficient de la prise en charge de la part patronale de la cotisation dans les mêmes conditions que les agents en activité.

Pour tous les autres motifs de congé sans traitement, les cotisations relatives à cette souscription sont intégralement à la charge des agents concernés.

Article 1.3

Anciens agents indemnisés au titre du chômage

Les anciens agents de Pôle emploi, dont la rupture du contrat de travail, hors cas de licenciement pour faute lourde, ouvre droit au bénéfice de l'allocation pour perte d'emploi, précédemment affiliés au présent régime, conservent sauf renonciation expresse, après leur départ définitif, le bénéfice de leurs garanties de frais de soins de santé et de prévoyance pendant une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail appréciée en mois entiers dans la limite de 9 mois. Le maintien des garanties est financé conjointement par Pôle emploi et l'ancien agent dans les mêmes proportions qu'antérieurement et dans les conditions applicables aux agents en activité.

Article 1.4

Retraités

Les retraités dont le dernier employeur était une des institutions ayant fusionné (ANPE, Assedic), les agents retraités de Pôle emploi dont la liquidation de la retraite est intervenue avant la date de mise en place de ces garanties, ainsi que les agents partant à la retraite après cette date, peuvent demander à bénéficier de la garantie liée au remboursement des frais de soins de santé, pour les premiers avant le 30 juin 2012 et, pour les autres, dans les 6 mois suivant la date de leur départ à la retraite. Cette souscription est facultative et volontaire.

Les cotisations relatives à cette garantie sont intégralement à leur charge.

Un tarif plus avantageux que celui qui pourrait résulter d'une adhésion individuelle sera négocié lors du dialogue compétitif dans le cadre de l'appel d'offre européen. Il visera à obtenir des candidats une offre spécifique en terme de tarification basée sur la particularité de la population concernée.

CHAPITRE II

NATURE DES GARANTIES

Le dispositif comporte les garanties ci-après :

Article 2.1

Garantie de frais de soins de santé obligatoire

Cette garantie assure le remboursement des dépenses de soins de santé, en complément de la prise en charge de la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement exposés. Cette garantie s'entend déduction faite du montant des participations forfaitaires ou franchises prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale qui restent à la charge de l'agent.

Article 2.2

Garantie de prévoyance obligatoire

L'objectif est d'offrir aux agents en activité une protection supplémentaire face aux aléas de l'existence, en complément des prestations réglementaires et conventionnelles spécifiques aux deux statuts privé et public :

- l'incapacité-invalidité couvre sous certaines conditions les pertes de salaire en cas d'arrêt de travail ;
- la rente éducation vise la protection des enfants en cas de décès de l'agent ;
- la rente de conjoint assure sous certaines conditions une rente viagère ou temporaire ;
- la garantie décès permet le versement d'un capital en cas de décès de l'agent.

Cette garantie assure aux agents en activité qui y ont souscrit le versement d'une rente mensuelle lorsqu'ils justifient des conditions législatives ou réglementaires requises.

CHAPITRE III

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET DE MATERNITÉ

Article 3.1

Financement

Les cotisations relatives à la garantie mentionnée à l'article 3.2 ci-dessous sont exprimées de manière forfaitaire. Les cotisations relatives à cette garantie sont prises en charge annuellement à hauteur de 75 % de leur montant global par Pôle emploi et les 25 % restant à la charge de l'ensemble des agents en activité.

Article 3.2

Garantie de frais de soins de santé obligatoire

La cotisation individuelle correspond à un forfait fixé annuellement, dont la prise en charge est assurée par l'agent à hauteur d'un pourcentage de son salaire brut qui sera déterminé en fonction des coûts arrêtés à l'issue du dialogue compétitif réalisé dans le cadre de l'appel d'offres.

La charge salariale de 25 % est supportée collectivement par les agents et n'est pas traduite sous forme d'un pré-compte forfaitaire mensuel, mais d'un taux exprimé en pourcentage du salaire brut mensuel de l'agent.

Ce taux est obtenu en divisant le forfait de base par le salaire brut moyen à Pôle emploi. Ce forfait de base est égal à 25 % du coût mensuel global du régime (charges salariales et patronales incluses).

Du fait de l'application d'un taux unique appliqué au salaire brut mensuel de chaque agent, la cotisation versée est proportionnelle aux gains de chacun. Aucun agent ne doit cotiser au-delà de 60 % de ce forfait, Pôle emploi participant donc à hauteur de 40 % à minima de celui-ci.

Le pourcentage retenu pour la première année est ensuite réajusté au 1^{er} janvier de chaque année et ce, pour les 12 mois de l'année civile en cours, afin que la répartition moyenne de la prise en charge globale des cotisations soit maintenue, tel que prévu, à hauteur de 75 % pour Pôle emploi et de 25 % pour les agents.

Article 3.3

Cotisation

Forfait de base :

La cotisation individuelle est exprimée sous la forme d'un montant forfaitaire réestimée annuellement en fonction des résultats du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après avis de la commission de suivi prévue à l'article 10.1 du présent accord. Cette cotisation couvre les agents et leurs ayants droit, tels que définis à l'article 3.4 du présent accord. Dans ce cadre les agents peuvent bénéficier du tiers payant et du système Noémie pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi sur sa rémunération brute totale soumise à cotisation sécurité sociale.

Régime optionnel :

Il est proposé deux formules optionnelles permettant l'affiliation facultative de la personne vivant avec l'agent, dès lors qu'elle ne travaille pas à Pôle emploi, ainsi que ses ayants droit au titre de la sécurité sociale. Ce système, appelé option couple, fonctionne selon les deux niveaux de garantie suivants :

- une cotisation complémentaire optionnelle de premier niveau, prise en charge intégralement par l'agent, est proposée au conjoint, à la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin de l'agent assuré au titre de la sécurité sociale, sur présentation d'une attestation de vie maritale, ainsi que leurs ayants droit, non à charge de l'agent assuré au titre de la sécurité sociale, dans le cas où les intéressés ne bénéficient pas d'une mutuelle par ailleurs. Ils bénéficient des liaisons Noémie et des services de tiers payant.
- une cotisation complémentaire optionnelle de second niveau, prise en charge intégralement par l'agent, est proposée au conjoint, à la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin de l'agent assuré au titre de la sécurité sociale, sur présentation d'une attestation de vie maritale, ainsi que leurs ayants droit, non à charge de l'agent assuré au titre de la sécurité sociale, dans le cas où l'intéressé bénéficie d'une mutuelle par ailleurs. Ils ne bénéficient pas dans ce cadre des services de tiers payant et sont noémisés auprès de la mutuelle intervenant en premier rang.

Article 3.4

Ayants droit du forfait de base

Les prestations de la garantie de remboursement des frais de soins de santé sont accordées à l'agent assuré et à ses ayants droit, lesquels sont :

- son conjoint à charge au titre de la sécurité sociale ;
- la personne ayant conclu avec un agent célibataire, divorcé ou veuf un pacte civil de solidarité (Pacs) et à charge au titre de la sécurité sociale ;
- le concubin d'un agent célibataire, divorcé ou veuf, à charge au titre de la sécurité sociale sur présentation d'une attestation de vie maritale ;
- les enfants considérés comme ayants droit par la sécurité sociale au titre de l'agent assuré, ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), de son conjoint ou concubin, à charge au titre de la sécurité sociale ainsi que les enfants de moins de 21 ans qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à un pourcentage du Smic mensuel selon les règles en vigueur ;
- le conjoint demandeur d'emploi ou le concubin ou la personne ayant conclu avec un agent célibataire, divorcé ou veuf, un pacte civil de solidarité (Pacs), ayant fait l'objet d'une affiliation volontaire optionnelle antérieure, est considéré comme conjoint à charge s'il ne perçoit pas d'indemnités de chômage ou à l'expiration de ses droits aux prestations de chômage ;
- les enfants reconnus par la maison départementale du handicap (MDPH) atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une quelconque activité rémunératrice (ressources mensuelles au maximum égales au quart du plafond mensuel de la sécurité sociale en ce qui concerne exclusivement les ressources d'origine professionnelle, abstraction faite des compléments de salaire versés par l'Etat et de toutes ressources attachées au handicap).

Sont considérés également comme bénéficiaires jusqu'à la fin du mois du 28^e anniversaire :

- les enfants qui poursuivent leurs études et qui :
 - soit bénéficient du régime des étudiants en application de l'article L. 381-3 du code de la sécurité sociale ;

- soit sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'agent assuré, ou de ses ayants droit (conjoint, concubin ou de la personne liée à l'assuré par un pacte social de solidarité, à la charge de l'assuré au titre de la sécurité sociale) ;
- les enfants qui sont en contrat d'apprentissage, en contrat de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à un pourcentage du Smic mensuel selon les règles en vigueur ;
- les enfants primo-demandeurs d'emploi, inscrits à Pôle emploi.

Sont également bénéficiaires les ascendants qui sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'agent assuré ou de ses ayants droit (conjoint, concubin ou personne liée à l'agent par un pacte social de solidarité, à la charge de l'agent au titre de la sécurité sociale).

Article 3.5

Prestations

Les prestations décrites au contrat couvrent les bénéficiaires cotisants et ayants droit au titre du forfait de base et des régimes optionnels selon leur niveau d'affiliation.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'Etat conformément à l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les majorations du ticket modérateur pour non-respect du parcours médical et non-communication du dossier médical, et plus généralement toutes les pénalités qui en découlent (art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale) ne sont pas prises en charge.

Les prestations sont détaillées dans le tableau joint en annexe I.

La prise en charge mutualiste est calculée acte par acte.

Les sommes restant à la charge du participant sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

A l'issue de l'appel d'offres, les prestations et garanties, risque par risque, de ces régimes ne peuvent être moins favorables que celles dont bénéficient les agents de Pôle emploi depuis l'entrée en vigueur de la convention collective nationale de Pôle emploi.

CHAPITRE IV

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Article 4.1

Financement

Les cotisations relatives à la garantie prévue à l'article 4.2 ci-dessous sont assises sur la rémunération mensuelle brute totale de l'agent. Elles sont réparties entre Pôle emploi et les agents conformément aux taux indiqués dans le tableau figurant dans cet article.

Compte tenu des spécificités attachées à chacun des deux statuts, privé et public, en matière, d'une part, de durée d'indemnisation par l'employeur et/ou par le régime complémentaire de maintien du revenu en cas d'arrêt de travail et, d'autre part, de la nature de l'affection, les cotisations relatives à la garantie prévue à l'article 4.2 du présent accord feront l'objet de deux tarifications distinctes. En effet, ce double décalage justifie techniquement la mise en place d'un taux de cotisation propre à chaque population.

Article 4.2

Garantie de prévoyance obligatoire

La participation de Pôle emploi et des agents sur le montant de la cotisation se répartit comme suit, selon la tranche de rémunération.

TRANCHE	PART SALARIALE	PART PATRONALE
A	26 %	74 %
B	38 à 45 %	62 à 55 %
C	50 %	50 %

Les parties à négociation se rencontreront pour réajuster et préciser les taux dans les fourchettes proposées ci-dessus en fonction des coûts arrêtés à l'issue du dialogue compétitif réalisé dans le cadre de l'appel d'offres.

Article 4.3

Cotisations

Les cotisations individuelles sont exprimées sous forme d'un pourcentage de la rémunération mensuelle brute totale soumise à cotisation sécurité sociale répartie selon les tranches de rémunération (tranche A, tranche B, tranche C) tel que présenté dans le tableau figurant à l'article 4.2 du présent accord.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi.

Article 4.4

Prestations

La garantie proposée comporte un choix entre plusieurs options de couverture tel que présenté dans le tableau figurant en annexe II. Le montant de la cotisation est indépendant de l'option choisie.

Une option regroupe un ensemble prédéfini de garanties exprimées à des niveaux déterminés. Chaque agent choisit obligatoirement une option parmi celles proposées. En cas d'absence de choix, l'option 1 lui est appliquée par défaut.

En cas de demande de changement d'option, celui-ci intervient au premier jour du mois suivant cette demande.

Article 4.5

Assurance incapacité (maladie, accident)

La garantie contre le risque d'incapacité de travail assure à l'agent, sans condition d'ancienneté et pendant toute la durée du bénéfice des indemnités journalières de la sécurité sociale, le versement d'une prestation différentielle. Cette prestation permet de maintenir à l'agent des ressources mensuelles égales au maximum à 1/12 de sa rémunération annuelle nette totale au cours des 12 mois ayant précédé la date d'arrêt de travail initial. Elle intervient en complément :

- pour les agents de droit privé, des indemnités journalières de sécurité sociale et du maintien partiel du salaire conventionnel dans les conditions prévues par l'article 30 de la convention collective nationale de Pôle emploi ;
- pour les agents de droit public, des indemnités journalières de sécurité sociale, du maintien partiel de la rémunération en application des dispositions du décret du 17 janvier 1986 modifié, et des prestations complémentaires versées au titre du régime de maintien de revenu obligatoire instauré par le décret n° 99-528 du 25 juin 1999 modifié.

Les directions d'établissement prendront des dispositions évitant aux agents concernés d'être en rupture de versement financier de nature à créer un déséquilibre dans leurs ressources mensuelles, dans la période de transition correspondant à l'arrêt du versement salarial et au versement de l'indemnité prévoyance. Les modalités de mise en œuvre de cette disposition seront précisées par instruction du directeur général.

Article 4.6

Assurance invalidité

La garantie contre le risque lié à l'invalidité assure le versement, après épuisement des droits à prestations servies au titre de l'assurance incapacité de travail, d'une rente mensuelle aux agents reconnus en invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie par la sécurité sociale, au sens de l'article L. 314-4 du code de la sécurité sociale.

Pour une invalidité de 1^{re} catégorie au sens de la sécurité sociale ou pour les bénéficiaires d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente partielle compris entre 33 % et 65 %, la rente mensuelle est égale à 48 % de 1/12 de la rémunération brute totale de l'agent au cours des 12 mois précédant la date d'arrêt de travail initial ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale et de la rémunération totale ou partielle maintenue par Pôle emploi.

Pour une invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie au sens de la sécurité sociale ou une invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente partielle ou totale est égal ou supérieur à 66 %, la rente mensuelle est égale à 80 % de 1/12 de la rémunération brute totale de l'agent au cours des 12 mois précédant la date d'arrêt de travail initial ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale et de la rémunération totale ou partielle maintenue par Pôle emploi, ainsi que, le cas échéant, de la prestation versée au titre du régime de prévoyance complémentaire des agents de droit public institué par le décret n° 99-528 du 25 juin 1999 modifié.

Article 4.7

Garantie décès

La garantie contre le risque lié au décès assure, selon l'option souscrite par l'agent, le versement conformément au tableau joint en annexe II, soit :

- d'un capital ;
- d'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente éducation aux enfants à charge ;
- d'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente temporaire ou viagère au conjoint survivant ;
- d'un capital auquel s'ajoutent le versement d'une rente éducation aux enfants à charge et d'une rente temporaire ou viagère au conjoint survivant.

CHAPITRE V

GARANTIE DÉPENDANCE FACULTATIVE

A titre facultatif, une garantie contre le risque lié à la dépendance est proposée pour assurer, aux agents qui y souscrivent, le versement d'une rente mensuelle lorsqu'ils justifient soit d'un classement en groupe iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 et 2) défini en application de l'article R. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, soit de ne plus pouvoir exécuter les actes ordinaires de la vie courante au sens du 3 de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations devront être déterminées sur la base d'un montant mensuel de rente viagère égal à 500 € par mois avec une proposition de barème de cotisations et de prestations pouvant permettre d'atteindre une rente égale à 2 500 € par mois. Le prestataire devra proposer un indice de revalorisation annuelle dans le cadre du dialogue compétitif. Il ne sera appliqué aucune exclusion ou limite de prise en charge de cette garantie en dehors des exclusions ou limites légales.

Les agents bénéficiaires de cette garantie, partant à la retraite ou quittant Pôle emploi en cours de carrière, peuvent, s'ils le souhaitent, conserver cette garantie.

La souscription à la garantie dépendance est financée par des cotisations distinctes prélevées mensuellement par Pôle emploi sur les salaires des agents souscripteurs en activité. Les agents en retraite ou ayant quitté Pôle emploi verseront mensuellement leur cotisation directement à l'organisme assureur.

CHAPITRE VI

ACTION DE SOLIDARITÉ

Dans les cas particulièrement graves où, soit par suite d'absence ou d'insuffisance de remboursement de la sécurité sociale, soit par suite d'accident de la vie, des sommes importantes sont portées à la charge de l'agent ou de ses ayants droit, celui-ci ou ceux-ci peuvent présenter une demande d'aide au titre de la solidarité auprès du fonds social collectif du prestataire.

Par ailleurs, Pôle emploi interrogera les candidats, lors du dialogue compétitif, sur les solutions spécifiques propres à leur organisme à destination de tous leurs adhérents, concernant les services offerts sans contrepartie de cotisation, notamment en matière d'accès au logement (caution locative, prêt d'installation, caution d'acquisition, assurance emprunteur), d'allocation de tierce personne pour les invalides de 3^e catégorie, etc.

CHAPITRE VII

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en place de cette couverture de frais de soins de santé et de prévoyance fait l'objet de la conclusion de contrats avec un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée après appel d'offre européen. Ces contrats peuvent être conclus auprès des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, à l'exception de celles bénéficiant pour les risques à garantir des dispositions de l'article L. 211-5 du code de la mutualité, ou d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou encore d'entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

Au cours du dialogue compétitif, Pôle emploi veillera dans le choix des prestataires à leur capacité à mettre en œuvre l'ensemble des prestations des contrats, notamment la présence des relais et le tiers payant, sur l'ensemble du territoire national (DOM, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon compris).

Les organisations syndicales, parties à négociation, sont associées à l'ensemble du processus de mise en place et du choix du ou des prestataires, notamment à l'élaboration du cahier des charges et à l'audition des soumissionnaires.

Article 7.1

Commission de suivi

Une commission paritaire nationale de suivi du présent accord est instituée pour assurer le contrôle, l'analyse et le suivi des comptes et la gestion de ce dispositif. Cette commission est composée de trois membres par organisation syndicale partie à négociation et des représentants de la direction de Pôle emploi. Les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par son règlement intérieur adopté à la majorité de ses membres.

L'équilibre financier des régimes est étudié chaque année par la commission de suivi en fonction du rapport présenté par les organismes assureurs et des indicateurs définis par la commission en lien avec le(s) titulaire(s) du contrat. Par ailleurs, en cas de modification substantielle de la réglementation de remboursement de la sécurité sociale susceptible de remettre en cause de façon importante l'équilibre financier du régime, la commission de suivi se réunit à titre exceptionnel pour en examiner les conséquences et proposer les évolutions nécessaires à la CPNN de négociation dans le cadre des dispositions relatives à la révision du présent accord. Toute modification du niveau des garanties ou de la nature des prestations ne peut intervenir que dans le cadre d'une révision du présent accord.

La commission veillera à vérifier l'impact de la mise en œuvre de ces garanties sur la population des femmes dans la continuité des travaux concernant l'égalité professionnelle femmes-hommes. Des indicateurs pertinents et efficaces seront mis en place afin de vérifier que le présent accord ne vienne pas en aggravation de la situation des femmes à Pôle emploi, ni en accroissement des inégalités entre les femmes et les hommes.

Tout impact financier sur les régimes notamment lié à des évolutions législatives et/ou réglementaires fera l'objet d'un examen en commission de suivi.

Article 7.2

Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il se substitue à tous les textes et dispositions conventionnels existants portant sur les mêmes objets à la date de sa prise d'effet. Il est annexé à la convention collective nationale de Pôle emploi, conformément à l'article 49, paragraphe 1, de cette convention. Sauf stipulation contraire d'une des

parties signataires du présent accord ou d'une des parties signataires de la convention collective nationale, il s'intègre dans la convention collective nationale de Pôle emploi.

Il pourra être révisé par avenant dans les conditions légales, notamment dans le cas où les parties à négociation décident de mesures additionnelles.

Article 7.3

Date d'entrée en application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

CHAPITRE VIII

DÉPÔT ET PUBLICITÉ

Le présent accord est déposé, conformément aux dispositions légales en vigueur, au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail selon les modalités en vigueur.

Fait à Paris, le 18 mars 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Pôle emploi.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

FSU ;

UNSA.

ANNEXE I

GARANTIE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Les remboursements des dépenses de soins de santé s'entendent remboursements de la sécurité sociale inclus dans la limite des frais réellement exposés.

Les sommes restant à charge de l'agent sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du code de sécurité sociale.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'Etat conformément à l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les majorations du ticket modérateur pour non-respect du parcours médical et non-communication du dossier médical, et plus généralement toutes les pénalités qui en découlent ne sont pas prises en charge dans le cadre de la présente garantie.

POSTE	NIVEAU DES GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, salle d'opération	600 % BR	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Honoraires déclarés à la sécurité sociale, actes codifiés en K, y compris IVG		
Chambre particulière (frais hospitalisation chirurgicale)	6 % PMSS par jour	
Chambre particulière (frais hospitalisation médicale)	6 % PMSS par jour	
Forfait hospitalier	100 % du forfait	
Frais d'accompagnement	6 % PMSS par jour (enfant à charge < 14 ans ou adulte > 70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de mois de 18 ans	2,50 % PMSS par jour	
Transport (remboursé par la sécurité sociale)	100 % TCSS	
Actes médicaux		
Généraliste	100 % (FR limitée à 600 % BR)	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Spécialiste	100 % (FR limitée à 600 % BR)	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Radiologie	100 % (FR limitée à 600 % BR)	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Analyses acceptées par la sécurité sociale	100 % (FR limitée à 600 % BR) – SS	
Auxiliaires médicaux	200 % TCSS-SS	
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation)	100 % (FR limitée à 600 % BR)	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale)		
– à 65 % – à 35 % – à 15 %	100 % BR	
Dentaire		
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	200 % BR	
Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core et clavette)	450 % BR	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	450 % BR	
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	300 % BR – SS estimée	
Parodontologie	115 % TCSS	

POSTE	NIVEAU DES GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèse dentaire non remboursée	300 % BR – SS estimée	
Implant non remboursé par la sécurité sociale	10 % PMSS par implant par bénéficiaire	
Supplément intermédiaire de bridge sur la base d'un BR de 43 €	300 % BR – SS estimée	
Gingivectomie	115 % TCSS	
Prothèses non dentaires		
Prothèse auditive adulte acceptée par la sécurité sociale	25,50 % PMSS par prothèse	
Prothèse auditive adulte refusée par la sécurité sociale	19,50 % PMSS par prothèse	
Prothèse auditive enfant acceptée par la sécurité sociale	25,50 % PMSS par prothèse	
Prothèse auditive enfant refusée par la sécurité sociale	19,50 % PMSS par prothèse	
Orthopédie et autres prothèses acceptées par la sécurité sociale	365 % BR	
Optique	Plafond : 1 paire de lunettes (verres et monture) par an par bénéficiaire	
Monture adulte	7 % PMSS par an par bénéficiaire	
Par verre adulte	100 % FR – SS, limitée à 4 % PMSS + 2 500 % BR par an par bénéficiaire	
Monture enfants (moins de 18 ans)	6 % PMSS	
Par verre enfant	100 % FR – SS, limitée à 2,5 % PMSS + 2 000 % BR par an par bénéficiaire	
Lentilles remboursées par la sécurité sociale, y compris les lentilles d'adaptation	8 % PMSS par paire	
Lentilles non remboursées et jetables	8,5 % PMSS par an par bénéficiaire	
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	20 % PMSS (21 jours maxi)	
Frais de voyages et hébergement	20 % PMSS (21 jours maxi)	
Refusée par la sécurité sociale, effectuée en France, sur accord du médecin-conseil du prestataire	15 % PMSS	
Maternité		
Chambre particulière	6 % PMSS par jour	
Forfait par enfant (y compris adoption)	20 % PMSS	
Divers		
Chirurgie de l'œil non prise en charge par la sécurité sociale	15 % PMSS par œil par an par bénéficiaire	
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale : anti-grippe saisonnière	100 % FR	
Vaccins pris en charge par la sécurité sociale	100 % FR	
Forfait actes médicaux > 91 €	100 % du forfait	
Ostéodensitométrie osseuse	2 % PMSS par an par bénéficiaire	
Contraceptifs oraux non pris en charge par la sécurité sociale	5 % PMSS par an par bénéficiaire	
Consultation diététicien, lutte obésité	3 % PMSS par an par bénéficiaire	
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 € par an par bénéficiaire	
Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie...)	35 € par séance avec maxi 4 séances par an par bénéficiaire	
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival	2 séances par an par bénéficiaire	

POSTE	NIVEAU DES GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Dépistage des troubles de l’audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage/5 ans par bénéficiaire	
<p>Par dérogation pour les adultes, en cas de bris, il est accordé une paire de lunettes supplémentaire par an et par adulte, sur présentation de la facture acquittée mentionnant qu’il s’agit d’une casse et sur présentation de décompte de la sécurité sociale correspondant à cette casse. Il n’est pas appliqué de limite par an pour les enfants de moins de 16 ans.</p> <p>FR = frais réels.</p> <p>BR = base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>PMSS = plafond mensuel de sécurité sociale ; montant du PMSS au 1^{er} janvier 2011 = 2 946 €.</p> <p>TCSS = tarif conventionné de la sécurité sociale.</p> <p>Les remboursements forfaitaires annuels ou les limites par an et par bénéficiaire sont appliqués par année civile.</p>		

Les prestations figurant dans ce tableau et n'ouvrant pas droit au remboursement de la sécurité sociale devront être négociées au cas par cas lors du dialogue compétitif avec les prestataires. Celles-ci figureront en option dans le cahier des charges. Ces options seront éventuellement levées à la notification du marché correspondant, en fonction des coûts proposés par les prestataires et des dépenses induites à la charge de Pôle emploi et des agents. Les parties à négociation se rencontreront pour décider, au cas par cas, de la levée ou non de ces options.

En tout état de cause, à l'issue de cet appel d'offres, les prestations et garanties risque par risque de ces régimes ne peuvent être moins favorables que celles dont bénéficient les agents de Pôle emploi depuis l'entrée en vigueur de la convention collective nationale de Pôle emploi.

Régime Alsace-Moselle

Les remboursements des dépenses de soins de santé s'entendent remboursements de la sécurité sociale inclus dans la limite des frais réellement exposés.

Les sommes restant à charge de l'agent sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du code de sécurité sociale.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'Etat conformément à l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les majorations du ticket modérateur pour non-respect du parcours médical et non-communication du dossier médical, et plus généralement toutes les pénalités qui en découlent ne sont pas prises en charge dans le cadre de la présente garantie.

POSTE	NIVEAU DES GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, salle d'opération	600 % BR	100 % (FR limitée à 600 % BR)
Honoraires déclarés à la sécurité sociale, actes codifiés en K, y compris IVG		
Chambre particulière (frais hospitalisation chirurgicale)	100 % FR limitée à 6 % PMSS par jour	
Chambre particulière (frais hospitalisation médicale)	100 % FR limitée à 6 % PMSS par jour	
Forfait hospitalier	100 % du forfait	
Frais d'accompagnement	6 % PMSS par jour (enfant à charge < 14 ans ou adulte > 70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,50 % PMSS par jour	
Transport (remboursé par la sécurité sociale)	100 % TCSS	
Actes médicaux		
Généraliste	100 % (FR limitée à 600 % BR)	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Spécialiste	100 % (FR limitée à 600 % BR)	90 % (FR limitée à 600 % BR)
Radiologie	100 % (FR limitée à 600 % BR)	100 % (FR limitée à 600 % BR)
Analyses acceptées par la sécurité sociale	100 % (FR limitée à 600 % BR) – SS	
Auxiliaires médicaux	200 % TCSS – SS	
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation)	100 % (FR limitée à 600 % BR)	100 % (FR limitée à 600 % BR)
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale)		
– à 65 % – à 35 % – à 15 %	100 % BR	
Dentaire		
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	650 % BR	
Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core et clavette)	650 % BR	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	650 % BR	
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	650 % BR – SS estimée	
Parodontologie	650 % TCSS	
Prothèse dentaire non remboursée	650 % BR – SS estimée	

POSTE	NIVEAU DES GARANTIES
Implant non remboursé par la sécurité sociale	15 % PMSS par implant par bénéficiaire
Supplément intermédiaire de bridge sur la base d'un BR de 43 €	650 % BR – SS estimée
Gingivectomie	650 % TCSS
Prothèses non dentaires	
Prothèse auditive adulte acceptée par la sécurité sociale	25,50 % PMSS par prothèse
Prothèse auditive adulte refusée par la sécurité sociale	19,50 % PMSS par prothèse
Prothèse auditive enfant acceptée par la sécurité sociale	25,50 % PMSS par prothèse
Prothèse auditive enfant refusée par la sécurité sociale	19,50 % PMSS par prothèse
Orthopédie et autres prothèses acceptées par la sécurité sociale	365 % BR
Optique	Plafond : 1 paire de lunettes (verres et monture) par an par bénéficiaire
Monture adulte	100 % FR limitée à 7 % PMSS par an par bénéficiaire
Par verre adulte	100 % FR – SS, limitée à 4 % PMSS + 2 500 % BR par an par bénéficiaire
Monture enfants (moins de 18 ans)	100 % FR limitée à 6 % PMSS
Par verre enfant	100 % FR – SS, limitée à 2,5 % PMSS + 2 000 % BR par an par bénéficiaire
Lentilles remboursées par la sécurité sociale, y compris les lentilles d'adaptation	100 % FR limitée à 8 % PMSS par paire
Lentilles non remboursées et jetables	100 % FR limitée à 8,5 % PMSS par an par bénéficiaire
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	23,5 % PMSS (21 jours maxi)
Frais de voyages et hébergement	
Refusée par la sécurité sociale, effectuée en France, sur accord du médecin-conseil du prestataire	17 % PMSS
Maternité	
Chambre particulière	100 % FR limitée à 6 % PMSS par jour
Forfait par enfant (y compris adoption)	23 % PMSS
Divers	
Chirurgie de l'œil non prise en charge par la sécurité sociale	20 % PMSS par œil par an par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale : anti-grippe saisonnière	100 % FR
Vaccins pris en charge par la sécurité sociale	100 % FR
Forfait actes médicaux > 91 €	100 % du forfait
Ostéodensitométrie osseuse	5 % PMSS par an par bénéficiaire
Contraceptifs oraux non pris en charge par la sécurité sociale	7 % PMSS par an par bénéficiaire
Consultation diététicien, lutte obésité	5 % PMSS par an par bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 € par an par bénéficiaire
Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie...)	45 € par séance avec maxi 4 séances par an par bénéficiaire
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival	2 séances par an par bénéficiaire
Dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage/5 ans par bénéficiaire

POSTE	NIVEAU DES GARANTIES
<p>Par dérogation pour les adultes, en cas de bris, il est accordé une paire de lunettes supplémentaire par an et par adulte, sur présentation de la facture acquittée mentionnant qu'il s'agit d'une casse et sur présentation de décompte de la sécurité sociale correspondant à cette casse. Il n'est pas appliqué de limite par an pour les enfants de moins de 16 ans.</p> <p>FR = frais réels.</p> <p>BR = base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>PMSS = plafond mensuel de sécurité sociale ; montant du PMSS au 1^{er} janvier 2011 = 2 946 €.</p> <p>TCSS = tarif conventionné de la sécurité sociale.</p> <p>Les remboursements forfaitaires annuels ou les limites par an et par bénéficiaire sont appliqués par année civile.</p>	

Les prestations figurant dans ce tableau et n'ouvrant pas droit au remboursement de la sécurité sociale devront être négociées au cas par cas lors du dialogue compétitif avec les prestataires. Celles-ci figureront en option dans le cahier des charges. Ces options seront éventuellement levées à la notification du marché correspondant, en fonction des coûts proposés par les prestataires et des dépenses induites à la charge de Pôle emploi et des agents. Les parties à négociation se rencontreront pour décider, au cas par cas, de la levée ou non de ces options.

En tout état de cause, à l'issue de cet appel d'offres, les prestations et garanties risque par risque de ces régimes ne peuvent être moins favorables que celles dont bénéficient les agents de Pôle emploi depuis l'entrée en vigueur de la convention collective nationale de Pôle emploi.

ANNEXE II
RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

	PROPOSITION RÉGIME À OPTIONS			
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Capitaux décès				
Célibataire, veuf, divorcé, séparé sans enfant	250 % TABC	250 % TABC	250 % TABC	250 % TABC
Conjoint, concubin, Pacs, union libre sans enfant	400 % TABC	400 % TABC	150 % TABC	150 % TABC
Majoration par personne à charge	135 % TABC	0 % TABC	135 % TABC	0 % TABC
Rente d'éducation				
Enfants jusqu'à 16 ans révolus	Néant	15 % TABC	Néant	15 % TABC
Enfants de 17 ans et, si étude, de 18 à 26 ans	Néant	20 % TABC	Néant	20 % TABC
Rente orphelin	Néant	100 % rente éducation	Néant	100 % rente éducation
Rente conjoint				
Viagère (y compris majoration familiale jusqu'à 2 enfants à charge)	Néant	Néant	0,50 % TABC* (65 – x)	0,50 % TABC* (65 – x)
Majoration familiale/enfant à charge à partir du 3 ^e	Néant	Néant	10 % de la rente viagère	10 % de la rente viagère
Temporaire (jusqu'à réversion retraite complémentaire)	Néant	Néant	0,25 % TABC* (x – 25)	0,25 % TABC* (x – 25)
Garanties annexes décès				
Capital supplémentaire décès accidentel	100 % TABC + 30 % majoration pour personne à charge	100 % TABC + 30 % majoration pour personne à charge	100 % TABC + 30 % majoration pour personne à charge	100 % TABC + 30 % majoration pour personne à charge
Décès postérieur conjoint (double effet)	50 % cap. décès option 1	50 % cap. décès option 1	50 % cap. décès option 1	50 % cap. décès option 1
Prédéces conjoint/enfant	200 % PMSS	200 % PMSS	200 % PMSS	200 % PMSS
Invalidité absolue et définitive (IAD 3 ^e catégorie de la sécurité sociale)	100 % cap. décès option 1 + 100 % TABC si non marié	100 % cap. décès option 1 + 100 % TABC si non marié	100 % cap. décès option 1 + 100 % TABC si non marié	100 % cap. décès option 1 + 100 % TABC si non marié

	PROPOSITION RÉGIME À OPTIONS			
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Arrêt de travail En relais et complément Pôle emploi/sécurité sociale/ autres prestations Incapacité de travail (cf § 4.5) Invalidité catégorie 1 Invalidité catégories 2 et 3	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC
TABC = rémunération brute annuelle totale de l'agent. PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale.				