

Brochure n° 3085

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 16. – TRANSPORTS ROUTIERS**  
**ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT**

ACCORD DU 24 MAI 2011

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1150928M

IDCC : 16

Entre :

L'UFT ;

L'UNOSTRA,

D'une part, et

La FGTE CFDT ;

La FGT CFTC ;

La FNCR ;

Le SNATT CFE-CGC,

D'autre part,

Dans la continuité des dispositifs de prévoyance instaurés conventionnellement dans le secteur du transport routier de voyageurs, les partenaires sociaux ont souhaité mettre en place une nouvelle obligation conventionnelle consistant en la souscription d'un régime obligatoire de remboursements complémentaires de frais de soins de santé au profit de salariés des entreprises de transport routier de voyageurs visés dans le présent accord.

Le présent accord ne saurait remettre en cause les contrats obligatoires préexistants dans les entreprises qui respectent les conditions de contribution fixées ci-après.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champs d'application*

1. Entreprises

Le présent accord est applicable aux entreprises de transport routier de voyageurs visées à l'article 1<sup>er</sup> de la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport, à savoir les entreprises enregistrées sous les codes NAF 49.39A et 49.39 B.

2. Salariés bénéficiaires

Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble des salariés (ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) des entreprises susvisées. Les cas spécifiques de maintien des droits sont visés à l'article 6 du présent accord.

Dans les situations suivantes, les salariés peuvent néanmoins être dispensés d'adhésion :

- lors de la mise en place, pour la première fois, d'une couverture santé dans l'entreprise :
  - les salariés déjà couverts par des garanties frais de soins de santé à titre obligatoire (par exemple, par son conjoint ou assimilé tel que défini ci-après) ;
  - les salariés déjà couverts par des garanties frais de soins de santé à titre individuel, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du présent régime et la date d'échéance du contrat individuel.
- lors de la mise en place, pour la première fois, d'une couverture santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche :
  - les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU-C) jusqu'à l'échéance de leurs droits ;
  - les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
  - les salariés à employeurs multiples bénéficiant d'une couverture de frais de soin de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
  - les salariés à temps très partiel qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération ;
  - pour les couples travaillant dans la même entreprise, il est offert la possibilité de s'affilier ensemble ou séparément (un des deux membres du couple pouvant être ayant droit de l'autre affilié en propre).

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

### 3. Ayants droit

Les salariés visés au point 2 de l'article 1<sup>er</sup> du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint couvert ou non par la sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié. Est assimilé au conjoint, le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la sécurité sociale faisant foi) ainsi que la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le ou les enfant(s) de moins de 21 ans considérés comme ayants droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne liée par un pacte civil de solidarité. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire :
  - pour les enfants affiliés à la sécurité sociale des étudiants ;
  - pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi ;
  - pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

## Article 2

### *Garanties*

Les garanties instituées par les contrats conclus en application du présent accord doivent s'inscrire dans le cadre des contrats responsables se conformant au cahier des charges de ce type de contrats.

Les garanties ont pour objectif de compléter les remboursements de la sécurité sociale et sont exprimées en complément des prestations en nature des assurances maladie et maternité de la sécurité sociale et dans la limite du reste à charge acte par acte (hors pénalités, franchises et contributions) :

- soit sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (RSS) ;
- soit sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) ;
- soit selon un remboursement forfaitaire exprimé de manière monétaire ou en fonction du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ;
- soit en pourcentage des frais réels sous déduction des prestations de la sécurité sociale ;
- soit en pourcentage du ticket modérateur défini comme la différence entre la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de 1 € ou d'une franchise).

Les garanties instituées par les contrats conclus en application du présent accord doivent répondre aux exigences de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et de son décret d'application, notamment :

- les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant ;
- les obligations minimales de prise en charge des médicaments remboursables par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches) ;
- la prise en charge de deux des prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
- la non-prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés (hors secteur I) et de la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins ;
- la non-prise en charge de la participation forfaitaire et des franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale – comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire – qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

Le gestionnaire procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou, le cas échéant, encore sur pièces justificatives des dépenses réelles. Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

### **Article 3**

#### *Choix de l'organisme assureur*

Pour la mise en place du régime ou pour chaque renouvellement du contrat, le choix de l'organisme assureur est laissé à la libre appréciation de chaque entreprise après avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel lorsqu'ils existent.

A défaut de choix d'un organisme assureur à la fin du délai de 6 mois visé à l'article 7 du présent accord, l'entreprise contractera, pour un délai minimum de 3 ans, auprès de l'organisme ou d'un des organismes désignés par la commission spécifique « Appel d'offres » visée à l'article 9 du présent accord afin de mettre en place un dispositif respectant les dispositions du présent accord.

A l'issue de ce délai, l'entreprise pourra soit choisir de contracter avec le ou un des organismes désignés par la commission « Appel d'offres », soit opter pour un autre organisme assureur, dans les conditions de financement du présent accord, étant noté que le changement d'opérateur doit se faire sans rupture temporelle de la couverture « frais de santé » des salariés.

#### **Article 4**

##### *Obligations faites aux organismes assureurs retenus*

L'organisme assureur doit respecter les dispositions légales et réglementaires en vigueur ainsi que leur évolution.

Ainsi, conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée à l'employeur par l'organisme assureur retenu par l'entreprise, sera obligatoirement remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du contrat signé.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'organisme assureur retenu par l'entreprise est tenu de proposer une couverture identique à destination des personnes visées par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dans la limite d'une cotisation fixée au maximum à 150 % de la cotisation totale (part salariale et part patronale) d'un actif.

L'organisme assureur retenu par l'entreprise prend en charge la suite des états pathologiques nés antérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord.

En plus du régime conventionnel obligatoire, il est demandé à l'organisme assureur retenu par l'entreprise de proposer au moins un régime complémentaire facultatif à destination du salarié et/ou de ses ayants droit définis à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord. L'adhésion à ce dernier pour le salarié et ses ayants droit définis à l'article 1<sup>er</sup> étant facultative et son coût, sans préjuger de la négociation en entreprise, reposant sur le salarié.

Enfin, sous réserve de l'évolution de la réglementation sociale et fiscale et des niveaux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, il est demandé à l'organisme ou aux organismes désignés au niveau national de garantir une stabilité tarifaire pour une période sur 3 ans.

#### **Article 5**

##### *Financement*

Les charges du régime conventionnel obligatoire sont réparties entre l'entreprise et le salarié.

La contribution de l'employeur, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle à la rémunération conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, doit respecter le montant minimal ci-dessous détaillé.

L'entreprise est tenue de consacrer au financement du dispositif un montant minimal équivalent à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié et par mois.

Pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle, le montant minimal est de 0,30 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié et par mois.

La cotisation totale (part patronale et part salariale) au régime est :

- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime général : a minima de 1 % du PMSS par salarié et par mois ;
- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle : a minima de 0,6 % du PMSS par salarié et par mois.

Ainsi, sauf accord d'entreprise ou d'établissement prévoyant une prise en charge différente, le salarié doit contribuer au financement du régime à la même hauteur que l'entreprise.

La cotisation est due, pour chaque salarié bénéficiaire, au terme du premier mois civil entier d'emploi dans l'entreprise, à terme échu. Ainsi, lorsqu'un salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant. En cas de rupture du contrat de travail (notamment

licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai) au cours du mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due, à terme échu.

## Article 6

### *Cessation des garanties et cas de maintien des droits*

En dehors de l'hypothèse visée à l'article 11 du présent accord, l'adhésion prend fin en cas de décès ou à la date de rupture du contrat du salarié avec son entreprise (départ en retraite sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent également être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié, pour la durée du dernier contrat de travail en vigueur dans l'entreprise, appréciée en mois entier dans la limite de 9 mois, avec effet au premier jour du mois qui suit la rupture du contrat de travail. Les garanties cessent pour les bénéficiaires de la portabilité :
  - en cas de reprise d'une activité professionnelle ;
  - dès qu'ils ne peuvent plus justifier le statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
  - au plus tard au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article 14 de l'ANI ;
  - à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
  - en cas de décès.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelle que cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prorogée d'autant.

- les bénéficiaires du mécanisme de maintien des couvertures santé de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin, c'est-à-dire les anciens salariés bénéficiaires d'une allocation de chômage, d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'incapacité à la conduite, d'un congé de fin d'activité, d'une pension de retraite et les assurés du chef du salarié décédé, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès. Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de maintien des droits, à défaut de mécanisme de mutualisation, la cotisation salariale de financement du régime est à la charge de l'ancien salarié et prélevée selon les modalités prévues par le contrat signé entre l'entreprise et l'organisme assureur. En cas de changement d'organisme assureur pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

De même, en cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation. Par dérogation, pour les conducteurs en période scolaire (CPS), la couverture est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail avec ou sans maintien de salaire, et le montant afférent à la part salariale, retenue par anticipation, pourra être réparti sur la période de versement du salaire si la rémunération n'est pas lissée.

Il est enfin rappelé que, pour les salariés bénéficiaires des dispositions de l'accord du 7 juillet 2009 sur la garantie d'emploi et la poursuite des relations de travail en cas de changement de prestataire dans le transport interurbain de voyageurs, les garanties sont maintenues dans les conditions prévues par la nouvelle entreprise.

## **Article 7**

### *Mise en œuvre en entreprise*

Sous réserve du respect des règles de financement prévues à l'article 5 du présent accord, les contrats obligatoires déjà mis en place dans les entreprises subsistent dans toutes leurs dispositions. Les entreprises sont considérées comme remplissant les obligations du présent accord lorsqu'elles versent cette somme dans le cadre du dispositif d'une complémentaire santé qu'elles ont souscrit ou lorsqu'elles versent cette somme sous forme de dotation spécifique au comité d'entreprise qui a souscrit un dispositif de complémentaire santé pour les salariés de l'entreprise.

Les entreprises n'ayant pas déjà aménagé un tel dispositif disposent d'un délai maximal de 6 mois suivant l'entrée en application visé à l'article 10 du présent accord pour conclure un contrat conforme aux dispositions du présent accord.

## **Article 8**

### *Commission de suivi de l'accord*

Il est institué, dans le cadre de la commission nationale d'interprétation et de conciliation, une commission nationale de suivi, composée des parties signataires ou adhérentes au présent accord, chargée de traiter des éventuelles difficultés d'interprétation des présentes dispositions et de suivre l'évolution de l'état financier des régimes mis en place par le ou les opérateurs désignés.

## **Article 9**

### *Commission spécifique « Appel d'offres »*

Une commission spécifique, composée de l'ensemble des organisations syndicales et patronales représentatives en transport routier de voyageurs, est créée par le présent accord.

Cette commission spécifique sera notamment chargée, tous les 3 ans, de :

- élaborer le cahier des charges ;
- lancer l'appel d'offres ;
- analyser les résultats à l'appel d'offres ;
- arrêter le ou les opérateurs désignés.

A cette fin, la commission spécifique définie ci-dessus devra se réunir une première fois dans les 2 mois suivant la signature du présent accord.

## **Article 10**

### *Entrée en application*

En dehors des dispositions de l'article 9, le présent accord entre en application le premier jour de l'année civile suivant son extension.

Par dérogation, si l'arrêté d'extension du présent accord est publié au de la République française au premier semestre 2012, le présent accord entrera en application au 1<sup>er</sup> juillet 2012.

## **Article 11**

### *Révision et modification*

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

## **Article 12**

### *Dépôt et extension*

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-1 et L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 24 mai 2011.

(Suivent les signatures.)