

Brochure n° 3115

Convention collective nationale

**IDCC : 2335. – PERSONNELS DES AGENCES
GÉNÉRALES D'ASSURANCES**

ACCORD DU 24 JUIN 2015

PORTANT CRÉATION D'UN RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

NOR : ASET1550718M

IDCC : 2335

PRÉAMBULE

Le présent accord est pris en application de la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 qui prévoit, en son article 1^{er}, la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés.

Dans le cadre de cette loi, il est apparu important aux partenaires sociaux de la branche de :

- renforcer la protection sociale des salariés qui ne bénéficient pas déjà d'une couverture en matière de frais de santé, en instituant au niveau de la branche des garanties minimales communes ;
- rendre la branche attractive en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs ;
- ne pas remettre en cause les régimes préexistants dans les agences, qui pourront continuer à maîtriser la gestion et le pilotage de leur régime, dès lors qu'il sera conforme au présent accord.

La branche professionnelle rappelle que la couverture au titre d'un régime frais de santé des salariés des agences générales d'assurance relève de la responsabilité totale des agents généraux d'assurance, sans recommandation d'un organisme, leur assurant ainsi libre concurrence et liberté, sous réserve du respect des garanties minimales définies au présent accord.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux agences générales d'assurance relevant du champ d'application défini à l'article 1^{er} de la convention collective nationale du personnel des agences générales d'assurances du 2 juin 2003.

Article 2

Objet

Le présent accord collectif instaure une couverture minimale en matière de frais de santé au profit des salariés des agences générales d'assurance entrant dans le champ d'application du présent accord.

La mise en œuvre du présent dispositif n'a pas pour objet la remise en cause d'un régime déjà existant plus favorable.

En conséquence, les agences disposant au jour de l'arrêté d'extension du présent accord d'un régime frais de santé mis en place selon les dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et comprenant des garanties d'un niveau équivalent ou supérieur à celles définies dans le présent accord peuvent conserver leur régime.

La comparaison se fait obligatoirement à partir des garanties « frais d'optique » et « frais dentaires » plus une troisième garantie au choix de l'agent général.

Par exception, les régimes même plus favorables ne répondant pas aux exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application pourront être adaptés pour être mis en conformité.

Article 3

Salariés concernés

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail (CDI et CDD) ou d'un contrat d'apprentissage, ayant une ancienneté au sein de l'agence d'au moins 6 mois.

Les garanties prévues au présent accord sont suspendues de plein droit dans les cas où le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause.

Cependant, par dérogation, le bénéfice des garanties est maintenu durant les périodes de suspension du contrat de travail dès lors que le salarié bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou du versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, notamment en cas de maladie, maternité ou accident.

Article 4

Caractère obligatoire du régime de frais de santé et dispenses d'affiliation

Le présent accord institue un régime frais de santé obligatoire pour les salariés entrant dans son champ d'application.

Par exception, conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés qui le souhaitent peuvent être dispensés d'affiliation au présent dispositif de frais de santé, en fournissant les justificatifs correspondant et à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande.

A titre d'information, cette dispense concerne les salariés qui relèvent de l'une des situations suivantes :

- les salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime, à la condition de fournir à leur employeur une attestation justifiant de leur couverture : les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMU-C ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, et cela jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure : la dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire autre que le régime obligatoire frais de santé mis en place dans le cadre du présent article, quel que soit l'organisme choisi par l'employeur et conforme à la réglementation de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année ;

- les apprentis et salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous les documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les apprentis et salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Article 5

Portabilité

Les salariés bénéficiaires du présent régime, qui remplissent les conditions posées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, bénéficieront, selon les modalités prévues par ce texte, de la portabilité de leur régime de frais de santé en cas de cessation de leur contrat de travail.

Il est rappelé que les employeurs ont l'obligation de mentionner, lors de la mise en œuvre de la portabilité, le bénéfice de celle-ci dans le certificat de travail.

A l'échéance de la période de portabilité, les salariés pourront adhérer, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à la structure d'accueil proposée par l'organisme assureur au bénéfice des anciens salariés.

Article 6

Répartition de la cotisation

La cotisation afférente au dispositif de garantie de frais de santé définie à l'article 8 est répartie de la manière suivante : 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Il est rappelé que les 50 % à la charge de l'employeur constituent un minimum.

Article 7

Respect des critères de responsabilité

Le présent dispositif de frais de santé est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application.

Article 8

Tableau de garanties

GARANTIE	NIVEAU DE GARANTIE (en complément de l'assurance maladie)
Hospitalisation	
Frais de séjour	100 % TM
Honoraires chirurgie	100 % TM
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait
Frais de transport remboursés par la sécurité sociale	100 % TM
Soins de ville	
Consultation généraliste	100 % TM
Consultation spécialiste	100 % TM
Analyses et auxiliaires médicaux	100 % TM
Radiologie	100 % TM
Prothèses médicales	100 % TM
Petits actes de chirurgie	100 % TM

GARANTIE	NIVEAU DE GARANTIE (en complément de l'assurance maladie)
Pharmaceutique	100 % TM (sauf SMR faible et modéré + homéopathie)
Frais dentaires	
Soins	100 % de la base RSS
Prothèses remboursées	200 % de la base RSS
Orthodontie	150 % de la base RSS
Frais d'optique	
Verres simples	Forfait 250 € par 2 ans, dont 150 € maxi pour monture (forfait annuel si évolution de la vue)
Verres complexes	Forfait 400 € par 2 ans, dont 150 € maxi pour monture (forfait annuel si évolution de la vue)
Verres très complexes	Forfait 450 € par 2 ans, dont 150 € maxi pour monture (forfait annuel si évolution de la vue)
1 verre simple + 1 verre complexe	Forfait 300 € par 2 ans, dont 150 € maxi pour monture (forfait annuel si évolution de la vue)
1 verre simple + 1 verre très complexe	Forfait 330 € par 2 ans, dont 150 € maxi pour monture (forfait annuel si évolution de la vue)
1 verre complexe + 1 verre très complexe	Forfait 400 € par 2 ans, dont 150 € maxi pour monture (forfait annuel si évolution de la vue)
Lentilles prescrites remboursées ou non par la sécurité sociale	Forfait 200 € par 2 ans (forfait annuel si évolution de la vue)
Médecines douces	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étio- pathe, naturopathe, acupuncteur	Forfait 200 € par an
Prévention	
Sevrage tabagique (patch, gomme...)	Forfait 50 € par an
Vaccin antigrippe	100 % FR (1 vaccin par an)
Cure	
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale (y compris le transport et l'hébergement)	100 % TM
Verres simples : - 6 / + 6 ou cylindre ≤ 4. Verres complexes : > - 6 / + 6 ou cylindre > 4 et multifocaux ou progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone de - 8 / + 8 ou sphériques hors zone de - 4 à + 4. TM : ticket modérateur. FR : frais réels. Base RSS : base de remboursement du régime obligatoire.	

Article 9

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2015. Les agences disposent d'un délai de 6 mois pour se mettre en conformité avec ses dispositions. En tout état de cause, les nouvelles mesures s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2016.

Il peut être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues aux articles 4 et 5 de la convention collective nationale du personnel des agences générales d'assurances du 2 juin 2003.

Article 10

Suivi

Les signataires conviennent de se réunir une fois par an et en tant que de besoin pour étudier l'évolution du régime de complémentaire santé dans la branche professionnelle.

Article 11

Publicité. – Extension

Le présent accord est déposé, conformément aux dispositions légales en vigueur, auprès de l'administration compétente ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires sont convenues de demander sans délai l'extension du présent accord, AGEA étant chargée des formalités à accomplir à cette fin.

Fait à Paris, le 24 juin 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

AGEA.

Syndicats de salariés :

UNSA banques ;

FSPBA CGT ;

SN2A CFTC ;

SNCAMCCAA CFE-CGC ;

FBA CFDT.