

Brochure n° 3051

**Convention collective nationale**

**IDCC : 567. – BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRE  
ET ACTIVITÉS QUI S'Y RATTACHENT**

**ACCORD DU 17 JUILLET 2015**

**RELATIF AU CONTRAT DE GARANTIES FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1550786M

IDCC : 567

Entre :

La FFBJOC,

D'une part, et

La FGMM CFDT ;

La FNSM CFTC ;

La FCM CGT-FO ;

La FTM CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

*Objet et champ d'application*

Les partenaires sociaux ont, par accord de branche signé le 17 juillet 2015, instauré l'obligation de souscrire un contrat d'assurance collective comportant des garanties frais de santé, conforme aux exigences requises par l'accord précité, au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent qui sont affiliés au régime général ou au régime Alsace-Moselle de sécurité sociale (dénommé dans la suite du document « l'accord collectif »).

Dans ce cadre, ils ont décidé de recommander aux entreprises de la branche de souscrire auprès du groupement de coassurance mutualiste visé dans l'accord collectif (dénommé dans la suite du document « l'organisme assureur ») un contrat d'assurance dédié, dont les principales dispositions sont exposées dans le présent contrat de garanties collectives, permettant ainsi aux entreprises de participer à un périmètre de mutualisation.

Le présent contrat-cadre a pour objet de formaliser l'acceptation par l'organisme assureur de sa recommandation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 ainsi que les conditions d'assurance sur lesquelles portent son engagement.

Il est établi au regard de la législation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Lorsque la législation ou la réglementation viennent modifier la portée des engagements du présent

contrat, l'organisme assureur recommandé procède à la révision des conditions contractuelles en lien avec les partenaires sociaux, dans les conditions définies à l'article 7.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur ne peut refuser la souscription d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord collectif.

L'organisme assureur recommandé s'engage à proposer systématiquement, aux entreprises relevant du champ d'application de l'accord collectif, les niveaux de couverture définis à l'article 4 du présent contrat-cadre.

La mise en œuvre et le suivi du régime mutualisé auprès de l'organisme assureur sont assurés par la commission paritaire nationale, dans les conditions visées au protocole technique et financier (cf. art. 7.2 « Comptes de résultats mutualisés »), au protocole de gestion et aux conditions générales du contrat d'assurance frais de santé annexés <sup>(1)</sup> au présent contrat.

## **Article 2**

### *Souscription du contrat par les entreprises*

#### 2.1. Souscription du contrat d'assurance

Trois contrats collectifs d'assurance constituent l'ensemble contractuel proposé par l'organisme assureur pour mettre en œuvre le régime frais de santé défini par l'accord collectif de branche du 17/7/2015.

Chacun d'eux est composé de deux parties indissociables :

- les conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations, les obligations réciproques des parties ;
- les conditions particulières, définissant la date d'effet de l'adhésion, les taux de cotisation, la (ou les) catégorie(s) de personnel assurée(s), les garanties couvertes.

Les parties peuvent résilier ces contrats d'assurance selon les dispositions fixées aux conditions générales de ces derniers.

Ces contrats d'assurance ne peuvent être souscrits que par les entreprises relevant de la convention collective de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent.

Dans l'hypothèse d'un changement d'activité entraînant pour une entreprise adhérente sa sortie du champ de la convention collective, ils prendront fin selon les modalités prévues dans les conditions générales desdits contrats.

#### 2.2. Bénéficiaires

L'adhésion des salariés (et, le cas échéant, de leurs ayants droit) est formalisée par la signature d'un bulletin individuel d'affiliation.

Aucune sélection médicale n'est effectuée.

##### 2.2.1. Définition des salariés bénéficiaires

Conformément à l'accord collectif, le contrat d'assurance permet de couvrir :

- à titre obligatoire : tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent affiliés au régime général ou au régime Alsace-Moselle de sécurité sociale.

L'obligation d'affiliation des salariés au contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses autorisées par la réglementation et prévues dans l'accord collectif.

Dans le cas où l'entreprise souscrit uniquement aux garanties de base, les salariés ont la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à l'option supplémentaire facultative.

---

(1) Annexes non publiées.

Les cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

### 2.2.3. Ayants droit couverts à titre facultatif

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés assurés peuvent demander que leurs ayants droit tels que définis par le contrat collectif d'assurance à affiliation obligatoire bénéficient d'une couverture à adhésion facultative, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

On entend par ayant droit du salarié :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement, à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- Est assimilé au conjoint du salarié :
  - son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) :

Est considérée comme partenaire de Pacs, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du code civil. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires ;

- son concubin :

Est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du code civil, sous réserve qu'une période de vie commune de 1 année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du salarié ;

Enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants à charge au sens de la sécurité sociale ;
- les enfants jusqu'au jour de leur 26<sup>e</sup> anniversaire satisfaisant au moins à l'une des conditions suivantes :
  - s'ils poursuivent leurs études ;
  - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
  - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
  - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel ;
- les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (allocation d'enfant handicapé ou d'adulte handicapé).

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du membre participant sont considérés comme à charge.

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement.

## Article 3

### *Cotisations*

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations mensuelles, calculées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

La structure des cotisations est la suivante :

- salarié : le salarié de l'entreprise ayant souscrit le contrat (cotisation obligatoire ou pour les salariés qui ont retenu une amélioration de leur niveau de couverture en adhérant à l'option supplémentaire facultative) ;
- conjoint : le conjoint du salarié tel que défini à l'article 2.2.3 ci-dessus (cotisation additionnelle facultative) ;
- enfant : l'enfant à charge tel que défini à l'article 2.2.3 ci-dessus (cotisation additionnelle facultative) ; la cotisation est gratuite à compter du troisième enfant à charge.

Les montants des cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de la signature du présent contrat-cadre.

La cotisation ainsi définie inclut le financement du maintien de la garantie prévu par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Ce financement mutualisé s'applique pour l'ensemble des bénéficiaires et niveaux de garanties assurés par les contrats collectifs souscrits par l'entreprise.

L'organisme assureur s'engage à maintenir les cotisations visées à l'accord collectif jusqu'au 31 décembre 2018, sauf en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire.

Dans ce cas, les modifications seront entérinées dans les conditions définies à l'article 7.

Les taux de cotisation applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2016 sont les suivants.

### 3.1. Salariés couverts à titre obligatoire

#### 1. Régime de base

*(En pourcentage.)*

RÉGIME GÉNÉRAL		BASE
Actifs	Salarié obligatoire	1,42
	Conjoint facultatif	1,58
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,76

*(En pourcentage.)*

RÉGIME ALSACE-MOSELLE		BASE
Actifs	Salarié	0,99
	Conjoint facultatif	1,11
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,53

#### 2. Régime de base + surcomplémentaire à titre obligatoire pour l'entreprise et obligatoire pour le salarié

*(En pourcentage.)*

RÉGIME GÉNÉRAL		BASE + surcomplémentaire
Actifs	Salarié obligatoire	1,79
	Conjoint facultatif	2,00
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	1,02

(En pourcentage.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE		BASE + surcomplémentaire
Actifs	Salarié	1,36
	Conjoint facultatif	1,53
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,76

La cotisation « salarié obligatoire » comprend une part de 10 % liée aux frais de gestion et une part de 2 % affectée au financement des prestations à caractère non directement contributif définies ci-dessous à l'article 6.

Les cotisations « conjoint » et « enfants » (facultatif) comprennent une part de 12 % liée aux frais de gestion.

### 3.2. Salariés couverts à titre facultatif et ayants droit couverts à titre facultatif

Les cotisations additionnelles servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

(En pourcentage.)

RÉGIMES GÉNÉRAL ET ALSACE-MOSELLE		BASE + surcomplémentaire
Actifs	Salarié	0,42
	Conjoint facultatif	0,50
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,30

Les cotisations de l'option souscrite à titre facultatif comprennent une part de 12 % liée aux frais de gestion.

## Article 4

### Garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement des organismes assureurs sont précisés ci-après.

Les prestations définies aux conditions particulières des contrats d'assurance souscrits par l'entreprise s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats responsables », définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, et à l'ensemble de ses textes d'application.

En cas d'évolution de ce cadre, le contrat d'assurance est mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, dans les conditions définies à l'article 7.

**Tableau de garanties. – Régime de base**

GARANTIE	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale	
	Régime de base	Surcomplémentaire (base incluse)
<b>Hospitalisation</b>		
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100 % de la BR	250 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire CAS	120 % de la BR	200 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire non CAS	100 % de la BR	125 % de la BR
Chambre particulière	25 € par jour	50 € par jour
Chambre particulière en maternité	25 € par jour limité à 6 jours par séjour	50 € par jour limité à 6 jours par séjour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Forfait actes lourds	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans	25 € par jour	50 € par jour
<b>Pratique médicale courante</b>		
Consultations : visite d'un omnipraticien CAS	120 % de la BR	120 % de la BR
Consultations : visite d'un omnipraticien non CAS	100 % de la BR	100 % de la BR
Consultations : visites spécialistes CAS	125 % de la BR	200 % de la BR
Consultations : visites spécialistes non CAS	105 % de la BR	125 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR	100 % de la BR
Actes de spécialité CAS	125 % de la BR	200 % de la BR
Actes de spécialité non CAS	105 % de la BR	125 % de la BR
Radiologie-ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale CAS	120 % de la BR	120 % de la BR
Radiologie-ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale non CAS	100 % de la BR	100 % de la BR
<b>Médecine alternative</b>		
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe	25 € par séance et dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance et dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Pharmacie</b>		
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	Ticket modérateur	Ticket modérateur

GARANTIE	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale	
	Régime de base	Surcomplémentaire (base incluse)
Autres vaccins non remboursés par la sécurité sociale	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Automédication <sup>(1)</sup>	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
<b>Transport</b>		
Frais de transport	100 % de la BR	100 % de la BR
<b>Optique</b>	Frais d'optique ; les garanties s'entendent : mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ; adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.	
Verres et monture	Selon grille (ci-après)	Selon grille (ci-après)
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale y compris jetables	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
Chirurgie, opération oculaire	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 375 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 800 €
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires	200 % de la BR	200 % de la BR
Inlay-core et inlay à clavette	200 % de la BR	200 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	350 % de la BR	450 % de la BR
Implantologie	325 € par implant	750 € par implant
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	250 % de la BR	350 % de la BR
<b>Appareillage</b>		
Orthopédie et prothèses diverses	100 % de la BR	200 % de la BR
Prothèses auditives	100 % de la BR	200 % de la BR
<b>Allocations forfaitaires</b>		
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 50 €	Allocation forfaitaire égale à 50 €
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
<b>Prévention</b>		
Frais de prévention réglementaire	Prise en charge des actes de prévention dans la limite des prestations garanties par le contrat <sup>(2)</sup>	Prise en charge des actes de prévention dans la limite des prestations garanties par le contrat <sup>(2)</sup>
<p>(1) Remboursement de médicaments considérés comme tels, ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché et vendus en officine.</p> <p>(2) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.</p> <p>A la date de signature de l'accord, ces garanties sont conformes aux décrets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;</li> <li>– n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins.</li> </ul> <p>BR : base de remboursement.</p> <p>CAS : contrat d'accès aux soins.</p>		

## Grilles optiques

GRILLE OPTIQUE régime de base	ENFANTS < 18 ANS						ADULTES					
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)	
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>												
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	50 €	180 €		2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	85 €	270 €	
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	60 €	200 €		2263459, 2265330, 228060, 2282793	4,12 €	2,47 €	95 €	290 €	
Sphère < - 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	65 €	210 €		2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	105 €	310 €	
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques</b>												
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	55 €	190 €		2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100 €	300 €	
Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	65 €	210 €		2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110 €	320 €	
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	70 €	220 €		2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	120 €	340 €	
Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	75 €	230 €		2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	130 €	360 €	
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</b>												
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	80 €	240 €		2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	170 €	440 €	
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	90 €	260 €		2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	190 €	480 €	
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</b>												
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	100 €	280 €		2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	220 €	540 €	
Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	110 €	300 €		2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250 €	600 €	



GRILLE OPTIQUE régime de base		ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent : – mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ; – adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.											

GRILLE OPTIQUE régime de base		ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)
<b>Monture</b>	2210546	30,49 €	18,29 €	80 €	80 €		2223342	2,84 €	1,70 €	100 €	100 €
(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent : – mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ; – adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.											

GRILLE OPTIQUE surcomplémentaire		ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>											
Sphère de – 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70 €	240 €		2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110 €	370 €
Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80 €	260 €		2263459, 2265330, 228060, 2282793	4,12 €	2,47 €	120 €	390 €
Sphère < – 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	85 €	270 €		2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130 €	410 €

GRILLE OPTIQUE surcomplémentaire	ENFANTS < 18 ANS						ADULTES				
	Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques</b>											
	Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	75 €	250 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	125 €	400 €
	Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85 €	270 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	135 €	420 €
	Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	90 €	280 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	145 €	440 €
	Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	95 €	290 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	155 €	460 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</b>											
	Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	100 €	300 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	195 €	540 €
	Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	110 €	320 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	215 €	580 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</b>											
	Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	120 €	340 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	245 €	640 €
	Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	130 €	360 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	275 €	700 €
(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent : - mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ; - adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.											

GRILLE OPTIQUE régime de base		ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
Garantie		Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)
<b>Monture</b>		2210546	30,49 €	18,29 €	100 €	100 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150 €	150 €
(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent : – mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire : – adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.											

## Article 5

### *Maintien de garanties issu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et de l'article 4 de la loi Evin. – Cas de suspension du contrat de travail*

#### 5.1. Maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 et dont le contrat de travail cesse, bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture prévue par les contrats, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur gestionnaire, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

#### 5.2. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant qu'actifs, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise, à conditions d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise, à condition d'avoir été affiliés aux contrats en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 5.1 ;
- les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès du salarié.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi Evin et, le cas échéant, aux personnes garanties du chef du salarié décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les 2 mois suivant le décès du salarié (à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur en temps utile).

L'organisme assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail par l'employeur, dans les meilleurs délais.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Sous réserve du respect des délais de formulation des demandes de maintien exposées ci-avant, les garanties prennent effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail ou du décès du participant.

La cotisation sera, au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin, intégralement à la charge de l'ancien salarié ou de l'ayant droit du salarié décédé.

Les tarifs proposés sont les suivants :

### 1. Régime de base

*(En pourcentage.)*

RÉGIME GÉNÉRAL	BASE
Conjoint de salarié décédé ; chômeur ou son conjoint ; invalide ou son conjoint	1,56
Préretraité ou son conjoint	1,85
Retraité ou son conjoint	1,99
Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,76

*(En pourcentage.)*

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	BASE
Conjoint de salarié décédé ; chômeur ou son conjoint ; invalide ou son conjoint	1,09
Préretraité ou son conjoint	1,29
Retraité ou son conjoint	1,39
Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,53

### 2. Régime de base + surcomplémentaire

*(En pourcentage.)*

RÉGIME GÉNÉRAL	BASE + surcomplémentaire
Conjoint de salarié décédé ; chômeur ou son conjoint ; invalide ou son conjoint	1,96
Préretraité ou son conjoint	2,32
Retraité ou son conjoint	2,50
Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	1,02

(En pourcentage.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	BASE + surcomplémentaire
Conjoint de salarié décédé ; chômeur ou son conjoint ; invalide ou son conjoint	1,49
Préretraité ou son conjoint	1,76
Retraité ou son conjoint	1,90
Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,79

Les cotisations comprennent 12 % de frais de gestion.

### 5.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

#### 5.3.1. Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés et, le cas échéant, des ayants droit en cas de suspension de leur contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou à indemnisation complémentaire (indemnités journalières) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette contribution suivra les mêmes évolutions que celle des actifs, le cas échéant.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de la cotisation, l'employeur opérant le précompte de cette part de cotisation à la charge du salarié sur la rémunération maintenue.

#### 5.3.2. Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail du salarié ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du salarié et de ses éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire ou facultatif sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé de soutien familial,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que la mutuelle gestionnaire en soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en

vigueur des garanties pour le salarié et ses éventuels ayants droit, sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Les salariés pourront toutefois demander le maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs, Elle suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

## **Article 6**

### *Prestations à caractère non directement contributif. – Fonds de solidarité*

Un fonds de solidarité est financé dans les conditions visées au protocole technique et financier annexé au présent contrat de garanties collectives.

La fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif sera affectée à un fonds dédié à cet effet géré par l'interlocuteur unique du contrat de l'entreprise.

Dans tous les cas, l'utilisation de cette contribution sera conforme aux dispositions de l'accord collectif et contrôlée par la commission paritaire nationale.

Les fonds collectés devront être utilisés pour mettre en œuvre des actions de prévention ainsi qu'une action sociale, tant collectives qu'individuelles.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission paritaire nationale et dans le règlement du fonds de solidarité.

## **Article 7**

### *Conditions d'assurance. – Comptes de résultats mutualisés*

#### **7.1. Conditions d'assurance et évolutions ultérieures**

Lors de la mise en œuvre du contrat de garanties collectives :

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de la signature du présent contrat-cadre. L'engagement des organismes assureurs est acquis pour autant que ce cadre perdure.

L'organisme assureur s'engage à maintenir les taux de cotisation visés à l'article 3.1 pour les exercices d'assurance 2016 à 2018 (du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2018), sauf en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire et sous réserve des dispositions des articles 8.1 et 8.2 du présent contrat de garanties collectives.

A l'issue de cette période, le montant sera réexaminé en concertation avec les partenaires sociaux sur la base notamment des éléments et analyses des organismes assureurs et des experts mandatés par les partenaires sociaux.

Les modifications apportées prenant effet après accord des parties matérialisé par un avenant de révision à l'accord collectif et au présent contrat.

Modification de l'environnement législatif et/ou réglementaire :

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions de prise en charge par le régime de base de la sécurité sociale, les changements, apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance objet du présent contrat-cadre, ne

sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur qui est, en pareil cas, fondé à apporter à l'expression des garanties les aménagements nécessaires.

L'impact des mesures appliquées fait l'objet d'une étude générale et personnalisée afin de mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives (sur les cotisations et/ou sur les prestations) permettant de maintenir l'équilibre du régime. Cette étude sera présentée et discutée avec les partenaires sociaux de la commission paritaire nationale.

Autres évolutions des cotisations et/ou prestations :

L'évolution des conditions d'assurance est le résultat d'une concertation avec les partenaires sociaux sur la base, notamment, des éléments et analyses des organismes assureurs et des experts mandatés par les partenaires sociaux.

Les évolutions se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte de l'évolution démographique des populations garanties.

Toute modification du taux de cotisation ou du niveau de garanties proposée par l'organisme assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision de l'accord collectif conclu au sein de la branche, ainsi que du présent contrat de garanties collectives.

Les modifications apportées prenant effet après accord exprès des parties matérialisé par un avenant de révision à l'accord collectif et au présent contrat de garanties collectives.

## 7.2. Comptes de résultats mutualisés

L'ensemble des contrats d'assurance ainsi souscrits dans le cadre du présent contrat de garanties collectives constituent un périmètre de mutualisation des résultats, présenté dans le protocole technique et financier.

## Article 8

### *Date d'effet et durée du contrat*

#### 8.1. Date d'effet et révision du contrat de garanties collectives

Les dispositions du présent contrat de garanties collectives entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, et sous réserve de sa signature.

Il expire au 31 décembre 2016 et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année suivante, sauf résiliation dans les conditions exposées ci-après.

Il ne peut en tout état de cause excéder la durée de la recommandation des organismes assureurs signataires du présent contrat de garanties collectives.

L'organisme assureur ou les partenaires sociaux peuvent proposer une modification du contrat, par tout moyen écrit et notamment par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'autre partie. Les modifications apportées au présent texte prennent effet après accord exprès des parties matérialisé par un avenant de révision à l'accord collectif et au présent contrat-cadre.

Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux dans le délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, les parties signataires de l'accord se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant l'échéance.

#### 8.2. Résiliation du contrat de garanties collectives

Le contrat de garanties collectives peut être résilié à l'initiative des partenaires sociaux ou de l'organisme assureur, tous les ans, sous réserve d'un préavis de 6 mois avant l'échéance annuelle, formalisé par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée aux autres parties prenantes.



La résiliation du présent contrat de garanties collectives ne mettra pas fin automatiquement aux contrats d'assurance souscrits par les entreprises de la branche mais aura pour conséquence d'exclure les entreprises du périmètre de la mutualisation organisée par le présent contrat de garanties collectives.

L'organisme assureur informera les entreprises de la résiliation du contrat de garanties collectives au moins 2 mois avant la fin de l'exercice civil, afin que celles-ci puissent résilier leur contrat si elles le souhaitent.

L'organisme assureur pourra également procéder à la résiliation des contrats souscrits par les entreprises par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant la fin de l'exercice civil.

Fait à Paris, le 17 juillet 2015.

(Suivent les signatures.)