

Brochure n° 3295

Convention collective nationale

**IDCC : 1951. – CABINETS OU ENTREPRISES
D'EXPERTISES EN AUTOMOBILE**

**AVENANT N° 56 DU 6 NOVEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ**

NOR : ASET1551119M

IDCC : 1951

PRÉAMBULE

Les organisations professionnelles, parties à la convention collective nationale de travail étendue du personnel des experts automobiles, conclue le 20 novembre 1996, ont déjà mis en place un régime de prévoyance ambitieux.

Leur intention est de compléter, par le présent accord à la convention collective nationale de branche, ce dispositif en mettant en place une garantie remboursement de frais de santé, concernant les dépenses intéressant les salariés, mais également leurs ayants droit.

Les organisations entendent ne pas limiter leur ambition à seulement construire un système de frais de santé, élément de rémunération différée individualisable, mais bâtir un véritable régime fondé sur un objectif de solidarité se déclinant, outre en une cotisation identique, quel que soit le risque propre à la population d'un cabinet ou d'une entreprise d'expertises, et à la situation personnelle de chaque salarié, en des droits non contributifs, une action sociale, une politique de prévention permettant à la fois d'améliorer en les réduisant les taux de fréquence et de gravité des sinistres et de contribuer à un droit fondamental à l'intégrité physique et psychique des salarié(e)s.

En outre, le présent accord permet aujourd'hui de proposer une couverture frais de santé respectant la réglementation des contrats responsables. Il inclut le financement du maintien temporaire de la couverture au bénéfice des anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage, dénommé portabilité santé.

Il répond aussi des obligations liées à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et facilite ainsi les démarches pour certaines entreprises, notamment les TPE-PME, pour la mise en place d'une couverture complémentaire.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont pris la décision de recommander une institution de prévoyance ou une mutuelle ou un assureur pour l'ensemble des cabinets ou entreprises de la branche.

Le choix des organisations parties à la convention collective nationale de la branche se fera à partir d'un appel d'offres avec son cahier des charges.

I. – Mise en œuvre du régime

I.1. Bénéficiaires à titre obligatoire du régime frais de santé

Sont bénéficiaires du régime frais de santé à titre obligatoire tous les salariés, appelés participants, des entreprises et cabinets d'expertises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la branche, appelés adhérents.

Ainsi, on entend par bénéficiaires tous les salariés inscrits à l'effectif du cabinet ou d'une entreprise d'expertises, dans les conditions définies ci-dessus :

- sans distinction du fait qu'ils travaillent à temps plein ou à temps partiel, sauf dispense d'affiliation conformément à l'article I.2 ci-après ;
- y compris ceux atteints d'une pathologie ou en arrêt maladie avant la date d'effet de l'accord.

Les stagiaires n'ont pas la qualité de salariés. N'appartenant pas à la catégorie susvisée, ils ne sont donc pas concernés par la mise en place du présent régime.

Pour tous les participants du régime ci-dessus définis, la part salariale des cotisations est obligatoire et précomptée sur le bulletin de paie.

I.2. Dispense d'affiliation des salariés au régime frais de santé

Certains salariés peuvent être dispensés d'affiliation, s'ils le souhaitent, dans les cas limitatifs suivants :

- les salariés à temps partiel dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. Une lettre de refus du salarié sera remise à l'employeur ;
- les apprentis : les titulaires d'un contrat d'apprentissage peuvent demander par écrit, quelle que soit leur date d'embauche, une dispense d'affiliation au présent régime de santé dans trois cas de figure :
 - 1° Si le contrat d'apprentissage n'excède pas 12 mois, l'apprenti peut demander une dispense d'affiliation sans justification ;
 - 2° Si le contrat d'apprentissage excède 12 mois, l'apprenti peut demander une dispense d'affiliation s'il justifie par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
 - 3° En tout état de cause, l'apprenti peut demander une dispense d'affiliation si cette dernière le conduit à verser une cotisation (pour l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire instituées dans l'entreprise à titre obligatoire) au moins égale à 10 % de sa rémunération brute ;
- les salariés ayant plusieurs employeurs au sein de la branche et qui sont déjà affiliés au titre de leur premier emploi peuvent être dispensés d'affiliation au titre des emplois de rang 2 et suivants ;
- les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée (CDD) : les salariés en CDD peuvent demander par écrit, quelle que soit leur date d'embauche, une dispense d'affiliation au présent régime de santé. Si le contrat à durée déterminée est supérieur à 12 mois, le salarié concerné devra alors justifier par écrit, à l'appui de sa demande, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture de frais de santé individuelle jusqu'à échéance du contrat individuel sous réserve d'en faire la demande par écrit et de fournir à l'employeur un document attestant de la souscription à ce contrat individuel et de sa date d'échéance ;
- les salariés bénéficiaires d'un autre régime collectif de complémentaire santé conforme à ceux fixés par arrêté ministériel, y compris en qualité d'ayants droit, peuvent demander, par écrit, à

être dispensés d'affiliation au régime de santé, sous réserve de justifier chaque année de cette couverture obligatoire ;

- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé : quelle que soit leur date d'embauche, les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-3 du même code peuvent bénéficier d'une dispense d'affiliation jusqu'à la fin de la couverture ou à l'échéance de leur contrat individuel, sous réserve de fournir à l'employeur un document attestant de la souscription à ce contrat individuel et de sa date d'échéance.

Lors de l'embauche, les salariés seront informés de ce droit et des conséquences de leur non-affiliation éventuelle ; ils devront formuler leur demande par écrit lors de leur prise de fonction en accompagnant celle-ci de tous les justificatifs nécessaires (lors de leur embauche ainsi, ensuite, que chaque année).

Leur affiliation au présent régime redeviendra immédiatement obligatoire en cas de modification des dispositions réglementaires ou conventionnelles entraînant la remise en cause de ces dispenses.

En tout état de cause, le salarié peut à tout moment demander à être affilié pour l'avenir. L'affiliation sera irrévocable et définitive pour toute la durée de son contrat de travail.

I.3. Maintien du régime en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, y compris lorsqu'il l'est déjà à la date d'entrée en vigueur du présent régime, et ce dans les situations et conditions suivantes :

- lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit soit au maintien (total ou partiel) de salaire par l'entreprise ou le cabinet d'expertises, soit à des indemnités journalières complémentaires (résultant du régime de prévoyance), le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties. Sa quote-part de cotisation continue d'être précomptée sur la rémunération ou l'indemnité, la quote-part de l'entreprise ou du cabinet d'expertises étant également maintenue ;
- lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non professionnelle ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties pendant la durée de la suspension du contrat. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due et est précomptée sur sa pension d'invalidité.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou à indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension de l'obligation de cotiser, donc de l'accès aux prestations.

Toutefois, le salarié peut continuer à bénéficier du régime, sous réserve du versement des cotisations. A cet effet, il peut demander à l'assureur concerné le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, la cotisation totale étant alors à sa charge.

I.4. Ayants droit bénéficiaires des prestations du régime frais de santé

Sont bénéficiaires du régime frais de santé à titre obligatoire au sens du présent accord :

- les ayants droit à charge du salarié au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
- les enfants du participant et/ou de son conjoint, concubin, partenaire de Pacs, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ;
- ou jusqu'au 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat de travail à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;

- ou en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime de base d'assurance maladie.

Les ayants droit bénéficiaires des prestations du présent régime au jour du décès d'un participant actif continuent d'en bénéficier pendant une durée de 12 mois sans contrepartie de cotisation.

I.5. Cessation de l'affiliation obligatoire des salariés et ayants droit

L'affiliation du bénéficiaire et de ses ayants droit et le droit aux garanties cessent de produire leurs effets :

- à l'occasion de la rupture de son contrat de travail, sous réserve des dispositions visées au I.6 *a* ci-après ;
- en cas de décès, sous réserve des dispositions visées au I.6 *b* ci-après ;
- et, en tout état de cause, à la date de cessation d'effet du présent accord à la suite d'une dénonciation totale ou partielle de la convention collective.

I.6. Conditions du maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail

a) Portabilité

En cas de rupture de son contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (licenciement pour motif personnel non consécutif à une faute lourde, pour motif économique, rupture d'un commun accord, rupture conventionnelle, démission pour motif légitime, arrivée à terme ou rupture du CDD), tout participant bénéficie du maintien de la garantie remboursement des frais de soins de santé, sans contrepartie de cotisation, 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, durée appréciée en mois entiers en arrondissant le cas échéant au nombre supérieur.

Ce maintien prend effet le lendemain de la rupture effective du contrat de travail (à l'issue du préavis le cas échéant). La durée de ce maintien est limitée à la durée correspondant à celle du dernier contrat de travail (appréciée en mois entiers), sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts au sein du cabinet employeur, avant la date de cessation du contrat de travail. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au sein du cabinet ou de l'entreprise employeur.

L'ancien salarié doit justifier auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de son droit à indemnisation auprès du régime d'assurance chômage à la suite de cette rupture. Il doit justifier de la cessation, le cas échéant, du versement des allocations d'assurance chômage pendant la période de maintien des garanties.

Le maintien de garanties des droits à la portabilité cesse :

- à l'issue de la période maximale de maintien ;
- dès que le bénéficiaire retrouve un emploi et n'est plus indemnisé par l'assurance chômage (qu'il bénéficie ou non d'une couverture dans le cadre de ce nouvel emploi) ;
- en cas de radiation des listes de Pôle emploi ;
- en cas de non-production auprès de l'employeur ou de l'organisme assureur des documents justificatifs de l'indemnisation chômage, au moment du versement de la prestation ;
- en cas de liquidation de la pension de retraite en cours de portabilité.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du participant qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

b) Condition de maintien des garanties « loi Evin »

A l'issue de la période de portabilité, le participant peut demander à l'organisme assureur recommandé, dans un délai de 6 mois, le maintien de la garantie en vigueur à cette date. L'organisme assureur recommandé met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation, entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

L'ancien participant titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité, participant du régime au jour de la rupture de son contrat de travail, peut demander à l'organisme assureur recommandé dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail le maintien de la garantie en vigueur à cette date.

L'ancien salarié titulaire d'une pension de retraite, participant du régime au jour de la rupture définitive de son contrat de travail, peut demander à l'institution, dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail, le maintien de la garantie en vigueur à cette date. L'institution recommandée met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation, entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

c) Les ayants droit bénéficiaires des garanties du présent régime au jour du décès d'un participant actif continuent d'en bénéficier pendant une durée de 12 mois sans contrepartie de cotisation.

I.7. Cotisation

a) Montant

Le montant mensuel de la cotisation due au titre du régime frais de santé est égal à :

- 2,54 % du PMSS pour le régime général ;
- 1,52 % du PMSS pour le régime Alsace-Moselle.

Cette structure de cotisation s'entend pour le salarié et ses ayants droit définis à l'art. I.4 du présent avenant.

Le versement de la totalité de la cotisation à l'organisme assureur recommandé incombe à l'employeur et doit intervenir dans les conditions, notamment de délai, prévues par les statuts et règlements de l'organisme recommandé. En cas de retard de paiement, des majorations de retard sont appliquées conformément aux statuts et règlements de l'organisme recommandé.

b) Répartition

La cotisation ci-dessus est répartie entre le cabinet ou l'entreprise et le salarié participant selon les taux suivants : 50 % pour l'entreprise ou le cabinet d'expertises, 50 % pour le salarié, la quote-part salariale étant retenue mensuellement, par prélèvement sur la rémunération brute du salarié, et figurant sur le bulletin de paie.

c) Révision

La cotisation étant exprimée en pourcentage du PMSS, celle-ci évolue chaque année au 1^{er} janvier. Le taux mentionné au *a* est fixé pour une durée de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur du régime. Cependant, en cas d'évolution du PMSS supérieure à 1,5 % par an, l'évolution de la cotisation sera plafonnée à 1,5 % par an. Le taux évoluera alors en conséquence pour maintenir cette évolution ainsi plafonnée.

Il pourra toutefois être réévalué au vu de l'évolution de l'environnement législatif ou réglementaire.

A l'issue de cette période de 3 années, un autre taux pourra être fixé par la commission paritaire de la convention collective en fonction des résultats techniques et financiers du régime d'un côté, des études prospectives conçues à cet effet d'un autre côté, sur proposition de l'organisme assureur.

d) Cessation de l'obligation de cotiser

La cotisation au régime frais de santé cesse d'être due :

- en cas de suspension du contrat de travail dans les conditions prévues à l'article I.3 ;
- lors de la rupture du contrat de travail qui lie le participant à son employeur, sous réserve des cas de maintien des garanties visés à l'article I.6 ;
- en cas de décès ;
- et, en tout état de cause, à la date de cessation d'effet du présent accord.

I.8. Recommandation de l'organisme assureur

Le présent régime est structuré autour de dispositifs répondant à un objectif de solidarité professionnelle, et notamment :

- l'affiliation de l'ensemble des salariés et de leurs ayants droit, quels que soient leur catégorie professionnelle, leur état de santé, leur âge ou leur situation familiale ;
- la prise en compte des situations objectives de fragilité liées à la maladie ou au chômage, notamment ;
- la mise en place de cotisations forfaitaires, donc indépendantes de la réalité du risque individuel ou propres à une étude ;
- des prestations déconnectées du niveau des cotisations individuelles et des prestations non contributives ;
- l'accessibilité au fonds social de l'organisme ;
- la mise en œuvre d'actions de prévention ;
- le maintien de la couverture en cas de défaillance d'un cabinet ou d'une entreprise d'expertises ;
- l'instauration d'un dispositif de solidarité intergénérationnelle.

L'objet du présent accord étant l'instauration d'un régime frais de santé concrétisé par la poursuite d'un objectif de solidarité, les cotisations dues conventionnellement par les cabinets et les entreprises et leurs salariés participants doivent nécessairement être mutualisées. Au vu de cet objectif, et en conformité avec le contenu de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, un opérateur unique est recommandé pour gérer les garanties collectives, objet de l'annexe à la convention collective. C'est avec ce même esprit qu'il est demandé une contribution aux cabinets ou entreprises d'expertises qui n'adhèrent pas à l'organisme recommandé.

I.9. Adhésion à l'organisme recommandé

L'adhésion de tous les cabinets et entreprises est recommandée pour que, au travers de la mutualisation, l'organisme unique puisse concrètement servir l'objectif de solidarité professionnelle que s'assignent les parties à la convention collective.

En application de l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale, les cabinets et les entreprises qui ont adhéré au présent régime n'ont pas la faculté de dénoncer ou de résilier leur adhésion. De son côté, l'organisme recommandé ne peut refuser de verser les prestations aux salariés des cabinets et entreprises n'ayant pas payé leurs cotisations et, de ce fait, davantage exclure un cabinet ou une entreprise, cela conformément au cinquième alinéa de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale.

I.10. Fonds collectifs

Manifestation de solidarité, les partenaires sociaux ont décidé par le présent accord de créer un fonds. Il est destiné à mettre en œuvre des actions de solidarité et de prévention.

Il est prélevé 2 % de l'assiette des cotisations telle que définie à l'article I.7 afin d'alimenter ce fonds collectif.

I.11. Suivi du régime

L'organisme assureur recommandé fournit annuellement un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et le décret d'application du 30 août 1990. A l'occasion de ce rapport est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs. Ce rapport doit être accompagné d'informations précises relatives au nombre de sinistres, aux prestations versées...

L'organisme assureur recommandé rend compte à la commission paritaire des procédures engagées aux fins de poursuivre le recouvrement des cotisations et des éventuelles difficultés rencontrées.

Il fait un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre, assorti d'un bilan financier annexé au rapport prévu au premier alinéa du présent article, ainsi qu'un bilan du fonds social et des sommes allouées à ce titre.

I.12. Réexamen périodique des conditions de mise en œuvre de la mutualisation

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les conditions de mise en œuvre de la mutualisation feront l'objet d'un examen, dans le cadre de la commission paritaire, au maximum tous les 5 ans, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime.

A cet effet, la commission paritaire se réunira avant le sixième mois précédant cette échéance. Afin de faciliter le travail d'analyse des membres de la commission paritaire, l'organisme recommandé présentera, dans un rapport consolidant, sur la période de 5 ans considérée, les rapports et informations indiqués à l'article I.11, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des 5 années précédentes.

Afin d'optimiser la qualité du travail d'analyse, La première partie de la réunion sera consacrée à l'analyse et aux commentaires du rapport prévu ci-dessus. La seconde partie sera consacrée à l'adoption de recommandations visant à une meilleure qualité de gestion du régime par l'organisme recommandé.

I.13. Effet de l'accord à l'égard de l'organisme recommandé

Les dispositions du présent accord, et de ses avenants éventuels, ne sont opposables à l'organisme recommandé qu'après acceptation formelle de celui-ci.

Les adhérents, ainsi que les participants, peuvent directement se prévaloir des dispositions du présent accord, auprès de l'organisme, pour poursuivre l'exécution de ses obligations.

De même, l'organisme assureur recommandé peut, directement, se prévaloir des dispositions du présent accord, auprès des adhérents ainsi que des participants, pour poursuivre l'exécution de leurs obligations.

I.14. Contribution à la solidarité de branche

I.14.1. Le présent accord vise à la création d'un authentique régime de protection sociale complémentaire, concrétisé non seulement par la fixation de la nature et du niveau des prestations contractualisées, mais encore par des droits non contributifs et déclinant un degré élevé de solidarité, qu'il appartient aux cabinets et entreprises d'expertises de respecter, y compris lorsque l'assureur auquel elles confient le soin de gérer les garanties collectives n'est pas celui recommandé dans les conditions figurant à l'article I.8.

Parmi ces droits non contributifs, certains ne peuvent être effectifs que par le prélèvement des prestations, sur un fonds collectif, alimenté par tous les cabinets et entreprises d'expertises de la branche ; la raison peut notamment en être trouvée dans le caractère collectif de l'avantage, en liaison avec la politique de prévention, destinée à l'amélioration des taux de sinistralité, et dans l'extension, à des personnes n'ayant pas (plus) de contrat de travail, de tels avantages comme la solidarité

au profit des retraités ou des apprentis, des salariés à temps partiels ou encore des chômeurs sous certaines conditions.

I.14.2. Les droits particuliers résultant de la mise en œuvre du point IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale visent à préserver ou améliorer collectivement ou individuellement la santé des salariés qui peuvent ou non être titulaires d'un contrat de travail.

I.14.2.1. Certaines actions relèvent d'un accompagnement collectif. Il s'agit de :

- politiques de prévention en vue de l'amélioration des risques concernant certaines pathologies telles que douleurs lombaires, troubles musculo-squelettiques (TMS), ou des risques d'accidents tels que trajets en voiture et encore les risques psychosociaux (RPS) ;
- actions de prévention en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (nutrition, addictions, etc.) ;
- actions sociales en faveur des personnes en situation de faiblesse ou de précarité ;
- actions en direction des apprentis, des retraités, des invalides ;
- actions en faveur des salarié(e)s à temps partiel dans certaines conditions.

I.14.2.2. Certaines actions relèvent d'un accompagnement individuel s'adressant à tel ou tel intéressé. Il s'agit de :

a) Salariés titulaires d'un contrat de travail :

- prise en charge totale ou partielle de la cotisation des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'affiliation prévues au deux premiers tirets de l'article I.2 ;
- prise en charge totale ou partielle de la cotisation des salariés dans certains cas de suspension de contrat de travail non rémunérée ;
- aide à la mobilité tant géographique que professionnelle ;
- prise en charge totale ou partielle à des actions de formations thématiques se rapportant à l'amélioration des conditions de travail (stress et santé, accompagner un événement traumatique...).

b) Autres intéressés :

- prise en charge totale ou partielle de la majoration des cotisations de la complémentaire santé pour les retraités, pour les invalides, pour les ayants droit d'un salarié décédé ;
- portabilité des droits pour les chômeurs, au-delà du dispositif de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

I.14.3. Le financement de ces prestations non contributives énumérées de manière limitative à l'article I.14.2 est assuré par un droit de tirage sur le fonds collectif mutualisé, alimenté par une contribution, dont le montant est fixé par le décret R. 912-1 du code de la sécurité sociale, à savoir 2 % de la cotisation.

Cette contribution spécifique est entièrement acquittée par l'employeur. Cette contribution est due pour tous les cabinets et les entreprises d'expertises entrant dans le champ du présent accord.

Elle est incluse dans la cotisation conventionnellement fixée que doit respecter l'assureur recommandé, en vertu du 2^e alinéa du II de l'article L. 912-1. Si le cabinet ou l'entreprise d'expertises décide de recourir à un autre assureur, la validité du recours à cet assureur est liée au versement dans le fonds collectif de la branche de cette contribution spéciale.

Le non-respect de ces exigences, quelle que soit la forme retenue, matérialise une inexécution de l'accord conventionnel susceptible d'engager la responsabilité civile de l'employeur.

I.14.4. Les contributions prévues à l'article I.14.3 sont destinées à être mutualisées, dans un fonds dédié géré paritairement, dans le cadre de conventions, faisant l'objet de règles particulières. Toute action en vue du recouvrement de ces cotisations, auprès des cabinets ou des entreprises d'expertises, pourra être menée.

II. – Garanties

II.1. Définition des garanties

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie, en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Sont couverts tous les actes et frais courants, sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale, au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladie professionnelle » et « maternité », ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations sont limitées aux frais réels dûment justifiés, restant à charge du bénéficiaire après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales de prise en charge, conformément aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; l'exigence relative aux contrats responsables étant renforcée du fait de la politique de prévention, conçue dans la perspective de l'objectif de solidarité.

La grille des prestations en nature fait l'objet d'une annexe spécifique.

II.2. Bénéficiaires des prestations

Bénéficiaire des prestations du présent régime :

- le participant ;
- ses ayants droit définis à l'article I.4.

II.3. Couverture facultative

Le salarié qui le souhaite pourra demander la couverture de son conjoint non à charge. La cotisation facultative frais de santé du conjoint non à charge est prise en charge à 100 % par le salarié.

L'organisme recommandé proposera par ailleurs une couverture complémentaire pour les cabinets ou entreprises qui souhaitent améliorer les prestations du présent régime.

III. – Mise en œuvre de l'accord

III.1. Mise en œuvre du régime

Les entreprises et cabinets d'expertises relevant du champ d'application de la convention collective qui ne souhaitent pas adhérer auprès de l'organisme recommandé doivent vérifier :

- que l'ensemble des risques du présent régime soit couvert, de manière collective et obligatoire, pour l'ensemble du personnel ;

et

- que les garanties soient strictement égales ou supérieures pour les assurés par rapport à celles du présent régime, cette appréciation étant effectuée acte par acte, la comparaison ne portant pas sur les actions de prévention ;
- que la quote-part salariale de la cotisation soit inférieure ou égale à celle du présent régime.

A défaut, les cabinets ou entreprises concernés seront tenus de prendre toutes les dispositions nécessaires pour régulariser leur situation.

A tout moment, ces cabinets ou entreprises pourront choisir de rejoindre le régime, sans possibilité de refus d'adhésion par l'organisme recommandé.

Le choix de conserver un organisme assureur autre que l'organisme recommandé fait l'objet de la consultation préalable du comité d'entreprise, lorsqu'il existe.

III.2. Obligations en matière d'information

Compte tenu de la technicité des questions liées au frais de santé, les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, l'organisme recommandé prend l'engagement :

- d'assurer auprès des cabinets et entreprises concernés et de leur personnel une communication adaptée, sur la base d'une plaquette d'information, établie en concertation avec les parties signataires de la convention collective, afin de faciliter la mise en place du régime ;
- d'établir une notice d'information, dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application ; de la transmettre à chaque cabinet et entreprise par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée, ce qui vaudra notification au sens de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative, destinée à compléter ou à mettre à jour la notice initiale. Les cabinets et entreprises ont l'obligation de remettre cette notice à chaque membre du personnel en place au moment de l'entrée en fonction.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les cabinets ou entreprises d'expertises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application des articles ci-dessus et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

III.3. Révision

La procédure de révision prévue par la convention collective est déclinée de la manière suivante en ce qui concerne le présent accord :

- les dispositions du présent accord pourront à tout moment faire l'objet d'une révision en tout ou partie. La négociation à cet effet a lieu à la demande de l'une des parties signataires ou adhérentes conformément aux dispositions des articles L. 2222-5 et L. 2261-8 du code du travail ;
- toute demande de révision devra être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des autres parties signataires et adhérentes et comporter l'indication des dispositions dont la révision est demandée. Elle doit être accompagnée ou suivie, dans le délai de 1 mois, d'un nouveau projet d'accord sur les points dont la révision est demandée ;
- le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 1 mois suivant la réception de cette lettre, la commission nationale paritaire sera réunie à l'initiative de la partie la plus diligente en vue d'une négociation ;
- les dispositions dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un accord ou, à défaut, seront maintenues ;
- sous réserve des règles de validité des accords collectifs, les dispositions de l'accord portant révision se substitueront de plein droit à celles de l'accord qu'elles modifient à compter du lendemain du dépôt de l'accord dans les conditions légales ;
- l'accord de révision fera l'objet des formalités de publicité légale. Les parties solliciteront l'extension de l'accord auprès des services compétents.

III.4. Entrée en vigueur

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2016. Une demande d'extension est réalisée pour les entreprises non adhérentes, le présent avenant prend effet au premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension.

Le présent avenant sera notifié par la partie la plus diligente des signataires par lettre recommandée avec avis de réception à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, signataires ou non.

A l'expiration d'un délai de 8 jours suivant la dernière notification de l'avenant dans les formes mentionnées ci-dessus, le présent avenant, conformément aux dispositions des articles D. 3345-4 et D. 2231-2 du code du travail, sera déposé auprès des services centraux du ministre chargé du travail : une version papier par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et une version électronique.

Les parties conviennent d'en demander l'extension ; la partie la plus diligente procède à la demande d'extension.

Fait à Paris, le 6 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

ANEA.

Syndicats de salariés :

UPEAS ;

FCM FO ;

CFTC métallurgie ;

CGT conseil ;

CFE-CGC assurances ;

FBA CFDT.

ANNEXE I

Choix de l'organisme recommandé

La commission paritaire de la convention collective nationale du personnel des experts automobiles retient, à l'issue de sa procédure de mise en concurrence des organismes assureurs dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, au titre de la complémentaire frais de santé, l'organisme assureur suivant : MACIF Mutualité, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, Siren 779 558 501, siège social : carré Haussmann, 22-28, rue Joubert, 75435 Paris Cedex 9.

ANNEXE II

Tableau des garanties

Les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la sécurité sociale.

	PRESTATIONS FRAIS DE SANTE
Nature des garanties	Limite de remboursements
Hospitalisation (y compris Maternité)	Hospitalisation
Frais de séjour	300% BR
Honoraires adhérents au CAS (avec séjour)	300% BR
Honoraires non adhérents au CAS	170% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière	100% FR (plafonné à 1,5 % PMSS/ jour)
Lit accompagnant	100% FR (plafonné à 1 % PMSS/ jour)
Transport accepté Sécurité sociale	300% BR
Frais médicaux – Soins courants	Frais médicaux – Soins courants
Consultations ou Visites de généralistes et spécialistes adhérents au CAS	170 % BR
Consultations ou Visites de généralistes et spécialistes non adhérents au CAS	100 %BR
Actes de spécialités, petite chirurgie adhérent au CAS	170 % BR
Actes de spécialités, petite chirurgie non adhérent au CAS	100 %BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie adhérent au CAS	170 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie non adhérent au CAS	100 %BR
Auxiliaires médicaux	160 % BR
Analyses, examens de laboratoire	160 % BR
Pharmacie	Pharmacie
Remboursée par la SS	100 % BR
Frais dentaires	Frais dentaires
Soins dentaires - Soins conservateurs (y compris prophylaxie et endodontie) - Soins chirurgicaux et actes techniques	100 % FR dans la limite de 300 % BR
Prothèses dentaires et Inlay-onlay remboursées	320 % BR
Prothèses dentaires non remboursées (par an)	150 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300 % BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	150 €
Implant dentaire par an	300 €

Frais d'optique	Frais d'optique
Limitation : Un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction (dans ce cas, acquisition d'un équipement par période d'un an)	
Verres simples Verres unifocaux sphère de -6 et + 6 dioptries et cylindre inférieur ou égal à +4	300 € (dont monture limité à 150 €)
Verres complexes Verres unifocaux sphère hors zone de -6 et +6 dioptries ou cylindre >4 à +4 dioptries ou sphérocyllindriques de -8 à + 8 dioptries	550 € (dont monture limité à 150 €)
Verres très complexes Verres multifocaux sphériques hors zone de -4 à +4 dioptries ou sphérocyllindriques hors zone de -8 à +8 dioptries	550 € (dont monture limité à 150 €)
Verre simple + verre complexe	450 € (dont monture limité à 150 €)
Verre simple + verre très complexe	550 € (dont monture limité à 150 €)
Verre complexe + verre très complexe	450 € (dont monture limité à 150 €)
Lentilles acceptées par la SS ou non (par an)	200 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux et par an)	300 €
Prothèses médicales	Prothèses médicales
Orthopédie et autres Prothèses médicales	165 % BR
Prothèses auditives	260 % BR
Autres Frais	Autres Frais
Vaccins non remboursés	100 % FR
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (4 séances par an)	25 € / séance
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	100 % TM
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séancesmaximum (SC12)	100 %TM
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langageécrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans)	100 %TM
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	100 %TM
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour 1 des actes prévu	100 %TM
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	100 %TM
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) Haemophilus influenzae B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois	OUI

ANNEXE III

Tableaux des taux de cotisations

Adulte/enfant + conjoint à charge au sens de la sécurité sociale : exprimé en pourcentage du PMSS.

Conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale : exprimé en pourcentage du PMSS.

COTATION DES GARANTIES	RÉGIME GÉNÉRAL Taux de cotisation TTC	RÉGIME ALSACE-MOSELLE Taux de cotisation TTC	ARTICLE 4 LOI ÉVIN (maintien strict des garanties des actifs) Retraités et ayants droit d'assurés décédés
Régime obligatoire frais de santé adulte/enfant + conjoint à charge au sens de la sécurité sociale	2,54	1,52	3,81
Adhésion facultative conjoint non à charge de la sécurité sociale	1,48	0,89	2,22

Adulte/enfant + conjoint à charge au sens de la sécurité sociale : exprimé en euros.

Conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale : exprimé en euros.

PMSS 2015 à 3 170 €.

COTATION DES GARANTIES	RÉGIME GÉNÉRAL Taux de cotisation TTC	RÉGIME ALSACE-MOSELLE Taux de cotisation TTC	ARTICLE 4 LOI ÉVIN (maintien strict des garanties des actifs) Retraités et ayants droit d'assurés décédés
Régime obligatoire frais de santé adulte/enfant + conjoint à charge au sens de la sécurité sociale	80,52	48,18	120,78
Adhésion facultative conjoint non à charge de la sécurité sociale	46,92	28,21	70,37