

Brochure n° 3285

Convention collective nationale

IDCC : 1922. – **RADIODIFFUSION**

ACCORD DU 17 DÉCEMBRE 2015

RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE SANTÉ ET DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650093M

IDCC : 1922

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, en ce que son article 1^{er} instaure la « généralisation de la complémentaire santé », les partenaires sociaux de la branche de la radiodiffusion se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime de « frais de soins de santé ».

Cette réflexion n'a pas eu pour autant effet d'exclure les travaux déjà engagés en matière de « prévoyance ». La branche a en effet souhaité faire bénéficier les salariés des entreprises de la radiodiffusion privée d'un régime de protection sociale complet et mutualisé.

La commission mixte paritaire du 30 septembre 2015 a décidé de recommander Audiens Prévoyance en qualité d'organisme assureur, au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture « frais de soins de santé » et « prévoyance ». L'organisme recommandé pour assurer la couverture des garanties rente éducation prévue par le présent accord est l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (l'OCIRP). L'institution Audiens Prévoyance reçoit une délégation de la part de l'OCIRP pour effectuer l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

Le régime « frais de soins de santé », supérieur au panier de soins légal, est obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national. Il présente par ailleurs un degré élevé de solidarité tel que prévu par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application.

L'objectif recherché par les partenaires sociaux d'une mutualisation la plus large possible ne contraint pas pour autant les entreprises ayant mis en place, antérieurement au 1^{er} janvier 2016, une couverture « frais de soins de santé » et/ou « prévoyance » de quitter leur organisme assureur, sous réserve que ce dernier leur permette de remplir les obligations légales et réglementaires, notamment celles liées au haut degré de solidarité.

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS COMMUNES À LA GARANTIE

« FRAIS DE SOINS DE SANTÉ » ET À LA GARANTIE « PRÉVOYANCE »

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord collectif a pour objet d'instituer un régime « frais de soins de santé » et « prévoyance » au profit de l'ensemble des salariés, visés à l'article 3, des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 2.

Lorsque l'expression « le régime » est employée ci-dessous sans autre précision, elle se réfère au régime « frais de soins de santé » et « prévoyance » objet du présent accord.

Les organisations signataires du présent accord concluront avec les organismes assureurs recommandés une convention relative à la mise en œuvre du présent accord à laquelle seront annexées les conditions générales du contrat collectif afférent au présent régime.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises entrant dans le champ d'application professionnel de la convention collective nationale de la radiodiffusion du 11 avril 1996 étendue par arrêté du 22 octobre 1996 publié au *Journal officiel* le 1^{er} novembre 1996 (brochure n° 3285).

Article 3

Salariés bénéficiaires de la couverture collective « frais de soins de santé » et de la couverture « prévoyance »

Le présent accord a été négocié en commission mixte paritaire de la branche radiodiffusion, élargie aux organisations syndicales représentatives des journalistes professionnels. En effet, dès le début de leurs négociations, les partenaires sociaux de la branche radiodiffusion ont visé un accord unique permettant de faire bénéficier tous les salariés, non-journalistes et journalistes, de couvertures collectives « frais de soins de santé » et « prévoyance ».

En vertu de quoi le régime de protection sociale complémentaire conventionnel « frais de soins de santé » et « prévoyance » concerne tous les salariés cadres ou non-cadres, y compris les journalistes professionnels, employés à durée indéterminée ou déterminée par les entreprises entrant dans le champ d'application visé à l'article 2, sans condition d'ancienneté.

Sont toutefois exclus du présent régime les salariés intermittents, embauchés sous contrat à durée déterminée d'usage relevant des annexes 8 et 10 des conventions d'assurance chômage, couverts dans le cadre de l'accord interbranches du 20 décembre 2006 modifié, ainsi que les journalistes rémunérés à la pige, couverts par l'accord de branche du 9 décembre 1975, également modifié. Il est rappelé, pour ces derniers, l'accord du 24 septembre 2015 relatif au régime particulier de « prévoyance » des journalistes professionnels rémunérés à la pige, qui crée un régime frais de santé et prévoyance obligatoire entrant en application le 1^{er} janvier 2016.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu demeurent couverts par le régime dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) financées au moins en partie par leur employeur.

L'employeur et le salarié continuent à acquitter leur quote-part de cotisation pendant la période de suspension du contrat de travail.

Article 4

Régimes collectifs et obligatoires

Application des garanties prévues à l'accord

Les entreprises doivent tout mettre en œuvre pour que soit respectée pleinement l'exigence d'application intégrale du dispositif conventionnel, tant s'agissant de la couverture « frais de soins de santé » que s'agissant de la couverture « prévoyance ». A cet effet, le contrat d'assurance devra explicitement faire référence à l'accord, et notamment à l'article 12 relatif à la solidarité.

Les entreprises ayant mis en place des garanties de remboursement de frais de soins de santé et des garanties de prévoyance antérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord doivent les adapter,

dans un délai de 12 mois à compter de cette entrée en vigueur, pour les rendre au moins égales aux prestations exposées *infra*.

Les entreprises de la branche qui choisiraient de ne pas anticiper l'entrée en vigueur du présent accord pour appliquer le régime frais de soins de santé qui y est défini doivent en tout état de cause faire bénéficier leurs salariés, dès le 1^{er} janvier 2016, de prestations couvrant les frais de soins de santé aux moins égales à celles définies par la loi n° 2013-504 et la réglementation afférente (ensemble de prestations minimales dit « panier de soins »).

Dispositions éventuellement plus favorables mises en place par l'entreprise

Chaque entreprise a la possibilité d'accroître la proportion de la cotisation prise en charge par l'employeur.

Chaque entreprise peut également améliorer la couverture minimale obligatoire en adoptant l'un des modules, frais de soins de santé ou prévoyance, que l'organisme assureur recommandé a créé pour satisfaire un tel besoin de bénéficier de garanties améliorées.

La mise en place de garanties plus favorables suppose un acte écrit conforme aux exigences des articles L. 912-2 et suivants du code de la sécurité sociale et dans lequel certaines clauses sont prohibées en vertu de l'article L. 913-1. Cet acte doit résulter soit d'un accord collectif conclu en vertu des articles L. 2221-1 et suivants du code du travail, soit d'un référendum, l'accord n'étant effectif qu'avec un vote favorable de 50 % des salariés intéressés et pas seulement des votants, soit d'une décision unilatérale de l'employeur précédée de la consultation du comité d'entreprise, à défaut des délégués du personnel.

L'acte fondateur de ces garanties détermine notamment le montant de la cotisation totale et sa répartition.

Dispositions éventuellement plus favorables choisies par le salarié

L'entreprise peut proposer au salarié relevant du présent accord de souscrire pour lui-même, voire pour ses ayants droit, des garanties optionnelles facultatives à celles du régime obligatoire frais de soins de santé.

De telles garanties optionnelles facultatives sont dès lors financées par chaque salarié, à l'exclusion de toute participation de l'employeur.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À LA COUVERTURE SANTÉ

Article 5

Caractère obligatoire du régime et dispenses d'affiliation

Le régime est obligatoire pour tous les salariés visés à l'article 3 du présent accord collectif, sous réserve de l'application des cas de dispense prévus ci-dessous :

- 1° Les salariés sous contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- 2° Les salariés à temps partiel dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- 3° Les salariés bénéficiant, dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective et obligatoire de remboursement de frais médicaux (salariés à employeurs multiples) ;
- 4° Les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile ;

5° Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne pourra jouer que jusqu'à la date anniversaire du contrat individuel (« échéance annuelle ») ;

6° Les salariés déjà couverts par ailleurs par un régime collectif et obligatoire, que ce soit personnellement (par exemple, salarié à employeurs multiples couvert chez un autre employeur) ou en tant qu'ayant droit (par exemple, salarié couvert au titre du régime collectif et obligatoire de son conjoint ou d'un parent).

Modalités

Toute demande de dispense doit faire l'objet d'une demande écrite et expresse du salarié, accompagnée des justificatifs nécessaires. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé des conséquences de son choix.

Ces dispenses devront être justifiées au moins chaque année par le salarié à la demande de l'employeur. Toutefois, en cas de cessation de la situation ouvrant droit à la dispense, le salarié est tenu d'informer l'employeur sans délai, afin que l'entreprise puisse affilier immédiatement le salarié concerné au régime.

Les salariés concernés seront tenus de cotiser au régime dès lors qu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser au régime :

- s'ils ne formulent pas leur demande de dispense sous un délai de 1 mois et dans les conditions prévues au présent article ;
- s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés au cas par cas.

Enfin, les salariés dispensés d'affiliation en vertu des dispositions du présent article peuvent toujours demander, par simple demande écrite, à être affiliés au régime.

Article 6

Garanties « frais de soins de santé »

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et 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. Ces garanties seront revues en cas de changement de ladite réglementation.

Les garanties qui comprennent le remboursement de la sécurité sociale figurent dans le tableau ci-après. Pour les actes réalisés hors du parcours de soins, le remboursement est limité au ticket modérateur.

La couverture respecte les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets pris pour son application (R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale). Les prestations qui incluent le remboursement de la sécurité sociale ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

(Voir tableaux pages suivantes.)

| Prestations y compris remboursement de la Sécurité sociale | |
|---|--|
| <i>Pour les actes réalisés hors du parcours de soins, la participation de la mutuelle se limite au remboursement du ticket modérateur</i> | |
| NATURE DES ACTES | REGIME SOCLE (Prestations y compris remboursement de la Sécurité sociale) |
| Séjour | 125% BR |
| Actes chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), autres honoraires (2) | 125% BR |
| Forfait journalier hospitalier (18€ au 1er janvier 2012) | 100% frais réels |
| Chambre particulière | 1,5% PMSS / jour |
| Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans | 1% PMSS / jour |
| RESTE A CHARGE 18€ SUR ACTES > 120€ | |
| Participation forfaitaire sur actes techniques lourds | pris en charge |
| FRAIS DE TRANSPORT EN AMBULANCE ACCEPTES SS | 100% BR |
| SEJOURS DIVERS (maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle) | |
| Secteur conventionné et non conventionné | néant |
| ACTES MEDICAUX | |
| Généralistes | 100% BR |
| Spécialistes (2) | 150% BR |
| Auxiliaires médicaux, Analyses | 100% BR |
| Actes chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) (2) | 150% BR |
| ACTES DE PREVENTION (3) | 100% BR |
| PHARMACIE ACCEPTEE SECURITE SOCIALE | |
| Pharmacie acceptée sécurité sociale (65%, 30% et 15%) | 100% BR |
| DENTAIRE | |
| Soins (y compris parodontose acceptée SS) | 100% BR |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale | 150% BR |
| Inlay-Onlay | 150% BR |
| Prothèses dentaires non remboursées par la SS | 150% BR (reconstitué) |
| Orthodontie acceptée par la SS (moins de 16 ans) | 150% BR |

| | |
|---|-----------------------|
| Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale | 150% BR (reconstitué) |
| Parodontologie | 200 €/ an / personne |
| Implants dentaires | |

FR = frais réels. RSS = remboursement Sécurité sociale. PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 170€ au 1^{er} janvier 2015.

Ticket Modérateur = différence entre 100% du tarif SS et le remboursement SS. BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

(1) La prise en charge des lunettes est limitée à un équipement : 1 monture + 2 verres par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an pour les frais exposés pour l'équipement des mineurs ou en cas de renouvellement d'un équipement justifié par une évolution de la correction.

(2) Le contrat responsable prévoit la limitation de la prise en charge pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins. Une minoration de 20% de la base de remboursement de la Sécurité sociale doit être appliquée par rapport à la prise en charge prévue par le régime pour les médecins conventionnés ou signataires du contrat d'accès aux soins. La limite maximum de remboursement est fixée à 200 % de la base de remboursement (225 % en 2016) y compris remboursement de la Sécurité sociale

3) liste des actes de prévention prévus par l'arrêté du 8 juin 2006

§ le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{èmes} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,

§ un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,

§ un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,

§ le dépistage de l'hépatite B,

§ le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),

§ l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),

§ les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Grille Optique hors monture

| Garantie par verre | REGIME SOCLE |
|---|--------------|
| VERRES SIMPLE Foyer, SPHERIQUE | |
| Sphère de -6 à +6 | 75 € |
| Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 95 € |
| Sphère < -10 ou > +10 | 95 € |
| VERRES SIMPLE Foyer, SPHERO-CYLINDRIQUES | |
| Cylindre < +4 sphère de -6 à +6 | 75 € |
| Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 | 95 € |
| Cylindre > +4 sphère de -6 à +6 | 95 € |
| Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 | 95 € |
| VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES | |
| Sphère de -4 à +4 | 95 € |
| Sphère < -4 ou > +4 | 165 € |
| VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES | |
| Sphère de -8 à +8 | 95 € |
| Sphère < -8 ou > +8 | 165 € |

Article 7

Cotisations « frais de soins de santé »

| Cotisations mensuelles couverture santé (maintien du tarif en 2016, 2017, 2018) | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | Régime général | Régime Alsace Moselle |
| Régime socle Cotisation "Salarié" financée à 50% par l'employeur et 50% par le salarié Cotisations ayants droit (conjoint - enfant) à la seule charge du salarié Cotisations retraité et mandataire bénévole à leur seule charge | | |
| Salarié | 32,80 € (dont 16,40 € part employeur) | 21,32 € (dont 10,66 € part employeur) |
| Conjoint | 32,80 € | 21,32 € |
| Enfant* | 16,40 € | 10,66 € |
| Retraité et mandataire bénévole / non-salarié | 49,20 € | 31,98 € |
| * les cotisations sont offertes pour le 3ème enfant et les suivants | | |

Article 8

Financement

Toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord ont l'obligation de prendre en charge au moins 50 % du montant de la cotisation brute globale destinée au financement de la garantie « santé socle » pour le salarié.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA COUVERTURE PRÉVOYANCE

Article 9

Garanties prévoyance

| | Garantie | Niveau de couverture en fonction de la rémunération annuelle brute limitée à la tranche A des Salaires |
|-------|--|--|
| Décès | Décès toute cause Invalidité Absolue Définitive 3 me catégorie : versement anticipé | 125% du traitement de base limité à tranche A |
| | Rente éducation Invalidité Absolue Définitive 3ème catégorie : versement anticipé | de 0 à 11 ans inclus : 6% du traitement de base limité à tranche A |
| | | de 12 à 17 ans inclus : 8% du traitement de base limité à tranche A |
| | | de 17 à 21 ans inclus (28 inclus sous condition de poursuite d'étude) : 10% du traitement de base limité à tranche A |
| | Frais d'obsèques : assuré / conjoint ou pacsé / enfant à charge | 150% PMSS limité aux frais réellement engagés |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------------|---|---|
| Arrêt de travail | Incapacité temporaire | Franchise 30 jours continus (ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation ou accident du travail ou maladie-professionnelle) 75% du traitement de base limité à tranche A - Sécurité Sociale | |
| | Invalidité-Incapacité Permanente | Invalidité 1ère catégorie et Incapacité permanente de 33 à 66% | 45% du traitement de base limité à tranche A - Sécurité Sociale |
| | | Invalidité 2ème, 3ème catégorie et Incapacité permanente supérieure à 66% | 80% du traitement de base limité à tranche A - Sécurité Sociale |

Définition du traitement de base

Le traitement de base servant au calcul des prestations est limité aux tranches telles que définies au certificat d'adhésion. Il est égal à la rémunération fixe brute telle que déclarée à la sécurité sociale et effectivement perçue au cours des 12 mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail et majorée des éléments variables sur la même période. Le traitement de base, ainsi déterminé à l'arrêt de travail, est actualisé, entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations incapacité/invalidité ou la date du décès, en fonction de l'évolution du taux de revalorisation prévu à l'article 15. Le traitement de base est déterminé en fonction d'une rémunération reconstituée sur 12 mois civils lorsque :

- le participant, au moment du sinistre ou de la cessation d'activité, n'a pas accompli dans la fonction le temps d'activité prévu au présent article ;
- la rémunération a été réduite ou supprimée au cours de la période de référence prévue au présent article, notamment en cas d'arrêt de travail, de temps partiel thérapeutique ou de congés suspensifs.

Définition des enfants à charge au titre de la rente éducation

Sont définis comme tels :

- les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge du participant, de son conjoint, ou de son pacsé au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu :
 - de moins de 21 ans ;
 - de moins de 26 ans dont les ressources mensuelles sont inférieures au Smic et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
 - s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage ;
- quel que soit leur âge, si, au moment du décès, ils perçoivent au titre des personnes handicapées une allocation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au Smic), sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans (ou avant 26 ans pour ceux qui remplissent les conditions des paragraphes précédents) ;
- les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès du participant, sous réserve que la preuve de filiation de ces derniers avec le participant soit apportée et qu'ils remplissent les conditions du paragraphe précédent ;

- les enfants nés de l'union du participant avec son concubin et pris en compte pour l'application du quotient familial sur la déclaration fiscale établie par le concubin, à condition que ce dernier vive sous le même toit que le participant et sous réserve que ces enfants remplissent les conditions des paragraphes précédents.

Article 10

Cotisations prévoyance

La cotisation, fixée à 0,88 % de la tranche A, est répartie de la façon suivante :

- salariés non cadres, c'est-à-dire ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (convention collective nationale AGIRC) :

- employeur : 50 % ;
- salarié : 50 %.

A titre d'exemples de calcul : pour un salaire de 1 800 €, la cotisation mensuelle globale est de $1\,800\,€ \times 0,88\% = 15,84\,€$, soit 7,92 € pour le salarié et 7,92 € pour l'employeur. Pour un salaire de 2 500 €, la cotisation mensuelle globale est de $2\,500\,€ \times 0,88\% = 22\,€$, soit 11 € pour le salarié et 11 € pour l'employeur ;

- salariés cadres, c'est-à-dire relevant des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (convention collective nationale AGIRC) :

- employeur : 100 % ;
- salarié : néant.

Les partenaires sociaux rappellent aux entreprises qu'elles doivent cotiser pour leurs salariés cadres (« articles 4 et 4 *bis* ») à un régime de prévoyance à hauteur de 1,50 % de la tranche A des salaires, en application de l'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (convention collective nationale AGIRC).

Des garanties spécifiques sont prévues en lien avec les organismes assureurs recommandés en vue d'atteindre une telle obligation : la cotisation de 0,88 % s'impute ainsi sur l'obligation pesant sur l'employeur de cotiser à hauteur de 1,50 % sur la tranche A. Les éléments de prévoyance représentant le 0,62 % complémentaire doivent être nécessairement proposés.

Le tableau ci-dessous présente, à titre d'exemple, les garanties additionnelles au régime qu'un organisme assureur est susceptible de proposer contractuellement en contrepartie de la cotisation additionnelle de 0,62 % sur la tranche A (soit une cotisation totale de 1,50 % sur la tranche A en associant le régime additionnel au régime conventionnel) :

| RISQUE DECES | | |
|--|----------------------|--|
| | OPTION 1 | OPTION 2 |
| Salarié <u>sans</u> enfant à charge | Capital décès : 275% | Capital décès : 275% |
| salarié <u>avec</u> enfant à charge | Capital décès : 325% | Rente éducation : 4% du traitement de base (0 à 11 ans) ; 7% du traitement de base (12 à 17 ans) ; 10% du traitemen de base (18 à 21 ans/25 ans sous condition de poursuite d'études) |
| Majoration à compter du deuxième enfant à charge | 25% | N/A |
| Coût | 0,62% | 0,62% |

TITRE IV

AUTRES DISPOSITIONS

Article 11

Organismes assureurs recommandés

La commission mixte paritaire du 30 septembre 2015 a décidé de recommander Audiens prévoyance, en matière de santé et de prévoyance. L'organisme recommandé pour assurer la couverture des garanties rente éducation prévue par le présent accord est l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (l'OCIRP). L'institution Audiens Prévoyance reçoit une délégation de la part de l'OCIRP pour effectuer l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

Les partenaires sociaux de la branche de la radiodiffusion, dans le cadre de la procédure de recommandation d'organismes assureurs, ont pris soin d'organiser le sort des sinistres déclarés antérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'accord. Ainsi, Audiens et OCIRP ont accepté, en qualité d'organismes assureurs recommandés, la prise en charge des revalorisations futures, des éventuels différentiels de garanties, ou des garanties de base pour les salariés en arrêt de travail et sous contrat de travail sans couverture à la date d'entrée en vigueur de l'accord. A partir des informations recueillies pendant les 12 premiers mois après la mise en œuvre de l'accord sur ces situations, et après un échange d'informations en justifiant avec la commission paritaire nationale de suivi, les organismes recommandés auront la possibilité d'ajuster la cotisation mutualisée en conséquence.

Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le cadre de la commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, chaque année et en particulier au cours de la troisième et de la cinquième année d'application 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 se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 12

Haut degré de solidarité

Financement des prestations à caractère non directement contributif

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et dans la mesure où le présent régime institue des garanties collectives assurées par un organisme recommandé, Audiens Prévoyance, il est convenu que des prestations à caractère non directement contributif sont financées dans le cadre de la cotisation globale prévue *supra*.

Conformément à l'objectif de solidarité poursuivi, le financement des prestations à caractère non directement contributif prévues par le présent accord est fixé à hauteur de 2 % de la cotisation globale en vigueur au titre desdits régimes. Cette part de la cotisation globale est collectée directement par l'organisme assureur sur les cotisations qu'il perçoit des entreprises.

Nature des prestations à caractère non directement contributif

Les partenaires sociaux sont conscients que les éléments constituant le haut degré de solidarité sont mouvants et dépendent de besoins conjoncturels. Aussi, une expression de besoins sera opérée la première année d'application du présent accord par les partenaires sociaux, avec le concours des assureurs recommandés, de façon à déterminer en commission mixte paritaire les orientations de la politique de solidarité. Pour ce faire, ils prendront notamment en compte les préconisations desdits assureurs recommandés et l'évolution générale du régime de « frais de soins de santé » et de « prévoyance » afin d'assurer l'effectivité des actions prioritaires déterminées par voie conventionnelle.

Dans l'attente, et compte tenu de la nouveauté que présente la mise en œuvre de telles prestations, il a été convenu par les partenaires sociaux de retenir les prestations dans les conditions visées ci-après, en lien avec l'assureur recommandé :

- pour les ayants droit de salariés décédés, bénéficiaires du régime à titre facultatif : maintien à titre gratuit du régime frais de santé pendant une période de 12 mois à compter de la date de décès ;
- pour les salariés sous contrat de travail en situation d'arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle durant plus de 6 mois : maintien à titre gratuit du régime frais de santé pour une durée maximale de 12 mois ;
- pour les salariés sous contrat de travail en situation d'invalidité de 2^e catégorie ou 3^e catégorie ou dont le taux d'incapacité professionnelle est supérieur à 66 % : maintien à titre gratuit du régime frais de santé pour une durée maximale de 12 mois.

Il est de la responsabilité des entreprises qui n'adhèrent pas à l'organisme recommandé de s'acquitter avec leur propre assureur du financement des actions décidées par la branche au titre du haut degré de solidarité et d'en informer les partenaires sociaux.

Mise en œuvre et contrôle de la politique de solidarité conventionnelle

Il est expressément précisé que la commission paritaire nationale de suivi visée à l'article 14 a vocation à contrôler la mise en œuvre des orientations politiques susvisées par tous les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture des salariés, conformément aux termes de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

La commission paritaire pourra se saisir ou être saisie de toute difficulté dans la mise en œuvre de ces orientations par les organismes assureurs couvrant des entreprises entrant dans le champ du présent accord.

Dès son installation, la commission paritaire nationale de suivi pourra étudier des actions en matière de solidarité relevant des exemples suivants :

- prévention :
 - journées de prévention avec actions spécifiques de sensibilisation ;
 - bilans de santé professionnels individualisés, en prenant compte des facteurs de risques de la profession ;
 - interventions en entreprise sur des thématiques de prévention santé ;
 - opérations coordonnées avec des centres de santé ;
- prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel :
 - aides à la famille ;
 - aides en matière de santé ;
 - toutes aides exceptionnelles estimées utiles par la commission paritaire nationale de suivi ;
- prise en charge de prestations d'action sociale à titre collectif.

Le contenu de ces actions est réexaminé en tant que de besoin en prenant en compte, le cas échéant, les objectifs d'amélioration de la santé définis dans le cadre de la politique de santé à la mise en œuvre desquels ces orientations contribuent.

Les entreprises doivent organiser la mise en œuvre de ces mesures et actions avec leur organisme assureur.

Conformément à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire nationale de suivi contrôle la mise en œuvre de ces mesures par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

Financement de la solidarité

La part de la cotisation destinée à financer l'action sociale et la prévention est égale à 2 % de la cotisation brute totale versée à l'organisme assureur.

Article 13

Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail

Les anciens salariés titulaires d'une pension d'invalidité au titre de la 2^e et de la 3^e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale acquittent une cotisation réduite à hauteur de la seule quote-part salariale des actifs.

Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Les participants bénéficient, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, du maintien à titre gratuit du régime en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour bénéficier du dispositif de la portabilité :

- les droits à remboursements complémentaires doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Autrement dit, le dispositif de portabilité ne concerne que les participants bénéficiaires du régime au moment de la cessation de leur contrat de travail ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ;
- l'ancien participant doit fournir à l'organisme assureur un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que son organisme assureur en fait la demande.

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 des derniers contrats de travail s'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.

La cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage fait cesser le maintien. L'ancien salarié est donc tenu d'informer l'organisme assureur de tout changement dans sa situation.

Article 14

Commission paritaire nationale de suivi

Il est institué une commission paritaire nationale de suivi du régime frais de soins de santé et de prévoyance dont les modalités de fonctionnement seront précisées en tant que de besoin dans son règlement intérieur.

Composition, présidence et décision

La commission paritaire nationale de suivi de l'accord est composée des parties signataires, à savoir un représentant de chacune des organisations syndicales de salariés et un nombre égal de représentants des organisations patronales.

La commission paritaire nationale de suivi désigne, chaque année et en alternance, un président et un vice-président, appartenant l'un au collège employeurs, l'autre au collège salariés.

Chaque décision de la commission paritaire nationale de suivi suppose un accord entre la délégation des organisations de salariés et la délégation patronale.

Réunions

La commission paritaire nationale de suivi se réunit en tant que de besoin et au moins deux fois par an sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations la composant.

Missions

La commission paritaire nationale de suivi a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de protection sociale complémentaire institué par le présent accord :

- application et interprétation des dispositions du présent accord ;
- instruction et arbitrage de tout litige ou de toute difficulté d'interprétation survenant dans l'application du régime et conciliation ;
- contrôle des opérations administratives et financières ;
- proposition d'ajustement, d'aménagement et d'amélioration des dispositions du régime ;
- proposition d'orientations relatives à la politique d'action sociale. A cet effet, elle peut constituer un comité de gestion composé paritairement ;
- proposition d'orientations relatives à la politique de prévention ;
- promotion du régime en collaboration avec les parties prenantes au régime ;
- suivi de l'application de l'accord et de la conformité des contrats d'entreprise.

Article 15

Durée. – Renonciation. – Révision

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Conformément aux dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail, toute organisation représentative signataire du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement dans les conditions posées par les articles L. 2261-3 et suivants du code du travail pourra en demander à tout moment la révision.

A cet effet, elle adressera à chacun des autres signataires une lettre recommandée avec avis de réception précisant les points sur lesquels une modification est souhaitée et accompagnée d'un projet de texte.

A l'initiative de la partie patronale aura lieu, dans les 3 mois suivant la date de première présentation de cette lettre, une première réunion de négociation à laquelle seront invitées toutes les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement.

Au cas où l'avenant de révision serait approuvé par tous les signataires du présent accord et par tous ceux qui y auront adhéré ultérieurement en totalité, ses dispositions se substitueront immédiatement à celles qu'il modifie.

Dans le cas contraire, le droit d'opposition des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national opposées à la révision s'exercera dans le cadre des articles L. 2232-2 et suivants du code du travail. L'absence de réponse à la notification du nouvel avenant dans le délai légal a pour effet la substitution immédiate.

Conformément aux dispositions de l'article L. 2261-9 du code du travail, toute organisation représentative signataire du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement dans les conditions

posées par les articles L. 2261-3 et suivants du code du travail pourra dénoncer la totalité du présent accord moyennant un préavis de 3 mois.

A cet effet, elle adressera à chacun des autres signataires une lettre recommandée avec avis de réception.

La dénonciation doit faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

A l'initiative de la partie patronale aura lieu, dans le mois suivant la date de première présentation de cette lettre, une première réunion afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis à laquelle seront invitées toutes les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement.

L'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis.

Article 16

Dépôt. – Date d'effet

Les parties signataires visent l'extension du présent accord, laquelle est indispensable pour atteindre l'objectif qu'elles se sont fixé d'une généralisation du régime qu'il instaure dans la branche.

Les parties signataires mandatent l'association patronale de la radiodiffusion (APAR) afin d'accomplir dans les meilleurs délais toutes les formalités tendant à son extension, sans que cela puisse faire obstacle aux dispositions législatives sur l'exercice du droit d'opposition.

Le présent accord entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la publication au *Journal officiel* de l'arrêté ministériel décidant de son extension (sans que le délai entre la parution de la décision d'extension et l'entrée en vigueur puisse être inférieur à 15 jours, auquel cas l'entrée en vigueur du présent accord sera repoussée au premier jour du trimestre civil suivant).

Fait à Paris, le 17 décembre 2015.

Suivent les signataires des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CNRA ;
FFRC ;
SIRTI ;
SNRL ;
SNRC.

Syndicats de salariés :

SNRT CGT ;
F3C CFDT ;
FFSCEGA CFTC ;
SNJ.