

Brochure n° 3367

Convention collective nationale

IDCC : 2847. – PÔLE EMPLOI

ACCORD DU 25 JANVIER 2016

À L'ACCORD DU 18 MARS 2011

RELATIF À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650328M

IDCC : 2847

PRÉAMBULE

Le présent accord vise à fixer les caractéristiques de garanties collectives à titre obligatoire, communes à tous les agents de Pôle emploi, en matière de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance, dans le cadre du « contrat responsable », afin de maintenir au bénéfice des agents la défiscalisation de leurs cotisations. Il respecte donc les règles fixées par les lois n° 2004-810, n° 2013-504 et n° 2013-1203 ainsi que leurs décrets d'application et toutes autres dispositions législatives et réglementaires en vigueur s'y rapportant ainsi que les dispositions de l'article 49 de la convention collective nationale.

Ces garanties sont spécifiques à la couverture de la population concernée et tiennent compte des dispositifs de protection sociale réglementaires et conventionnels des deux statuts, privé et public, des agents de Pôle emploi.

Le dispositif repose sur la solidarité familiale entre les affiliés, dans le respect des principes de transparence et de non-discrimination. Il comprend une combinaison de garanties de protection sociale complémentaire incluant les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et ceux liés à la maternité, dénommés frais de soins de santé, ainsi que les risques d'incapacité de travail, tout ou partie des risques d'invalidité et ceux liés au décès. Il inclut par ailleurs, à titre facultatif, une garantie dépendance.

Ce dispositif repose également sur la solidarité entre les bien et les moins bien portants. Ainsi, la tarification concernant la couverture des frais de soins de santé et de prévoyance ne peut pas être établie sur la base d'un questionnaire médical préalable ni en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de son âge. Par ailleurs, il n'y a aucun délai de carence au moment de l'affiliation à ces garanties.

Les parties, pour des raisons de clarté et de présentation exhaustive, s'entendent sur une version formellement consolidée de l'accord du 18 mars 2011 et de ses avenants des 5 mai 2011 et 17 juin 2014.

CHAPITRE I^{ER}

BÉNÉFICIAIRES

Article 1.1

Agents en activité

Les bénéficiaires de ces garanties sont les agents en activité, en contrat à durée indéterminée ou déterminée ou en contrat de travail aidé, régis par la convention collective nationale de Pôle emploi,

et ceux relevant du décret statutaire de 2003, ainsi que les fonctionnaires détachés. Ces garanties s'appliquent quelle que soit la nature du contrat de l'agent, sans condition d'ancienneté.

Selon les dispositions de la loi du 13 août 2004 et dans le cadre du contrat responsable, les agents concernés doivent cotiser au titre des garanties obligatoires instituées par le présent accord.

En complément des cas de dispense prévus à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, les parties décident que seuls les agents sous contrat à durée déterminée, dont les apprentis, spécifiés dans l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent bénéficier sur leur demande expresse d'une dispense d'affiliation.

Les agents sous contrat à durée déterminée doivent formuler leur demande de dispense auprès de Pôle emploi à la signature de leur contrat de travail et après avoir reçu les notices d'information sur les régimes frais de soins de santé et de prévoyance ainsi que les formulaires d'adhésion spécifiant les tarifs. L'affiliation et la dispense sont définitives pour toute la durée de leur contrat.

Article 1.2

Agents en congé sans traitement ou sans solde

Les agents en congé sans solde au titre de l'article 28 de la convention collective nationale de Pôle emploi et ceux en congé pour raison familiale ou personnelle en application du titre V du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ainsi que les agents en congé pour convenance personnelle ou dans l'intérêt du service (art. 26 et 27 du décret statutaire de 2003) peuvent, sur leur demande, bénéficier de la garantie liée au remboursement des frais de soins de santé et de celle liée à la prévoyance.

Dans ce cas, les agents en congé de solidarité familiale, en congé en vue de l'adoption ou en congé de présence parentale bénéficient de la prise en charge de la part patronale de la cotisation dans les mêmes conditions que les agents en activité.

Pour tous les autres motifs de congé sans traitement ou sans solde, les cotisations relatives à cette souscription sont intégralement à la charge des agents concernés, à l'exception des agents en activité à Pôle emploi dont le contrat de travail est suspendu pour maladie.

Article 1.3

Anciens agents indemnisés au titre du chômage

Selon les dispositions prévues à l'article L. 911-8 du livre IX, titre I^{er}, du code de la sécurité sociale, les anciens agents de Pôle emploi dont la rupture du contrat de travail, hors cas de licenciement pour faute lourde, ouvre droit au bénéfice de l'allocation pour perte d'emploi, précédemment affiliés au présent régime, conservent, sauf renonciation expresse, après leur départ définitif, le bénéfice sans contrepartie de cotisation de leurs garanties de frais de soins de santé et de prévoyance pendant une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

Dans un délai de 1 mois suivant la perte du bénéfice de leurs garanties de frais de soins de santé dans le cadre de la portabilité, les anciens agents peuvent bénéficier de manière facultative du maintien des garanties du régime frais de soins de santé moyennant le paiement d'une cotisation spécifique intégralement à leur charge et acquittée directement auprès de l'organisme assureur.

Article 1.4

Retraités

Les agents retraités de Pôle emploi peuvent demander à conserver le bénéfice de la garantie liée au remboursement des frais de soins de santé dans les 6 mois suivant la date de leur départ à la retraite moyennant le paiement d'une cotisation spécifique intégralement à leur charge et acquittée directement auprès de l'organisme assureur.

Un tarif plus avantageux que celui qui pourrait résulter d'une adhésion individuelle sera négocié dans le cadre de l'appel d'offres. Il visera à obtenir des candidats une offre spécifique en termes de tarification, basée sur la particularité de la population concernée.

Ce tarif, plafonné à 125 % de la cotisation des actifs, sera révisé, si besoin, au terme du deuxième exercice du contrat dans le cadre de la commission de suivi.

CHAPITRE II

NATURE DES GARANTIES

Le dispositif comporte les garanties ci-après :

Article 2.1

Garantie de frais de soins de santé

Une garantie obligatoire assure le remboursement des dépenses de soins de santé. Ce remboursement intervient en complément de la prise en charge de la sécurité sociale, des prestations non remboursées par la sécurité sociale mais prévues expressément par les garanties négociées, dans la limite des frais réellement exposés. Cette garantie s'entend déduction faite du montant des participations forfaitaires ou franchises prévues à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale qui restent à la charge de l'agent.

Par ailleurs, les candidats devront proposer, dans le cadre de l'appel d'offres, une offre spécifique de remboursements complémentaires à adhésion facultative intégralement à la charge des agents et acquittée directement auprès de l'organisme assureur.

Article 2.2

Garantie de prévoyance obligatoire

L'objectif est d'offrir aux agents en activité une protection supplémentaire face aux aléas de l'existence, en complément des prestations réglementaires et conventionnelles spécifiques aux deux statuts, privé et public.

L'incapacité-invalidité couvre sous certaines conditions les pertes de salaire en cas d'arrêt de travail.

La rente éducation vise la protection des enfants en cas de décès de l'agent.

La rente de conjoint assure sous certaines conditions une rente temporaire.

La garantie décès permet le versement d'un capital en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'agent.

Les rentes sont versées mensuellement dans le respect des conditions législatives et réglementaires.

CHAPITRE III

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET DE MATERNITÉ

Article 3.1

Financement

Les cotisations relatives à la garantie mentionnée à l'article 3.2 ci-dessous sont exprimées de manière forfaitaire. Les cotisations relatives à cette garantie sont prises en charge annuellement à hauteur de 75 % de leur montant global par Pôle emploi et les 25 % restants étant à la charge de l'ensemble des agents en activité.

Article 3.2

Garantie de frais de soins de santé obligatoire

La cotisation individuelle correspond à un forfait fixé annuellement, dont la prise en charge est assurée par l'agent à hauteur d'un pourcentage de son salaire brut qui sera déterminé en fonction des coûts arrêtés à l'issue de la contractualisation.

La charge salariale de 25 % est supportée collectivement par les agents et n'est pas traduite sous forme d'un précompte forfaitaire mensuel mais d'un taux exprimé en pourcentage du salaire brut mensuel de l'agent.

Ce taux est obtenu en divisant le forfait de base par le salaire brut moyen à Pôle emploi. Ce forfait de base est égal à 25 % du coût mensuel global du régime (charges salariales et patronales incluses).

Du fait de l'application d'un taux unique appliqué au salaire brut mensuel de chaque agent, la cotisation versée est proportionnelle aux gains de chacun. Cependant, aucun agent ne peut mensuellement cotiser au-delà de 50 % de ce forfait.

Le pourcentage retenu pour la première année est ensuite réajusté au 1^{er} janvier de chaque année, et ce pour les 12 mois de l'année civile en cours, afin que la répartition moyenne de la prise en charge globale des cotisations soit maintenue, tel que prévu, à hauteur de 75 % pour Pôle emploi et de 25 % pour les agents.

Article 3.3

Cotisation

Forfait de base

La cotisation individuelle est exprimée sous la forme d'un montant forfaitaire réestimée annuellement en fonction des résultats du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après avis de la commission de suivi prévue à l'article 7.1 du présent accord. Cette cotisation couvre les agents et leurs ayants droit, tels que définis à l'article 3.4 du présent accord. Dans ce cadre, les agents peuvent bénéficier du tiers payant et du système Noémie pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi.

Les agents affiliés au régime spécifique de sécurité sociale Alsace-Moselle bénéficient d'un tarif minoré de cotisation.

Régime optionnel

Il est proposé deux formules optionnelles permettant l'affiliation facultative de la personne vivant avec l'agent. Dans ce cadre, une cotisation complémentaire optionnelle, prise en charge intégralement par l'agent, est proposée pour le conjoint, pour la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), pour le concubin de l'agent assuré au titre de la sécurité sociale sur présentation d'une attestation de vie maritale, dès lors qu'il ne travaille pas à Pôle emploi, ainsi que pour ses ayants droit au titre de la sécurité sociale. Ce système, appelé option couple, fonctionne selon l'une des deux formalités suivantes :

- soit l'intéressé ne bénéficie pas d'une mutuelle par ailleurs. Dans ce cas, il bénéficie des liaisons Noémie et des services de tiers payant ;
- soit l'intéressé bénéficie d'une mutuelle par ailleurs. Dans ce cas, il ne bénéficie pas des services de tiers payant et est « noémisé » auprès de la mutuelle intervenant en premier rang.

La cotisation est exprimée sous la forme d'un montant forfaitaire réestimé annuellement afin de garantir l'équilibre de ce régime optionnel.

Article 3.4

Ayants droit du forfait de base

Les prestations de la garantie de remboursement de frais de soins de santé sont accordées à l'agent assuré et à ses ayants droit, lesquels sont :

- le conjoint, le concubin sur présentation d'une attestation de vie maritale ou la personne ayant conclu avec un agent célibataire, divorcé ou veuf, un pacte civil de solidarité (Pacs) et à charge au titre de la sécurité sociale ou définis aux articles L. 160-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

- les enfants considérés comme ayants droit par la sécurité sociale au titre de l'agent assuré, ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), de son conjoint ou concubin, à charge au titre de la sécurité sociale, ainsi que les enfants de moins de 21 ans qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à un pourcentage du Smic mensuel selon les règles en vigueur ;
- le conjoint demandeur d'emploi ou le concubin ou la personne ayant conclu avec un agent célibataire, divorcé ou veuf, un pacte civil de solidarité (Pacs), ayant fait l'objet d'une affiliation volontaire optionnelle antérieure, est considéré comme conjoint à charge s'il ne perçoit pas d'indemnités de chômage ou à l'expiration de ses droits aux prestations de chômage ;
- les enfants reconnus par la maison départementale pour le handicap (MDPH) atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une quelconque activité rémunératrice (ressources mensuelles au maximum égales au quart du plafond mensuel de la sécurité sociale en ce qui concerne exclusivement les ressources d'origine professionnelle, abstraction faite des compléments de salaire versés par l'Etat et de toutes ressources attachées au handicap), sans limite d'âge.

Sont considérés également comme bénéficiaires jusqu'à la fin du mois du 28^e anniversaire :

- les enfants qui poursuivent leurs études et qui :
 - soit bénéficient du régime des étudiants en application de l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale ;
 - soit sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'agent assuré, ou de ses ayants droit (conjoint, concubin ou la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à la charge de l'assuré au titre de la sécurité sociale ou définis aux articles L. 160-1 et suivants du code de la sécurité sociale) ;
- les enfants qui sont en contrat d'apprentissage, en contrat de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à un pourcentage du Smic mensuel selon les règles en vigueur ;
- les enfants primo-demandeurs d'emploi, inscrits à Pôle emploi.

Sont également bénéficiaires les ascendants qui sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'agent assuré ou de ses ayants droit (conjoint, concubin ou personne liée à l'agent par un pacte civil de solidarité, à la charge de l'agent au titre de la sécurité sociale).

Article 3.5

Prestations

Les prestations décrites au contrat couvrent les bénéficiaires cotisants et les ayants droit au titre du forfait de base et des régimes optionnels selon leur niveau d'affiliation.

Les prestations sont détaillées dans le tableau joint en annexe I.

La prise en charge mutualiste est calculée acte par acte.

Les sommes restant à la charge du participant sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE IV

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Article 4.1

Financement

Les cotisations relatives à la garantie prévue à l'article 4.2 ci-dessous sont assises sur la rémunération mensuelle brute totale de l'agent. Elles sont réparties entre Pôle emploi et les agents conformément aux taux indiqués dans le tableau figurant dans cet article.

Compte tenu des spécificités attachées à chacun des deux statuts, privé et public, en matière, d'une part, de durée d'indemnisation par l'employeur et/ou par le régime complémentaire de maintien du revenu en cas d'arrêt de travail et, d'autre part, de la nature de l'affection, les cotisations relatives à la garantie prévue à l'article 4.2 du présent accord feront l'objet de deux tarifications distinctes. En effet, ce double décalage justifie techniquement la mise en place d'un taux de cotisation propre à chaque population.

Article 4.2

Garantie de prévoyance obligatoire

La participation de Pôle emploi et des agents sur le montant de la cotisation se répartit comme suit selon la tranche de rémunération.

	PART SALARIALE	PART PATRONALE
Tranche A	26 %	74 %
Tranche B	De 38 % à 45 %	De 62 % à 55 %
Tranche C	50 %	50 %

Les parties à la négociation se rencontreront pour réajuster et préciser les taux dans les fourchettes proposées ci-dessus en fonction des coûts arrêtés à l'issue de la contractualisation.

Article 4.3

Cotisations

Les cotisations individuelles sont exprimées sous forme d'un pourcentage de la rémunération mensuelle brute totale soumise à cotisation sécurité sociale répartie selon les tranches de rémunération (tranche A, tranche B, tranche C) tel que présenté dans le tableau figurant à l'article 4.2 du présent accord.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi.

Article 4.4

Prestations

La garantie proposée comporte un choix entre plusieurs options de couverture tel que présenté dans le tableau figurant en annexe II. Le montant de la cotisation est indépendant de l'option choisie.

Une option regroupe un ensemble prédéfini de garanties exprimées à des niveaux déterminés. Chaque agent choisit obligatoirement une option parmi celles proposées. En cas d'absence de choix, l'option 1 lui est appliquée par défaut.

En cas de demande de changement d'option, à la libre initiative de l'agent, celui-ci intervient au premier jour du mois suivant cette demande.

Article 4.5

Assurance incapacité (maladie, accident)

La garantie contre le risque d'incapacité de travail assure à l'agent, sans condition d'ancienneté et pendant toute la durée du bénéfice des indemnités journalières de sécurité sociale, le versement d'une prestation différentielle. Cette prestation permet de maintenir à l'agent des ressources mensuelles égales au maximum à 1/2 de sa rémunération annuelle nette totale au cours des 12 mois ayant précédé la date d'arrêt de travail initial.

Les prestations de la garantie incapacité sont servies pendant toute la durée de perception des indemnités journalières de sécurité sociale, qu'il y ait ou non maintien partiel par Pôle emploi du

salaire conventionnel pour les agents de droit privé ou de la rémunération pour les agents de droit public.

La direction générale prend des dispositions évitant aux agents concernés d'être en rupture de versement financier de nature à créer un déséquilibre dans leurs ressources mensuelles. Ces dispositions prendront la forme d'une avance sur versement, le premier mois des périodes à demi-traitement et sans traitement. Les modalités de récupération de l'avance feront l'objet d'une information en commission de suivi.

Article 4.6

Assurance invalidité

La garantie contre le risque lié à l'invalidité assure le versement, après épuisement des droits à prestations servies au titre de l'assurance incapacité de travail, d'une rente mensuelle aux agents reconnus en invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie par la sécurité sociale, au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, jusqu'à l'âge légal de la retraite, sous réserve des conditions d'éligibilité.

Pour une invalidité de 1^{re} catégorie au sens de la sécurité sociale ou pour les bénéficiaires d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente partielle compris entre 33 % et 65 %, la rente mensuelle ne peut excéder 48 % de 1/2 de la rémunération brute totale de l'agent au cours des 12 mois précédant la date d'arrêt de travail initial, ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale tant qu'il remplit les conditions jusqu'à l'âge légal du départ en retraite.

Pour une invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie au sens de la sécurité sociale ou pour une invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente partielle ou totale est égal ou supérieur à 66 %, la rente mensuelle est égale à 80 % de 1/12 de la rémunération brute totale de l'agent au cours des 12 mois précédant la date d'arrêt de travail initial, ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale et de la rémunération totale ou partielle maintenue par Pôle emploi, ainsi que, le cas échéant, de la prestation versée au titre du régime de prévoyance complémentaire des agents de droit public institué par le décret n° 99-528 du 25 juin 1999 modifié.

Chacune de ces deux rentes ne pourra, ajoutée aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, ou à toute rémunération d'une activité à temps partiel (justifiée par des motifs thérapeutiques) ou prestations de l'assurance chômage, permettre à l'agent de percevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Article 4.7

Garantie décès

La garantie contre le risque lié à tout décès hors exclusions légales ou à l'IAD assure, selon l'option souscrite par l'agent, le versement, conformément au tableau joint en annexe II, soit :

1. D'un capital ;
2. D'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente éducation aux enfants à charge ;
3. D'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente temporaire au bénéfice du conjoint survivant.

CHAPITRE V

GARANTIE DÉPENDANCE FACULTATIVE

A titre facultatif, une garantie contre le risque lié à la dépendance est proposée pour assurer, aux agents qui y souscrivent, le versement d'une rente mensuelle lorsqu'ils justifient soit d'un classement

en groupe iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 et 2) défini en application de l'article R. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, soit de ne plus pouvoir exécuter les actes ordinaires de la vie courante au sens du 3^e de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations devront être déterminées sur la base d'un montant mensuel de rente viagère égal à 500 € par mois, avec une proposition de barème de cotisations et de prestations pouvant permettre d'atteindre une rente égale à 2 500 € par mois. Le prestataire devra proposer un indice de revalorisation annuelle dans le cadre de l'appel d'offres. Il ne sera appliquée aucune exclusion ou limite de prise en charge de cette garantie en dehors des exclusions ou limites légales.

Les agents bénéficiaires de cette garantie partant à la retraite ou quittant Pôle emploi en cours de carrière peuvent, s'ils le souhaitent, conserver cette garantie.

La souscription à la garantie dépendance est financée par des cotisations distinctes prélevées mensuellement par Pôle emploi sur les salaires des agents souscripteurs en activité. Les agents en retraite ou ayant quitté Pôle emploi verseront mensuellement leur cotisation directement à l'organisme assureur.

CHAPITRE VI

ACTION DE SOLIDARITÉ

Dans les cas particulièrement graves où soit par suite d'absence ou d'insuffisance de remboursement de la sécurité sociale, soit par suite d'accident de la vie des sommes importantes sont portées à la charge de l'agent ou de ses ayants droit, celui-ci ou ceux-ci peuvent présenter une demande d'aide au titre de la solidarité auprès du fonds social collectif du prestataire.

Lors de l'appel d'offres les candidats devront proposer des solutions spécifiques et des services sans contrepartie de cotisation, à destination de tous leurs adhérents. Ces dispositifs porteront, entre autres, sur la santé et la prévoyance.

CHAPITRE VII

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en place de cette couverture de frais de soins de santé et de prévoyance fait l'objet de la conclusion de contrats avec un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée après appel d'offres. Ces contrats peuvent être conclus auprès des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, à l'exception de celles bénéficiant pour les risques à garantir des dispositions de l'article L. 211-5 du code de la mutualité, ou d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou encore d'entreprises d'assurances mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

Au cours de la procédure d'appel d'offres, Pôle emploi veillera dans le choix des prestataires à leur capacité à mettre en œuvre l'ensemble des prestations des contrats, notamment la présence des relais et le tiers payant, sur l'ensemble du territoire national (DROM et Saint-Pierre-et-Miquelon compris).

Les organisations syndicales, parties à négociation, sont associées à l'ensemble du processus de mise en place et du choix du ou des prestataires, notamment à l'élaboration du cahier des charges et à l'audition des soumissionnaires, sur la base d'un calendrier proposé par la direction.

Article 7.1

Commission de suivi

Une commission paritaire nationale de suivi du présent accord est instituée pour assurer le contrôle, l'analyse et le suivi des comptes et la gestion de ce dispositif. Cette commission est composée de trois membres par organisation syndicale partie à négociation et des représentants de la

direction de Pôle emploi. Les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par son règlement intérieur adopté à la majorité de ses membres.

L'équilibre financier des régimes frais de soins de santé et de prévoyance est étudié chaque année par la commission de suivi en fonction du rapport présenté par les organismes assureurs et des indicateurs définis par la commission en lien avec le(s) titulaire(s) du contrat. Par ailleurs, en cas de modification substantielle de la réglementation de remboursement de la sécurité sociale susceptible de remettre en cause de façon importante l'équilibre financier des régimes, la commission de suivi se réunit à titre exceptionnel pour en examiner les conséquences et proposer les évolutions nécessaires à la CPNN dans le cadre des dispositions relatives à la révision du présent accord. Toute modification du niveau des garanties ou de la nature des prestations ne peut intervenir que dans le cadre d'une révision du présent accord, sauf celle consécutive à une évolution législative ou réglementaire modifiant les conditions prévues pour le bénéfice des exonérations fiscales et des cotisations sociales. Dans ce cas, la commission de suivi et la CPNN sont réunies pour en tirer les conséquences.

La commission veillera à vérifier l'impact de la mise en œuvre de ces garanties sur la population des femmes, dans la continuité des travaux concernant l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Des indicateurs pertinents et efficaces seront mis en place afin de vérifier que le présent accord ne vienne pas en aggravation de la situation des femmes à Pôle emploi, ni en accroissement des inégalités entre les femmes et les hommes.

Tout impact financier sur les régimes notamment lié à des évolutions législatives et/ou réglementaires fera l'objet d'un examen en commission de suivi.

Article 7.2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il se substitue à tous les textes et dispositions conventionnelles existants portant sur les mêmes objets à la date de sa prise d'effet. Il est annexé à la convention collective nationale de Pôle emploi, conformément à l'article 49, paragraphe 1, de cette convention.

Il pourra être révisé par avenant dans les conditions légales, notamment dans les cas où les parties à négociation décident de mesures additionnelles et/ou substitutives ou préalablement à la procédure d'appel d'offres, effectuée avant l'échéance des contrats en cours.

Article 7.3

Date d'entrée en application

Les dispositions du présent accord révisé entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

CHAPITRE VIII

MODIFICATION DE L'ARTICLE 49, PARAGRAPHE 2, DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE EN VUE DE SA CONCORDANCE AVEC LE PRÉSENT ACCORD

Afin de tenir compte des évolutions législatives relatives aux « contrats responsables », le paragraphe 2 de l'article 49 de la convention collective nationale est ainsi modifié :

« Le personnel est obligatoirement soumis à ces régimes qui sont gérés par un ou plusieurs organismes désignés après appel d'offres. Les prestations et garanties, risque par risque, de ces régimes respectent les conditions et limites prévues par la réglementation pour bénéficier des exonérations fiscales et cotisations sociales relatives à son financement, tant pour les agents que pour Pôle emploi. »

CHAPITRE IX

DÉPÔT ET PUBLICITÉ

Le présent accord est déposé, conformément aux dispositions légales en vigueur, au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail selon les modalités en vigueur.

Fait à Paris, le 25 janvier 2016.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Pôle emploi.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC ;

FSU.

ANNEXE I

GARANTIES DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Les remboursements des dépenses de soins de santé s'entendent remboursements de la sécurité sociale inclus, dans la limite des frais réellement exposés.

Les sommes restant à la charge de l'agent sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'Etat conformément à l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les majorations du ticket modérateur pour non-respect du parcours médical et non-communication du dossier médical et, plus généralement, toutes les pénalités qui en découlent ne sont pas prises en charge dans le cadre de la présente garantie.

Les pénalités financières appliquées par la sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la sécurité sociale, est assurée *a minima* au TM.

La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la sécurité sociale.

POSTE	NIVEAU DE GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, salle d'opération	600 % BR	90 % (FR limité à 600 % BR)
Honoraires déclarés par la sécurité sociale, actes codifiés en K (y compris IVG dans le cadre du contrat d'accès aux soins)	600 % BR	néant
Honoraires déclarés par la sécurité sociale, actes codifiés en K (y compris IVG hors du cadre du contrat d'accès aux soins)	200 % BR	90 % (FR limité à 200 % BR)
Chambre particulière (frais hospitalisation chirurgicale)	4 % PMSS par jour	
Chambre particulière (frais hospitalisation médicale)	4 % PMSS par jour	
Forfait hospitalier	100 % du forfait	
Frais d'accompagnement	4 % PMSS par jour (enfants à charge < 14 ans ou adultes > 70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,50 % PMSS par jour	
Transport (remboursé par la sécurité sociale)	100 % TCSS	
Actes médicaux		
Généraliste dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 300 % BR)	néant
Généraliste hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 200 % BR)	90 % (FR limité à 200 % BR)

POSTE	NIVEAU DE GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Spécialiste dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 500 % BR)	néant
Spécialiste hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 200 % BR)	90 % (FR limité à 200 % BR)
Radiologie dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 500 % BR)	néant
Radiologie hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 200 % BR)	90 % (FR limité à 200 % BR)
Analyses acceptées par la sécurité sociale	100 % (FR limité à 600 % BR) SS	
Auxiliaires médicaux	200 % TCSS-SS	néant
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 500 % BR)	néant
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100 % (FR limité à 200 % BR)	90 % (FR limité à 200 % BR)
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale) – à 65 % – à 35 % – à 15 %	100 % BR	
Dentaire Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay) Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core, clavette et couronne sur implant) Orthodontie remboursée par la sécurité sociale Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale Parodontologie remboursée (sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant) Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale Prothèse dentaire non remboursée Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	200 % BR 480 % BR 450 % BR 300 % BR – SS reconstituée 300 % TCSS 15 % PMSS par an par bénéficiaire 300 % BR – SS reconstituée 20 % PMSS dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire 300 % BR – SS reconstituée	
Prothèses non dentaires Prothèse auditive et implant cochléaire adulte remboursés par la sécurité sociale Prothèse auditive adulte refusée par la sécurité sociale Prothèse auditive et implant cochléaire enfant remboursés par la sécurité sociale Prothèse auditive enfant refusée par la sécurité sociale Orthopédie et autres prothèses acceptées par la sécurité sociale	25,50 % PMSS / prothèse ou implant 19,50 % PMSS / prothèse 25,50 % PMSS / prothèse ou implant 19,50 % PMSS / prothèse 365 % BR	

POSTE	NIVEAU DE GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Optique Plafond : 1 équipement (verres et monture) tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue Monture adulte Par verre adulte simple Par verre adulte complexe Par verre adulte très complexe Monture enfants (moins de 18 ans) Par verre enfant simple Par verre enfant complexe Par verre enfant très complexe Lentilles remboursées par la sécurité sociale, y compris les lentilles d'adaptation Lentilles non remboursées et jetables	150 € 100 % FR – SS, limité à 160 € par verre 100 % FR – SS, limité à 300 € par verre 100 % FR – SS, limité à 350 € par verre 150 € 100 % FR – SS, limité à 160 € par verre 100 % FR – SS, limité à 300 € par verre 100 % FR – SS, limité à 350 € par verre 8 % PMSS par paire 8,5 % PMSS par an et par bénéficiaire	
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et d'hébergement Refusée par la sécurité sociale, effectuée en France, sur accord du médecin-conseil du prestataire	20 % PMSS (18 jours maximum) 15 % PMSS	
Maternité Chambre particulière Forfait par enfant (y compris adoption)	4 % PMSS par jour 15 % PMSS	
Divers Chirurgie de l'œil non prise en charge par la sécurité sociale Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale : anti-grippe saisonnière Vaccins pris en charge par la sécurité sociale Forfait actes médicaux > 120 € Ostéodensitométrie osseuse Contraceptifs oraux non pris en charge par la sécurité sociale Consultation diététicien – lutte contre l'obésité Substituts nicotiniques prescrits par un médecin Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie...) Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival	25 % PMSS par œil, par an et par bénéficiaire 100 % FR 100 % FR 100 % du forfait 2 % PMSS par an et par bénéficiaire 5 % PMSS par an et par bénéficiaire 3 % PMSS par an et par bénéficiaire 50 € par an et par bénéficiaire 35 € par séance avec maximum 4 séances par an et par bénéficiaire 2 séances par an et par bénéficiaire	

POSTE	NIVEAU DE GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Dépistage des troubles de l’audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage tous les 5 ans, par bénéficiaire	
FR : frais réels. BR : base de remboursement de la sécurité sociale. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. TCSS : tarif conventionné de la sécurité sociale. Les remboursements forfaitaires annuels ou les limites par an et par bénéficiaire sont appliqués par année civile.		

Sur l'optique, la prise en charge concerne un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les 2 ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La périodicité de 2 ans ou de 1 an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (monture ou verres). L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D. 911-1, 4°, du code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon les niveaux de sphère et de cylindre, comme précisé dans le tableau ci-dessous.

		Verres unifocaux				Verres multifocaux			
		Cylindre				Cylindre			
		–	0,25	4,25 à 6	≥ 6,25	–	0,25	4,25 à 6	≥ 6,25
Sphère	0 à 4,00	Verres simples		Verres complexes					
	4,25 à 6,00								
	6,25 à 8,00	Verres très complexes							
	≥ 8,25								

ANNEXE II

Garantie de prévoyance

	PROPOSITION RÉGIME À OPTIONS		
	Option 1	Option 2	Option 3
Capitaux décès			
Célibataire, veuf, divorcé, séparé sans enfant	250 % TABC	250 % TABC	Néant
Conjoint, concubin, Pacs, union libre sans enfant	375 % TABC	375 % TABC	150 % TABC
Majoration par personne à charge	110 % TABC	0 % TABC	110 % TABC
Rente éducation			
Enfants jusqu'à 11 ans	Néant	10 % TABC	Néant
Enfants jusqu'à 16 ans révolus	Néant	15 % TABC	Néant
Enfants de 17 ans et, si études, de 18 à 26 ans	Néant	18 % TABC	Néant
Rente orphelin	Néant	100 % rente éducation	Néant
Rente de conjoint temporaire			
Temporaire (4 % par mois pendant 5 ans)	Néant	Néant	240 % TABC
Garanties annexes décès			
Capital supplémentaire décès accidentel	75 % TABC + 25 % majoration pour personne à charge	75 % TABC + 25 % majoration pour personne à charge	75 % TABC + 25 % majoration pour personne à charge
Décès postérieur conjoint (double effet)	50 % capital décès option 1	50 % capital décès option 1	50 % capital décès option 1
Prédéces conjoint ou enfant (à partir de 12 ans [*])	250 % PMSS	250 % PMSS	250 % PMSS

	PROPOSITION RÉGIME À OPTIONS		
	Option 1	Option 2	Option 3
Invalidité absolue et définitive (IAD 3 ^e catégorie SS)	100 % capital décès option 1 + 100 % TABC si non marié	100 % capital décès option 1 + 100 % TABC si non marié	100 % capital décès option 1 + 100 % TABC si non marié
Arrêt de travail En relais et complément de Pôle emploi / SS / autres prestations Incapacité de travail (cf. article 4.5) Invalidité 1 ^{re} catégorie Invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC	100 % salaire net 48 % TABC 80 % TABC
TABC : rémunération brute annuelle totale de l'agent. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (*) Décès d'un enfant de moins de 12 ans : prise en charge des frais funéraires dans la limite des frais engagés plafonnés à 250 % du PMSS.			