

Convention collective nationale

**IDCC : 1420. – PERSONNEL DES INSTITUTIONS
DE L'ASSURANCE CHÔMAGE**

ACCORD DU 3 NOVEMBRE 2016

RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1750071M

IDCC : 1420

Entre :

Unédic

D'une part, et

CGT

CFDT

FEC FO

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

ANNEXE III

(ART. 39 DE LA CONVENTION COLLECTIVE)

PRÉAMBULE

Suite aux récentes évolutions législatives et réglementaires et à la fin de la période quinquennale de désignation de l'organisme assureur des dispositifs de frais de santé et prévoyance du personnel de l'assurance chômage, l'Unédic et l'ensemble des organisations syndicales représentatives, se sont réunies afin de définir les modalités de poursuite d'une protection sociale complémentaire « frais de santé » et « prévoyance » au bénéfice des salariés régis par la convention susnommée.

Ainsi le présent accord a pour objet la déclinaison des dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2017, concernant les remboursements complémentaires de frais de santé et les garanties collectives contre les risques d'incapacité, invalidité et décès.

Après négociation entre les parties, un schéma de garanties complémentaires santé et prévoyance, une répartition de financement employeur/salarié et un assureur ont été choisis, consécutivement à un appel d'offres.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1.1

Objet et champ d'application

Le présent accord s'inscrit dans le cadre de l'article 39 de la convention collective nationale du personnel de l'assurance chômage et constitue à ce titre sa nouvelle annexe III à compter du 1^{er} janvier 2017.

Il se substitue de fait, à la date de sa prise d'effet, à toutes les dispositions conventionnelles et textes antérieurs sur les sujets qui y sont traités, et notamment à la précédente version de l'annexe III qui est ainsi annulée et remplacée.

Dans ce cadre, le présent accord s'applique à l'ensemble du personnel régi par la CCN susnommée.

Article 1.2

Choix de l'organisme assureur

A compter du 1^{er} janvier 2017, les contrats collectifs d'assurance frais de santé et prévoyance seront souscrits auprès de Malakoff Médéric, organisme retenu consécutivement à une procédure d'appel d'offres.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur cité ci-dessus.

A cet effet, elles se réuniront six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'excluent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, du contrat de garanties collectives.

Les présents régimes ainsi que les contrats d'assurance précités sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1, L. 862-4 et L. 242-1, alinéas 6 et 8 du code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83-1 *quater* du code général des impôts.

Article 1.3

Commission et suivi des régimes

Une commission paritaire nationale (telle que prévue conformément aux dispositions de la CCN) se réunira selon un rythme semestriel, avec l'éventuel soutien d'un actuaire indépendant si nécessaire, aux fins d'analyser l'évolution des comptes de résultat des régimes, d'assurer un suivi et d'adopter les mesures préventives qu'elle pourrait estimer requises.

Article 1.4

Catégories de personnel visées

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés régis par la convention collective nationale du personnel de l'assurance chômage, sans condition d'ancienneté.

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel aux contrats collectifs d'assurance « remboursement de frais de santé » et d'assurance de prévoyance souscrits à cet effet par l'Unédic auprès d'organisme(s) habilité(s).

Article 1.5

Caractère obligatoire des régimes

L'adhésion des salariés au régime est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les parties signataires. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés

concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations, sauf dérogations applicables au régime « remboursement des frais de santé », telles que déclinées à l'article 2.1 du présent accord.

Article 1.6

Information

Il sera remis à chaque salarié et à tout nouvel embauché des notices d'information détaillée, établie par l'organisme assureur retenu par appel d'offres, résumant notamment les garanties et les modalités d'application corrélatives.

En outre, les salariés seront informés de toutes éventuelles modifications de leurs droits et obligations susceptibles de résulter d'une évolution du contrat.

Article 1.7

Le sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail
sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Il est précisé que dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise, etc.), la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice des présents régimes pour le salarié concerné. Toutefois, le salarié pourra, s'il le souhaite, conserver la couverture « remboursement des frais de santé », à condition qu'il règle directement à l'organisme assureur par prélèvement automatique sur son compte bancaire, les cotisations afférentes qui seront intégralement à sa charge.

En cas de suspension du contrat de travail
avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 1.8

Portabilité des garanties

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les anciens salariés dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'entreprise bénéficieront du maintien des garanties de couvertures « frais de santé » et prévoyance « incapacité, invalidité, décès » en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 2.1

Dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion rappelé à l'article 1.5 et sur refus notifié, les salariés placés dans l'une des situations suivantes peuvent être dispensés d'adhésion au régime ⁽¹⁾ de frais de santé :

- salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée est strictement inférieure à 3 mois ;
- salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, citée ci-après, relevant d'un dispositif de prévoyance, et qui en justifient annuellement auprès de la direction :
 - d'un dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire (art. L. 242-1 CSS) ;
 - du régime local d'assurance maladie dit « Alsace-Moselle » ;
 - du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - d'un contrat d'assurance de groupe pour les travailleurs non-salariés dit « Madelin » ;
 - d'un régime complémentaire collectif proposé aux fonctionnaires d'état ou des collectivités territoriales.

Le bénéfice de cette dispense suppose que les salariés justifient chaque année de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs.

Les salariés précités seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire.

En outre, les salariés, susceptibles de bénéficier de l'une des dérogations précitées, qui choisissent de ne pas adhérer au régime collectif de remboursement de frais de santé, devront notifier leur refus par écrit et, le cas échéant, y joindre les justificatifs demandés :

- dans le mois qui suit la date de mise en place du dispositif de frais de santé ;
- dans le mois qui suit la date de l'embauche ;
- dans le mois qui suit la date à laquelle prennent effet les couvertures par ailleurs.

Toute demande de dérogation incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entraînera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif de remboursement de frais de santé.

En tout état de cause, toute demande de dispense d'adhésion sera effective à compter du 1^{er} jour du mois suivant la demande.

(1) Il est précisé que les dispenses d'affiliation visées ci-dessus sont prévues par la réglementation applicable lors de la mise en place du présent régime. En cas d'évolution de la réglementation rendant impossible le maintien de l'une ou de plusieurs de ces dispenses, la ou les dispenses concernées seront automatiquement supprimées.

Article 2.2

Prestations

Les prestations relatives au régime complémentaire de couverture « frais de santé » effectives au 1^{er} janvier 2017 sont déclinées, à titre indicatif, en annexes au présent accord (« contrat frais de santé/actifs »). Elles sont susceptibles d'évoluer suivant les dispositions de l'article 1.2 susmentionné et conformément aux conditions contractuelles de l'organisme assureur retenu par appel d'offres.

Les prestations relèvent de la responsabilité contractuelle de l'organisme assureur retenu par appel d'offres. L'Unédic n'est tenue qu'au paiement des cotisations.

Article 2.3

Structure du régime, taux, assiette et répartition des cotisations

a) Le système de cotisation est défini comme suit :

Un forfait de base :

Sauf cas de dispenses prévus à l'article 2.1 du présent accord, toute personne salariée de l'assurance chômage doit obligatoirement cotiser au titre de la couverture complémentaire santé dite « forfait de base », dont le taux est formulé dans le tableau ci-dessous.

Ce forfait de base couvre le salarié et ses ayants droit à charge tels que définis par le contrat d'assurance ;

Des régimes optionnels :

Couverture facultative du conjoint non à charge au sens du contrat d'assurance

Deux formules optionnelles permettent l'adhésion facultative du conjoint non à charge au sens du contrat d'assurance, qui n'est pas lui-même salarié de l'assurance chômage au régime « remboursement des frais de santé » (au niveau de garanties du forfait de base). Ce système appelé « option couple », fonctionne selon deux niveaux de garanties :

- une cotisation complémentaire optionnelle de premier niveau : elle est proposée dès lors que le conjoint non à charge au sens du contrat d'assurance ne bénéficie pas d'une mutuelle santé par ailleurs. Il bénéficiera des liaisons Noémie et des services de tiers payant ;
- une cotisation complémentaire optionnelle de second niveau : elle est proposée dès lors que le conjoint non à charge au sens du contrat d'assurance bénéficie d'une mutuelle santé par ailleurs. Il ne bénéficiera pas du tiers payant et bénéficiera des liaisons Noémie auprès de la mutuelle intervenant en premier rang.

La cotisation au titre de ces couvertures facultatives est entièrement à la charge du salarié.

Régime optionnel complétant les garanties du forfait de base

Suite au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, il a été décidé de mettre en place un régime optionnel permettant aux bénéficiaires du forfait de base et aux conjoints non à charge avec ou sans mutuelle, au sens du contrat d'assurance ayant souscrit à la couverture facultative, de maintenir les niveaux de remboursement des précédents régimes concernant les honoraires en milieu hospitalier et des consultations et visites de spécialistes.

La cotisation au titre de ce régime optionnel est entièrement à la charge du salarié.

b) Pour l'année 2017, les cotisations mensuelles dédiées au financement du contrat d'assurance « frais de santé » s'élèvent à :

(En pourcentage.)

ADHÉRENT	ASSIETTE	TAUX régime général	TAUX RÉGIME LOCAL Alsace-Lorraine
Forfait de base (salarié + ayants droit à charge)	en % TATB	2,78	1,95

ADHÉRENT	ASSIETTE	TAUX régime général	TAUX RÉGIME LOCAL Alsace-Lorraine
Couverture facultative du conjoint non à charge sans mutuelle	en % PMSS (*)	2,67	1,87
Couverture facultative du conjoint non à charge avec mutuelle	en % PMSS (*)	0,88	0,62
Régime optionnel			
Forfait de base (salarié + ayants droit à charge)	en % PMSS (*)	0,11	0,07
Couverture facultative du conjoint non à charge sans mutuelle	en % PMSS (*)	0,07	0,04
Couverture facultative du conjoint non à charge avec mutuelle	en % PMSS (*)	0,07	0,04
(*) A titre indicatif au 1 ^{er} janvier 2016, le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) est égal à 3 218 €.			

c) La prise en charge des cotisations se décompose comme suit :

Les cotisations du forfait de base seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes à la date de signature du présent accord :

- 75 % à la charge de l'employeur ;
- 25 % à la charge du salarié.

Les cotisations des régimes optionnels (couverture facultative des conjoints non à charge au sens du contrat d'assurance et régime optionnel) sont entièrement prises en charge par le salarié.

d) Evolution des cotisations

L'organisme désigné s'est engagé à maintenir les taux de cotisations mentionnés ci-dessus pendant deux exercices, soit du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018, à législation fiscale et sociale constante.

Les éventuelles évolutions des taux de cotisations permettant la couverture des garanties souscrites au contrat ne pourront intervenir qu'au 1^{er} janvier de chaque année (sauf en cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, qui seraient applicables en cours d'année), si toutefois les résultats du contrat conclu avec l'organisme retenu par appel d'offres l'imposent, eu égard à l'éventuelle nécessité du maintien de l'équilibre du contrat.

Toute évolution significative de la cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation après consultation de la CPN, prévue à l'article 1.4 du présent accord.

Article 2.4

Retraités

Conformément à l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989, les retraités de l'assurance chômage 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 en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique intégralement à leur charge et acquittée directement auprès de l'organisme assureur.

CHAPITRE III

RÉGIME « INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS »

Article 3.1

Prestations

Les prestations relatives au régime « incapacité, invalidité, décès » effectives au 1^{er} janvier 2017 sont déclinées, à titre indicatif, en annexes du présent accord (« Contrat prévoyance »). Elles sont susceptibles d'évoluer suivant les dispositions de l'article 1.2 (dans le respect de l'article 3.3) du présent accord et conformément aux conditions contractuelles de l'organisme assureur retenu par appel d'offres.

Les prestations relèvent de la responsabilité contractuelle de l'organisme assureur retenu par appel d'offres. L'Unédic n'est tenue qu'au paiement des cotisations.

Article 3.2

Taux et assiette, répartition des cotisations

a) Le système de cotisation est défini comme suit :

Au 1^{er} janvier 2017, les cotisations mensuelles dédiées au financement du contrat d'assurance « incapacité, invalidité et décès » s'élèvent à :

(En pourcentage.)

	ENSEMBLE DU PERSONNEL
TA	2,02
TB / TC	3,08

Elles seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

(En pourcentage.)

	ENSEMBLE DU PERSONNEL	
	Part employeur	Part salarié
TA	73	27
TB / TC	57	43

b) Evolution des cotisations

L'organisme désigné s'est engagé à maintenir les taux de cotisations mentionnés ci-dessus pendant trois exercices, soit du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019, à législation fiscale et sociale constante.

Les éventuelles évolutions des taux de cotisations permettant la couverture des garanties souscrites au contrat ne pourront intervenir qu'au 1^{er} janvier de chaque année (sauf en cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, qui seraient applicables en cours d'année), si toutefois les résultats du contrat conclu avec l'organisme retenu par appel d'offres l'imposent, eu égard à l'éventuelle nécessité du maintien de l'équilibre du contrat.

Toute évolution significative et ultérieure de la cotisation pourra faire l'objet d'une nouvelle négociation après consultation de la CPN, prévue à l'article 1.4 du présent accord.

Article 3.3

Impact d'un changement d'organisme assureur sur le régime « incapacité, invalidité et décès »

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur du régime « incapacité, invalidité et décès » :

- les rentes en cours de service, à la date de ce changement, continueront à être revalorisées selon le même mode que le contrat précédent ;
- et les garanties décès seront maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès sera au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui aura fait l'objet d'une résiliation. Les prestations décès, lorsqu'elles prennent la forme de rente, continueront à être revalorisées après la résiliation du contrat de garanties collectives.

CHAPITRE IV

DURÉE DE L'ACCORD, DATE DE MISE EN ŒUVRE, DÉPÔT ET MESURE DE PUBLICITÉ

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et pourra être révisé par avenant dans les conditions légales.

Il pourra également être dénoncé par l'une des parties dans les conditions légales et moyennant un préavis de 3 mois ; la dénonciation pourra, au besoin porter sur les seules dispositions relatives à la couverture « remboursement des frais de santé » ou sur celles relatives à la couverture « incapacité, invalidité, décès ».

Au terme du délai d'opposition de quinze jours suivant sa notification, le présent accord est déposé, conformément aux dispositions légales, au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail selon les modalités en vigueur.

Le présent accord prend effet au 1^{er} janvier 2017 sous réserve du droit d'opposition prévu par le code du travail.

Un exemplaire sera également remis à chacune des parties signataires et son existence sera portée à la connaissance du personnel régi par la CNN du personnel de l'assurance chômage par tout moyen et notamment par l'intermédiaire des nouvelles technologies de l'information et communication.

Fait à Paris, le 3 novembre 2016.

(Suivent les signatures.)