

Brochure n° 3228 | Convention collective nationale

IDCC : **637** | **INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RÉCUPÉRATION**

**Accord du 10 octobre 2019**

à l'avenant du 9 décembre 2014  
et avenants ultérieurs relatif à la prévoyance complémentaire

NOR : ASET2050007M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**FEDEREC,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFE-CGC ;**

**FGMM CFDT ;**

**FO métal ;**

**FNST CGT ;**

**CFTC FGT SNED ;**

**UNSA industrie,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Au terme de la période quinquennale de recommandation, les partenaires sociaux ont souhaité procéder à un réexamen du régime de prévoyance en vigueur ainsi qu'à la mise en œuvre d'une mise en concurrence impartiale et transparente dans le respect des dispositions légales et réglementaires, d'organismes assureurs les mieux-disants.

À cette fin, les partenaires sociaux recommandent paritairement les prestataires qui proposent un contrat de branche recouvrant la couverture minimum de branche tant en santé qu'en prévoyance, définie dans le présent accord.

Les partenaires sociaux rappellent que l'adhésion des entreprises à l'un des organismes recommandés par la branche permet d'une part de mettre en œuvre une mutualisation entre tout ou partie des entreprises relevant de la convention collective nationale des industries et commerce de la récupération et de bénéficier d'autre part d'une meilleure prise en compte des spécificités de la branche ainsi que des services associés à cette mutualisation (degré élevé de solidarité).

Les travaux des partenaires sociaux permettent de proposer de nouvelles garanties en prévoyance ainsi qu'en frais de santé. Ces dernières sont mises en conformité avec le cahier des

charges du contrat responsable et intègrent les dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

## **Article 1<sup>er</sup> | *Objet et champ d'application***

Le présent accord a pour objet la modification du régime de prévoyance au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective nationale des industries et commerces de la récupération.

Le présent accord se substitue à l'avenant du 9 décembre 2014 et ses avenants ultérieurs :

- l'avenant n° 11 du 24 mars 2015 sur les frais de santé ;
- l'avenant n° 12 du 9 juillet 2015 sur les cotisations ;
- l'avenant n° 13 du 11 septembre 2017 sur les garanties ;
- l'avenant du 4 octobre 2018 sur les garanties santé ;
- l'avenant du 20 février 2019 à l'avenant du 9 décembre 2014.

Suite au réexamen du régime ayant donné lieu à une mise en concurrence au cours de l'année 2019 conformément aux exigences légales et réglementaires, le présent accord définit les garanties, les cotisations et leur répartition ainsi que les organismes recommandés pour l'assurance et la gestion dudit régime dans le cadre de la recommandation de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent accord vise à modifier le régime de prévoyance dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la convention collective nationale des industries et commerce de la récupération et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

## **Article 2 | *Hiérarchie des normes et accords d'entreprise***

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, l'accord de prévoyance d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime visé par le présent accord.

Toutefois, en application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon les modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de sécurité sociale.

## **Article 3 | *Bénéficiaires***

Le présent régime de prévoyance s'applique obligatoirement, dès leur date d'embauche, aux salariés non-cadres de la totalité des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des industries et commerce de la récupération.

On entend par salariés non-cadres le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Les salariés non-cadres bénéficiaires des présentes dispositions sont dénommés ci-après « salariés ».

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accidents indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (CPF).

Ne sont pas concernés par le présent accord les salariés cadres et ETAM relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Les partenaires sociaux rappellent toutefois aux entreprises qu'elles sont tenues de respecter leur obligation de prévoyance issue de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 vis-à-vis de leurs salariés ayant le statut de cadre et ETAM au sens de cet accord national interprofessionnel.

## **Article 4 | Les garanties prévoyance**

Les garanties prévues par le présent accord sont les suivantes :

- garantie décès ;
- garantie rente éducation ;
- garantie rente handicap ;
- garantie perte totale et irréversible d'autonomie ;
- garantie frais d'obsèques.

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement doit survenir en période de couverture. En conséquence :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise ;
- le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 « Bénéficiaires » du présent accord.

## **Article 4.1 | Garantie décès**

### **Article 4.1.1 | Capital décès toutes causes**

En cas de décès du salarié bénéficiaire du présent régime, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion de celles prévues à l'article 4.1.5 du présent accord, il est versé un capital calculé en fonction de la situation de famille au jour de l'événement. Ce capital est fixé en pourcentage du salaire de référence défini à l'article 4.5 :

- salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans enfant à charge : 70 % du salaire de référence ;
- salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés avec un enfant à charge : 120 % du salaire de référence ;
- salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage sans enfant à charge : 120 % du salaire de référence ;
- salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage avec un enfant à charge : 145 % du salaire de référence ;
- majoration par enfant à charge, au-delà du 1<sup>er</sup>, au sens de l'article 6 du présent accord : 25 % du salaire de référence.

### **Article 4.1.2 | Capital décès survenu suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle**

En cas de décès du salarié faisant suite à un accident du travail tel que défini aux articles L. 411-1 et suivants du code de la sécurité sociale ou une maladie professionnelle telle que définie aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale, il est versé un capital supplémentaire

calculé en fonction de la situation de famille au jour de l'événement. Ce capital est fixé en pourcentage du salaire de référence défini à l'article 4.5 :

- salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans enfant à charge : 35 % du salaire de référence ;
- salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés avec un enfant à charge : 60 % du salaire de référence ;
- salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage sans enfant à charge : 60 % du salaire de référence ;
- salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage avec un enfant à charge : 72.5 % du salaire de référence ;
- majoration par enfant à charge, au-delà du 1<sup>er</sup>, au sens de l'article 6 du présent accord : 12,5 % du salaire de référence.

### **Article 4.1.3 | Double effet conjoint**

En cas de décès du conjoint tel que défini à l'article 6 du présent accord simultanément ou postérieurement à celui du salarié, l'organisme assureur verse aux enfants à charge définis à l'article 6 du présent accord, ou à leur représentant légal, un capital égal à 100 % du capital décès toutes causes, reparté par parts égales entre eux.

### **Article 4.1.4 | Bénéficiaires du capital décès**

En cas de décès du salarié, le capital est servi selon l'ordre de priorité défini ci-dessous :

au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin ou partenaire de Pacs tels que définis à l'article 6 du présent accord (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l'organisme assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au(x) bénéficiaire(s) apparent(s),

- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales, ou le survivant d'entre eux à défaut ;
- défaut, à ses grands-parents, par parts égales, ou le survivant d'entre eux à défaut ;
- et à défaut, ses héritiers suivant la dévolution successorale.

Toutefois, si le salarié souhaite appliquer une désignation différente de celle prévue ci-dessus, il peut le faire en remplissant un bulletin de désignation de bénéficiaire(s) spécifique, émis par l'organisme assureur.

Lorsque l'ensemble des bénéficiaires expressément désignés par le salarié a renoncé ou est décédé, le capital sera versé selon l'ordre établi ci-dessus.

### **Article 4.1.5 | Exclusions spécifiques à la garantie décès**

Sont exclus de cette garantie, les décès résultant :

- des conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits ;
- des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- d'un fait du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au salarié. Dans ce cas, le capital doit être versé aux héritiers à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complice du meurtre du salarié.

## **Article 4.2 | Garanties rente éducation et rente handicap**

### **Article 4.2.1 | Garantie rente éducation**

En cas de décès d'un salarié, il sera versé aux enfants à charge au sens de l'article 6 du présent accord à la date du décès, en complément du capital décès, une rente temporaire d'éducation dont le montant est fixé en pourcentage du salaire de référence tel que défini à l'article 4.5 du présent accord :

- jusqu'au 12<sup>e</sup> anniversaire : 6 % du salaire de référence ;
- jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire : 9 % du salaire de référence ;
- jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire en cas de poursuite d'étude : 12 % du salaire de référence.

Le montant de la rente éducation est doublé pour les orphelins des deux parents quel que soit l'ordre des décès du salarié et du conjoint tel que défini à l'article 6 du présent accord.

La rente est viagère pour les enfants déclarés invalides avant leur 26<sup>e</sup> anniversaire. La rente est également versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à l'article 4.3 du présent accord.

Les rentes éducation sont versées à chacun des enfants à charge du salarié à la date de son décès. Si l'enfant est mineur, le versement s'effectue à son représentant légal.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de perte totale et irréversible d'autonomie.

### **Article 4.2.2 | Garantie rente handicap**

En cas de décès d'un salarié, il sera versé aux enfants handicapés à la date du décès, en complément du capital décès et de la rente éducation éventuellement versée, une rente viagère handicap dont le montant est fixé à 684,65 € par mois (valeur 2019).

Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 *septies* (2°) du code général des impôts.

La rente est également versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié telle que définie à l'article 4.3 du présent accord.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie assimilable au décès du salarié.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

### **Article 4.2.3 | Maintien de la garantie rente handicap à titre individuel**

Lorsque la garantie rente handicap cesse de couvrir le salarié en raison de la rupture de son contrat de travail, ce dernier peut demander à l'organisme assureur le maintien de la couverture dans le cadre d'une adhésion individuelle. La demande doit être faite dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

#### **Article 4.2.4 | Revalorisation des rentes en cours de service**

Les rentes éducation et handicap servies par l'organisme assureur sont revalorisées chaque année, selon un taux fixé par l'organisme pour ces deux garanties.

En cas de changement d'organisme assureur des présentes garanties, la revalorisation des prestations rente éducation et rente handicap sera poursuivie par l'organisme assureur pour l'assurance de ces deux garanties.

#### **Article 4.3 | Garantie perte totale et irréversible d'autonomie**

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié, le présent régime prévoit le versement par anticipation, à la date de consolidation :

- d'un capital :
  - salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans enfant à charge : 145 % du salaire de référence ;
  - salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés avec un enfant à charge : 120 % du salaire de référence ;
  - salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage sans enfant à charge : 120 % du salaire de référence ;
  - salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage avec un enfant à charge : 145 % du salaire de référence ;
  - majoration par enfant à charge, au-delà du 1<sup>er</sup>, au sens de l'article 6 du présent accord : 25 % du salaire de référence ;
- de la (des) rente(s) éducation prévue(s) en présence d'enfant(s) à charge ;
- de la (des) rente(s) handicap prévue(s) en présence d'enfant(s) handicapé(s).

Un salarié est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie s'il est classé :

- soit invalide 3<sup>e</sup> catégorie au titre de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- soit comme victime d'accident du travail bénéficiant de la rente pour incapacité permanente et totale avec majoration pour l'assistance d'une tierce personne, au titre de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Le capital et/ou les rentes sont versées par anticipation au salarié à condition qu'il en fasse la demande.

À la demande du salarié concerné, le capital pourra être versé soit en rente temporaire (sur 2 ans maximum), soit en deux fois, le deuxième versement intervenant alors à la date anniversaire du premier.

Le paiement du capital et/ou des rentes par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié met fin aux garanties du capital décès toutes causes, rente éducation et rente handicap.

#### **Article 4.4 | Garantie frais d'obsèques**

En cas de décès du salarié, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article 6 du présent accord, il est prévu le versement d'une allocation égale à 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

L'organisme assureur effectue le règlement de la prestation dans le délai de 15 jours suivant la réception du dossier complet constitué et adressé par l'entreprise.

Sauf disposition contraire, l'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique.

#### **Article 4.5 | Salaire de référence des garanties décès**

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations est égal à la somme du salaire brut, primes, gratifications et allocations diverses incluses, soumises à charge sociale perçue au cours des 12 mois pleins précédant la date de l'arrêt de travail, du décès ou de l'événement ayant donné lieu à la perte totale et irréversible d'autonomie.

Si la perte totale et irréversible d'autonomie ou le décès ne surviennent pas directement après une période d'activité, le salaire de base défini ci-dessus est revalorisé en fonction de la variation de la valeur du point du régime unique ARRCO entre la date d'arrêt de travail et de l'événement.

Pour le salarié n'ayant pas 12 mois de présence effective dans l'entreprise à la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires reconstitués. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle *pro-rata temporis*.

Le salaire ainsi défini est limité à quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

#### **Article 4.6 | Maintien des garanties décès**

Les garanties prévues en cas de décès du salarié sont maintenues :

- sans paiement de cotisation :
  - à tout salarié ou ancien salarié en arrêt de travail percevant à ce titre des prestations de la sécurité sociale, pour autant que la date de survenance de l'incapacité ou invalidité soit intervenue en période de couverture au titre du contrat ; c'est-à-dire entre la date d'effet du contrat d'adhésion de l'entreprise et sa date de résiliation et qu'il bénéficie toujours, à la date de son décès, des prestations de la sécurité sociale au titre de cet arrêt ou au titre du classement en invalidité qui peut en résulter ;
  - à tout salarié en congé maternité, paternité ou congé parental ;
- avec paiement de cotisation :
  - à tout salarié en suspension de contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée de moins de 1 mois ;
  - à tout salarié en suspension du contrat de travail non rémunéré ou non indemnisé d'au moins 1 mois, qui en fait la demande par l'intermédiaire de son employeur et règle l'intégralité de la cotisation (part employeur et part salariale).

#### **Article 5 | Les garanties frais de santé**

##### **Article 5.1 | Caractère obligatoire de l'adhésion**

L'adhésion des salariés au régime frais de santé est obligatoire.

Les salariés suivants ont toutefois la possibilité de demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'adhésion :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tout document, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;



- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 de ce même code. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les 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 jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés, à condition d'en justifier chaque année, qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du 26 mars 2012 modifié relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place par les entreprises.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Pour l'application de ces cas dérogatoires, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'adhésion à la garantie frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés concernés, stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus. Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie frais de santé. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation. En outre, aucun autre cas dérogatoire ne pourra être accordé.

Pour le cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise, la couverture de l'ayant droit étant facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation à la garantie frais de santé les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute bénéficient de la gratuité de la cotisation prise en charge par le fonds de solidarité défini par le présent accord.

Au-delà du régime de base obligatoire, l'entreprise a la possibilité de souscrire à une option facultative permettant aux salariés d'améliorer les prestations du régime de base. À cet effet, les partenaires sociaux ont négocié une option détaillée à l'article 5.5 permettant ce choix.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire. L'entreprise veillera alors à procéder à la formalisation juridique nécessaire qui définira la répartition de la charge de la cotisation.

## **Article 5.2 | Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié**

Seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Tous les salariés peuvent opter facultativement pour une extension des garanties frais de santé dont ils bénéficient en optant :

- soit pour la couverture « duo » (salarié et un ayant droit à charge au sens du présent accord),
- soit pour la couverture « famille » (salarié et plusieurs ayants droit à charge au sens du présent accord).



La couverture des ayants droit prend effet au plus tôt à l'occasion de l'adhésion du salarié. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le salarié peut affilier ou modifier les bénéficiaires au premier jour du mois suivant la date de réception par l'organisme assureur de la demande.

### **Article 5.3 | *Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Évin***

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des :

- anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- personnes garanties en tant qu'ayant(s) droit du salarié décédé.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus ou du décès du salarié, l'organisme assureur leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, ou du décès du salarié.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans le délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié ou à l'issue de la période de portabilité des droits.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Le nouveau contrat prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

### **Article 5.4 | *Condition des garanties frais de santé***

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement doit survenir en période de couverture, ce qui signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise ;
- le salarié doit faire partie de la population couverte et ne pas avoir demandé de dispense d'adhésion.

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau de garanties définies à l'article 5.5 du présent accord.

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie définie ci-dessus, et ce quelle que soit la date de la maladie ou l'accident qui est à l'origine des soins.

Les garanties frais de santé respectent les conditions posées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 5.5 du présent accord, les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

En aucun cas, l'organisme assureur ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

#### **Article 5.5 | *Tableau des garanties santé***

Les remboursements sont exprimés sous déduction des prestations de la sécurité sociale.

**(Tableau page suivante.)**

Descriptif des garanties	Prestations	
	(les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)	
	BASE OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE OU OBLIGATOIRE (sous déduction du régime de base)
<b>. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE, Y COMPRIS MATERNITE</b>		
Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris maternité :		
. Frais de séjour	100 % de la BR	100 % de la BR
. Honoraires signataire Optam/Optam CO	150 % de la BR	150 % de la BR
. Honoraires non signataire Optam/Optam CO	130 % de la BR	130 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	50 euros par jour	60 euros par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant	50 euros par jour	60 euros par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge	Pris en charge
<b>. SOINS COURANTS, Y COMPRIS MATERNITE</b>		
. Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste signataire Optam/Optam CO	100 % de la BR	100 % de la BR
. Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste non signataire Optam/Optam CO	100 % de la BR	100 % de la BR
. Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	150 % de la BR	150 % de la BR
. Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non signataire Optam/Optam CO	130 % de la BR	130 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR	100 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR	100 % de la BR
. Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	150 % de la BR	150 % de la BR
. Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non signataire Optam/Optam CO	130 % de la BR	130 % de la BR
. Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	150 % de la BR	150 % de la BR
. Radiologie, ostéodensitométrie non signataire Optam/Optam CO	130 % de la BR	130 % de la BR
<b>. PHARMACIE</b>		
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
<b>. TRANSPORT</b>		
. Transport sanitaire (1)	100 % de la BR	100 % de la BR
<b>. DENTAIRE</b>		
. Soins et prothèses dentaires 100% Santé (**)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
. Soins dentaires pris en charge par la SS	120 % de la BR	220 % de la BR
. Inlay core et inlay à clavette	180 % de la BR	230 % de la BR
. Prothèses dentaires à tarifs libres ou maîtrisés prises en charge par la SS	360 % de la BR	410 % de la BR
. Inlay onlay pris en charge par la SS	360 % de la BR	410 % de la BR
. Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR	350 % de la BR
. Implant Dentaire (à l'exclusion du pilier)	180 euros par implant	330 euros par implant

Descriptif des garanties	Prestations			
	(les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)			
	BASE OBLIGATOIRE		OPTION FACULTATIVE OU OBLIGATOIRE (sous déduction du régime de base)	
. OPTIQUE (2) EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture)				
Optique adulte/enfant - équipement de classe A				
Equipements optique 100% Santé (**): lunettes (monture + 2 verres) de classe A pour adulte et/ou enfant	Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Optique adulte/enfant - équipement de classe B				
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) La prise en charge des montures au sein de l'équipement de classe B est limitée à 100 € (y compris le remboursement de la Sécurité Sociale). Les régimes respectent les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.	Adultes et Enfants de 16 ans et plus	Enfants de moins de 16 ans	Adultes et Enfants de 16 ans et plus	Enfants de moins de 16 ans
. Monture	90 euros	80 euros	100 euros	100 euros
. Verre				
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre - 6,00 et +6,00 dioptries	50 euros	40 euros	55 euros	45 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	50 euros	40 euros	55 euros	45 euros
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de - 6,00 et +6,00 dioptries	85 euros	90 euros	125 euros	95 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	85 euros	90 euros	125 euros	95 euros
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	135 euros	110 euros	162,50 euros	115 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	150 euros	130 euros	190 euros	140 euros
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de - 4,00 et +4,00 dioptries	135 euros	110 euros	162,50 euros	115 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	150 euros	130 euros	190 euros	140 euros
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	260 € par an et par bénéficiaire (en plus du RSS si lentilles prises en charge par Séc Soc, et au minimum le TM)		280 € par an et par bénéficiaire (en plus du RSS si lentilles prises en charge par Séc Soc, et au minimum le TM)	
. Chirurgie réfractive (pour les deux yeux par an)	-		400 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES POSTES				
. Forfait maternité	Allocation forfaitaire égale à 473 euros		Allocation forfaitaire égale à 473 euros	
. Orthopédie et autres prothèses	125 % de la BR		125 % de la BR	
PROTHESES AUDITIVES				
A compter du 01/01/2021	Renouvellement par appareil tous les 4 ans		Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
. Equipement auditif 100% Santé (**): aides auditives de classe I	Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Aides auditives de classe II remboursée par la SS: tarifs négociés et reste à payer minoré	Limité à 1700€ par aide auditive (hors accessoires) - RO+RC		Limité à 1700€ par aide auditive (hors accessoires) - RO+RC	
Bénéficiaires jusqu'à 20 ans révolus ou atteints de cécité	122% BR		122% BR	
Bénéficiaires à compter du 21ème anniversaire	125% BR		125% BR	
Accessoires et fournitures	125% BR		125% BR	
Jusqu'au 31/12/2020				
Aide auditive remboursée par la SS	125% BR		125% BR	
Accessoires et fournitures	125% BR		125% BR	

Descriptif des garanties	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)	
	BASE OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE OU OBLIGATOIRE (sous déduction du régime de base)
<b>. ACTES HORS NOMENCLATURE *</b>		
<b>. MEDECINE ALTERNATIVE :</b> Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathe, Homéopathe, Méthode Mézières, Microkinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue.*	40 euros par séance dans la limite de 4 séances par an	40 euros par séance dans la limite de 4 séances par an
. Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale *	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
* Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 160 euros par an et par bénéficiaire		
Assistance	incluse	incluse

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (reconstituée pour les actes non remboursés par la SS)

SS = Sécurité Sociale

(\*\*) tels que définis réglementairement. Dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable, peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés **(Prix Limites de Vente en auditif et optique et Honoraires Limites de Facturation en dentaire)**.

(1) Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier)

(2) Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

La périodicité de deux ans ou d'un 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 1er 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.

## Article 5.6 Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit des salariés et de leur ayant droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique. Les cotisations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Les cotisations particulières ainsi déterminées sont mentionnées à l'article 9 du présent accord.

## **Article 5.6 | Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle**

Pour l'application des présentes garanties au profit des salariés et de leur ayant droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique. Les cotisations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Les cotisations particulières ainsi déterminées sont mentionnées à l'article 9 du présent accord.

## **Article 6 | Définition du conjoint et des enfants à charge**

### **Article 6.1 | Conjoint**

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque au moins un enfant est né de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

### **Article 6.2 | Enfant à charge**

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du salarié qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire sans condition,
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire sous condition soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
    - inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ;
    - ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employé dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge du salarié est reconnu avant son 26<sup>e</sup> anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est

titulaire de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un Pacs du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

## **Article 7 | Conditions de suspension des garanties**

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Toutefois, les garanties prévues en cas de décès du salarié sont maintenues aux salariés en congé maternité, paternité ou parental ou au salarié ou ancien salarié en situation d'arrêt de travail dans les conditions prévues à l'article 4.6 du présent accord.

Pour autant, les garanties du présent accord peuvent être maintenues à la demande de l'entreprise adhérente, au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime selon une répartition définie au niveau de l'entreprise.

Les cotisations basées sur le salaire seront calculées à partir du dernier salaire de base revalorisé, c'est-à-dire le dernier mois de pleine activité du salarié multiplié par 12 et comprenant les primes soumises à cotisations sociales.

## **Article 8 | Maintien des garanties prévoyance et frais de santé au titre de la portabilité**

### **Article 8.1 | Bénéficiaires**

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

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

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



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

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

5. 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.

### **Article 8.2 | Mise en œuvre de la portabilité**

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations-chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

L'ancien salarié bénéficie des garanties en vigueur dans l'entreprise.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

### **Article 8.3 | Durée de la portabilité**

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois de couverture.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiements des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

### **Article 8.4 | Salaire de référence**

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations prévoyance reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

### **Article 8.5 | Financement**

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation intégrée aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale). »

## Article 9.1 | Cotisations prévoyance

(En pourcentage.)

Prestations	Cotisation globale		Cotisation employeur		Cotisation salarie	
	Tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale	Tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale	Tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale	Tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale	Tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale	Tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale
Décès	0,28	0,28	0,14	0,14	0,14	0,14
Rente éducation	0,13	0,13	0,065	0,065	0,065	0,065
Rente handicap	0,03	0,03	0,015	0,015	0,015	0,015
Frais d'obsèques	0,03	0,03	0,015	0,015	0,015	0,015
<b>Total</b>	<b>0,47</b>	<b>0,47</b>	<b>0,235</b>	<b>0,235</b>	<b>0,235</b>	<b>0,235</b>

## Article 9.2 | Cotisations mensuelles santé

**Cotisations de la base obligatoire pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale :**

(En euros.)

Structure de cotisations	cotisation globale	cotisation employeur	cotisation salarie
Salarié seul	48	25,80	22,20
Salarié + 1 ayant droit	80	25,80	54,20
Salarié + conjoint + enfant	113	25,80	87,20

**Cotisations de la base obligatoire pour les salariés relevant du régime local Alsace Moselle :**

(En euros.)

Structure de cotisations	cotisation globale	cotisation employeur	cotisation salarie
Salarié seul	33,60	18,06	15,54
Salarié + 1 ayant droit	56,00	18,06	37,94
Salarié + conjoint + enfant	79,10	18,06	61,04

## Cotisations supplémentaires pour les options pour tous les salariés :

(En euros.)

Structure de cotisations	option obligatoire	option facultative
Salarié seul	3,88	4,59
Salarié + 1 ayant droit	7,34	8,87
Salarié + conjoint + enfant	11,32	13,57

La cotisation dite « option obligatoire » s'ajoute à la cotisation de la base obligatoire et est répartie selon l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

La cotisation dite « option facultative » s'ajoute à la cotisation de base obligatoire.

### Cotisations des bénéficiaires de l'article 4 de la loi Évin

Les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Évin tels que définis à l'article 5.3 du présent accord sont définies conformément aux dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017. Il en résulte que les tarifs applicables aux personnes mentionnées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée sont plafonnés, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

## Article 10 | Modalités d'adhésion et de mutualisation

### Article 10.1 | Organismes recommandés

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, frais d'obsèques et frais de santé, ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est Humanis prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège social est à Paris (75009), 21 rue Laffitte.

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties rente éducation et rente handicap est l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dont le siège social est à Paris (75008), 17 rue de Marignan. L'OCIRP délègue la gestion de ces deux garanties à Humanis prévoyance.

### Article 10.2 | Modalités d'adhésion

Les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des industries et commerces de la récupération qui désirent rejoindre le régime conventionnel pour bénéficier de la mutualisation, peuvent demander leur adhésion auprès de Humanis prévoyance et de l'OCIRP dans les conditions tarifaires définies à l'article 9 du présent accord.

### Article 10.3 | Conditions de réexamen de la mutualisation

La modification du choix des organismes recommandés peut être proposée tous les ans à la CPPNI par la commission de gestion paritaire.

La modification suppose un accord des organisations liées par la convention collective après respect des règles édictées par la réglementation.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 5 ans à compter de la date de signature du présent accord.

#### **Article 10.4 | Reprise des encours**

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les entreprises qui demanderont à adhérer à un des organismes assureurs recommandés, alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés sont en arrêt de travail à la date d'effet de leur adhésion, et/ou que des rentes éducation et/ou handicap sont en cours de service, devront déclarer ces « encours » auprès de cet organisme au moment de cette demande, et ce, afin d'assurer, selon le cas :

- soit les revalorisations futures, portant sur les rentes éducation et/ou rentes handicap en cours de service par l'organisme assureur quitté ;
- ainsi que l'éventuelle prise en charge du maintien des garanties décès en cas de changement d'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article 4.6 du présent accord.

Les organismes assureurs recommandés calculeront la surcotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes.

#### **Article 11 | Commission de gestion paritaire**

Le suivi du régime de prévoyance est assuré par une commission de gestion paritaire composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative des salariés et autant de membres représentant la direction des entreprises ou personnes mandatées par ces dernières, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La présidence de cette commission et la fonction de secrétaire sont assurées par le président de la commission sociale de la FEDEREC ou par un représentant désigné par lui pour le remplacer.

##### **Article 11.1 | Rôle de la commission de gestion paritaire**

La commission de gestion paritaire a pour rôle :

- l'application de l'interprétation du régime de prévoyance et du protocole de gestion ;
- l'étude de l'évolution du régime de prévoyance et des modifications éventuelles des garanties ;
- l'examen des comptes de résultat et bilans financiers produits par les organismes assureurs ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix des organismes paritaires recommandés ;
- la négociation avec les organismes paritaires recommandés, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude des cas sociaux difficiles ;
- l'étude d'accès des entreprises ;
- l'étude des statistiques demandées à l'organisme assureur recommandé pour la gestion ;
- la décision d'affectation des coûts d'étude pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- le suivi des actions sociales mises en œuvre par les organismes recommandés.

Pour toutes ces tâches, la commission de gestion paritaire ou l'un de ses représentants syndicaux peut demander l'aide d'un expert extérieur qui sera financé dans les conditions déterminées par le protocole de gestion du régime.

## **Article 11.2 | Réunions**

La commission paritaire se réunit au minimum deux fois par an, sur convocation du président ou à la demande des organisations syndicales signataires de l'accord, les décisions se prenant à la majorité en nombre de ces organisations.

## **Article 12 | Association de gestion sociale**

Les partenaires sociaux ont créé une association loi de 1901 de gestion du régime de prévoyance de la convention collective des industries et commerce de la récupération dénommée AGEPREC.

Cette association a pour objet :

- de gérer, par délégation, les fonds mis à disposition de la commission de gestion paritaire prévue à l'article 11 du présent accord en procédant notamment aux remboursements de frais (fonctionnement, déplacements, réunions, communication, contrôle et pilotage technique du régime de prévoyance...) engagés par cette commission ou ses membres dans le cadre de leurs missions conventionnelles selon le protocole de gestion du régime ;
- d'assurer le suivi et le pilotage du fonds de solidarité tel que défini à l'article 13 ;
- et notamment de collecter les sommes définies à l'article 13.1 destinées au fonds de solidarité et de financer les prestations d'action sociale et de prévention précisées par le règlement intérieur du fonds de solidarité au moyen et dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de solidarité.

## **Article 13 | Fonds de solidarité**

### **Article 13.1 | Mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action**

Les organismes recommandés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales partenaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Par ailleurs, sont définies des actions de prévention et des prestations d'action sociale.

L'action sociale et les actions de prévention de la branche peuvent notamment permettre :

- le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale.

Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres au champ professionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;

- la prise en charge de prestations sociales, comprenant notamment :
  - soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
  - soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement

médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux. Les critères d'attribution des prestations d'action sociale sont définies par les organisations liées par la convention collective ;

- toute autre action entrant dans le champ de l'action sociale telle que définie ci-dessus.

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée. À cet effet a été créé le fonds de solidarité spécifique à la branche. Ce fonds de solidarité est piloté par l'AGEPREC visée à l'article 12 du présent accord.

La commission paritaire permanente de négociation et d'Interprétation (CPPNI) établit le règlement relatif aux modalités de gestion des prestations proposées dans le cadre du fonds de solidarité.

Ce règlement prévoira l'ordre prioritaire des différentes actions visées dans la liste ci-dessus et pourra notamment fixer les orientations des actions de prévention ainsi que les conditions et modalités d'attribution des prestations d'action sociale.

Le fonds de solidarité est financé :

- pour les entreprises ayant choisi les organismes assureurs recommandés mentionnés à l'article 10.1 du présent accord : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies à l'article 9 du présent accord ;
- pour les entreprises n'ayant pas choisi les organismes assureurs recommandés mentionnés à l'article 10.1 du présent accord : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies à l'article 9 du présent accord à l'organisme assureur auprès duquel sont garantis les régimes frais de santé et/ou prévoyance de leurs salariés. Cet organisme sera ensuite chargé de les reverser de façon globale et annuellement au fonds de solidarité défini par le présent accord.

Le versement des 2 % au fonds de solidarité par les organismes assureurs devra avoir lieu 2 mois, au plus, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Les entreprises responsables de l'effectivité de ce versement par les organismes assureurs, doivent :

- informer leur organisme assureur de présent accord lors de la souscription des garanties prévoyance et frais de santé ;
- obtenir de leur organisme assureur une attestation certifiant le reversement effectif des sommes à l'AGEPREC.

Lors de la demande du bénéfice des prestations, cette attestation devra être présentée à un tiers de confiance visé à l'article 13.2 ci-après afin de contrôler le respect de leurs obligations par les entreprises soumises au présent accord.

Dans le cas où les entreprises ne transmettraient pas une attestation de leur organisme assureur ou si l'organisme assureur ne reversait pas le prélèvement de 2 %, les entreprises restent redevables auprès de l'AGEPREC d'une somme égale à 2 % des cotisations réglées à leur organisme assureur.

### **Article 13.2 | *Rôle et mission du tiers de confiance***

Afin de garantir une gestion et un financement mutualisés du degré élevé de solidarité, l'AGEPREC mandate un tiers de confiance indépendant pour faciliter le processus de collecte, valider les sommes versées conformément à l'article 13.1 du présent accord et permettre la confidentialité des informations transmises par chaque organisme assureur.

Le tiers de confiance a mandat pour :

- informer les organismes assureurs sur la base d'une liste validée par le comité de gestion paritaire du présent accord ;
- rappeler aux organismes assureurs l'obligation du versement annuel des sommes définies à l'article 13.1 ;
- demander à chaque organisme assureur de compléter le fichier permettant de maintenir à jour la liste des entreprises ayant acquitté leur cotisation. Les informations demandées aux organismes assureurs ne comprendront aucune donnée à caractère personnel sur les salariés des entreprises de la branche. En outre, la liste communiquée au comité de gestion paritaire ne mentionnera pas les organismes assureurs retenus par les différentes entreprises de la branche ;
- organiser le suivi du processus ;
- collecter les attestations non nominatives auprès des entreprises ;
- pour le cas des entreprises qui ne sont pas en mesure de produire une attestation, faciliter le versement direct du prélèvement par les entreprises vers le fonds de solidarité ;
- remettre un bilan annuel au comité de gestion paritaire.

#### **Article 14 | Date d'effet**

Sous réserve de l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, le présent accord prend effet pour les entreprises adhérentes à la fédération patronale signataire de l'accord à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et pour tout sinistre survenant à compter de cette date.

Il prend effet pour les autres entreprises à compter de l'extension par arrêté ministériel pour tout sinistre survenant à compter de cette date.

#### **Article 15 | Durée**

Le présent accord est conclu pour une durée de 1 an à compter de son entrée en vigueur et se renouvelle par tacite reconduction annuelle, sous réserve des dispositions des articles 10.3 et 16 du présent accord.

#### **Article 16 | Révision et dénonciation**

Le présent accord fait partie intégrante de la convention collective ; il pourra donc faire l'objet d'une révision conformément aux dispositions de la convention collective à la demande de l'une ou de l'autre des parties signataires.

La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5 ; L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois avant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9, L. 2261-10, L. 2261-11, L. 2261-13, L. 2261-14 du code du travail.

#### **Article 17 | Dépôt et extension**

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent accord fera l'objet d'une procédure de dépôt.



Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

*Fait à Paris, le 10 octobre 2019.*

(Suivent les signatures.)