

Brochure n° 3110 | Convention collective nationale

IDCC : 2247 | **ENTREPRISES DE COURTAGE D'ASSURANCES  
ET/OU DE RÉASSURANCES**

**Avenant du 24 octobre 2019**  
relatif à l'annexe 7 « Frais de soins de santé »

NOR : ASET2050212M

IDCC : 2247

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

**Planète CSCA,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**UNSA BANQUE ;**

**FSPBA CGT ;**

**SNECAA CFE-CGC ;**

**SN2A CFTC ;**

**FBA CFDT ;**

**FEC FO ASSURANCE,**

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le présent avenant est conclu en application de la réforme « 100 % santé » inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale 2019.

Par cet avenant, les partenaires sociaux de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances décident de mettre en conformité le régime complémentaire de frais de soins de santé prévu à l'annexe 7 à la convention collective avec les nouvelles exigences légales et réglementaires.

À travers cette mise en conformité, les partenaires sociaux visent un accès aux soins de qualité pour les salariés notamment dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire, tout en permettant aux entreprises de la branche professionnelle de bénéficier ou de ne pas perdre le bénéfice des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Les parties signataires du présent avenant rappellent que la couverture complémentaire de frais de soins de santé mise en place au profit des salariés de la branche relève de la responsabilité des employeurs libres de choisir l'organisme assureur, sous réserve du respect des garanties minimales définies dans le présent avenant.

Cet avenant remplace et rend caduc l'avenant du 18 octobre 2018 (étendu par arrêté 27 mars 2019 – *Journal officiel* du 4 avril 2019) prévoyant un régime complémentaire de frais de soins de santé au niveau de la branche.

### **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Le présent accord définit les garanties minimales prévues par le régime de frais de soins de santé des entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances.

### **Article 2 | Bénéficiaires des garanties**

Les salariés des entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances bénéficient à titre obligatoire des garanties collectives de frais de soins de santé définies dans le présent avenant.

Les entreprises de la branche professionnelle pourront choisir d'étendre le bénéfice de ces garanties à l'ensemble des membres de la famille du salarié, soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif. Le cas échéant, cette faculté devra faire l'objet d'un formalisme conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le salarié en congé parental a la faculté de pouvoir continuer à adhérer au régime de frais médicaux ; dans ce cas, il supportera l'intégralité des cotisations.

### **Article 3 | Dispenses d'affiliation**

Il existe des cas dans lesquels le salarié peut être, à sa demande, dispensé d'adhérer au régime complémentaire de frais de soins de santé.

Les cas de dispense dits de plein droit prévus par les textes légaux et réglementaires en vigueur à la date du présent avenant sont les suivants :

- les salariés bénéficiant de la CMU-C, cette dispense jouant 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 lors de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes :
  - une couverture complémentaire santé collective et obligatoire ;
  - le régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;
  - le régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;
  - la mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales ;
  - les contrats de groupe dits « Madelin ».

La dispense d'affiliation ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture.

En tout état de cause, la demande doit être formulée par écrit par le salarié et adressée à l'employeur au moment de l'embauche, de la mise en place ou de la prise d'effet du régime ou de tout changement de situation susceptible de relever d'un cas de dispense.

Toute nouvelle dispense dite de plein droit qui serait prévue par les textes légaux et réglementaires ultérieurement au présent avenant serait automatiquement applicable.

Les entreprises de courtage d'assurances et/ou de réassurances pourront également prévoir les dispenses d'affiliation suivantes dans le respect d'un formalisme conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Ainsi, peut, à sa demande, et quelle que soit sa date d'embauche, être dispensé de s'affilier au régime complémentaire de frais de soins de santé :

- le salarié ou l'apprenti bénéficiaire 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 ;
- le salarié et l'apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- le salarié à temps partiel et l'apprenti dès lors que l'adhésion au régime complémentaire de frais de soins de santé le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

#### Article 4 | *Tableau des garanties*

Les garanties viennent en complément des remboursements versés par la sécurité sociale au titre du régime de base obligatoire.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

BR : Base de remboursement de la sécurité sociale.

SS : sécurité sociale.

Nature des prestations	Montant des garanties	
FRAIS D'HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO
	100% des frais réels limité à 400% de la BR (400% de la BR limités à 80% des frais réels en secteur non conventionné)	
Honoraires	100% des frais réels dans la limite de 400% de la BR	100% de la BR
Maternité	10% du PMSS (337,70 € pour l'année 2019)	
La chambre particulière (y compris la maternité)	100% des frais réels limité à 2,5% du PMSS (84,42 € pour l'année 2019) par jour	
Le lit d'accompagnant	100% des frais réels limité à 1,5% du PMSS (50,65 € pour l'année 2019) par jour	
Forfait journalier d'hospitalisation	100% des frais réels	

SOINS MEDICAUX ET PHARMACIE		
<b>Soins médicaux courants</b> Actes de pratique médicale courante tels que :  <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Consultations, visites</li><li>▪ Auxiliaires médicaux</li><li>▪ Actes d'imagerie hors échographie</li><li>▪ Actes d'échographie, Doppler</li><li>▪ Analyses, laboratoires</li><li>▪ Transport du malade</li></ul>	<b>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</b>	<b>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</b>
	150% de la BR	130% de la BR
<b>Pharmacie</b>	Ticket modérateur	
OPTIQUE		
<b>Monture et verres (1)</b>  Equipement de la classe a (2)  Equipement de la classe b (3)  Equipement de la classe c (4)  Equipement de la classe d (5)  Equipement de la classe e (6)  Equipement de la classe f (7)	Forfait de 420 euros (dont 100 euros maximum pour la monture)  Forfait de 520 euros (dont 100 euros maximum pour la monture)  Forfait de 620 euros (dont 100 euros maximum pour la monture)  Forfait de 610 euros (dont 100 euros maximum pour la monture)  Forfait de 700 euros (dont 100 euros maximum pour la monture)  Forfait de 750 euros (dont 100 euros maximum pour la monture)	
<b>Chirurgie réfractive</b>	20% du PMSS (675,40 € pour l'année 2019) par œil	
<b>Lentilles prises en charge ou non par la sécurité sociale</b>	5% du PMSS (168,85 € pour l'année 2019) par an	

AUDIOLOGIE	
Prothèses auditives	250% de la BR
DENTAIRE	
<b>Soins et prothèses dentaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les consultations et soins dentaires</li> <li>▪ Les prothèses dentaires</li> <li>▪ L'orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale</li> <li>▪ Les implants dentaires</li> <li>▪ Parodontologie non prise en charge par la sécurité sociale</li> </ul>	<p>200% de la BR</p> <p>200% de la BR par bénéficiaire</p> <p>200% de la BR + 5% du PMSS (168,85 € pour l'année 2019)</p> <p>10% du PMSS (337,70 € pour l'année 2019) par implant dans la limite de 2 implants par an</p> <p>5% du PMSS (168,85 € pour l'année 2019) par an</p>
AUTRES SOINS	
<b>Médecine douce</b> Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étio-pathe, naturopathe, acupuncteur, psychomotricité (jusqu'à 18 ans), podologie	40 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
<b>Prévention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sevrage tabagique (patch, gomme, hypnotiseur...)</li> <li>▪ Vaccin antigrippe</li> <li>▪ Le test HPV (cancer col de l'utérus) non pris en charge par la SS (tous les 3 ans)</li> </ul>	<p>Forfait 50 euros par an et par bénéficiaire</p> <p>100% des frais réels (1 vaccin par an)</p> <p>Forfait de 40 euros et par bénéficiaire</p>
<b>Cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale</b> Frais de séjour	10% du PMSS (337,70 € pour l'année 2019)

(1) La prise en charge s'applique une seule fois par période de 2 ans. Ce délai est ramené à un an pour les enfants et tout renouvellement de lunettes dû à une évolution de la vue ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

(2) Equipements de la classe a :

- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

(3) Equipement de la classe b : Equipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c

(4) Equipements de la classe c :

- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

(5) Equipement de la classe d : Equipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f

(6) Equipement de la classe e : Equipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f

(7) Equipements de la classe f :

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

## Article 5 | Portabilité des droits

En cas de rupture ou de fin du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit, bénéficient du maintien des garanties du régime de frais de soins de santé prévu par la présente annexe.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Il s'applique dès la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat du salarié dans l'entreprise ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail s'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, arrondis au mois supérieur, dans la limite de 12 mois.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas décès.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définie à l'article 7 du présent accord.

## **Article 6 | Mise en œuvre du régime**

Les entreprises ont la liberté de choix de l'organisme qui gère le régime frais médicaux de leurs salariés, et le cas échéant, de leurs ayants droit en respectant les conditions définies dans le présent avenant.

L'appréciation des niveaux de garanties s'effectue poste par poste.

## **Article 7 | Financement des garanties de santé**

Le financement des garanties collectives du présent accord est assuré par une contribution collectée par l'organisme assureur sélectionné par chaque entreprise.

Les cotisations seront prises en charge pour les 2/3 par l'employeur et pour 1/3 par le salarié.

Cette répartition s'applique uniquement pour les niveaux minima de garanties fixés dans le tableau de garanties ci-avant. Les entreprises de courtage d'assurances et/ou de réassurances, souhaitant instaurer des niveaux de garanties supérieurs aux minima fixés dans le tableau de garanties ci-avant, pourront déterminer pour lesdits niveaux une répartition des cotisations entre employeur et salarié différente de celle prévue au 2<sup>e</sup> alinéa du présent article dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Le principe précisé à l'alinéa 3 du présent article est également applicable en ce qui concerne la répartition des cotisations pour des prestations non prévues par le tableau de garanties ci-avant.

## **Article 8 | Entrée en vigueur**

Le présent avenant entrera en vigueur le lendemain de la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension pris par le ministre du travail et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

À défaut d'extension, cet accord ne sera pas applicable. Toutefois, cela ne dispense pas les entreprises de la branche de se mettre en conformité avec la réglementation sur les contrats « responsables » en vigueur à cette date.

*Fait à Paris, le 24 octobre 2019.*

(Suivent les signatures.)