

Brochure n° 3246 | Convention collective nationale

IDCC : 1518 | **MÉTIERS DE L'ÉDUCATION, DE LA CULTURE, DES LOISIRS
ET DE L'ANIMATION AGISSANT POUR L'UTILITÉ SOCIALE
ET ENVIRONNEMENTALE (ÉCLAT)**

Avenant n° 187 du 30 septembre 2021
relatif au régime de prévoyance et de frais de santé

NOR : ASET2151061M

IDCC : 1518

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

HEXOPEE,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

FO ;

UNSA,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT ont lancé dès le début d'année 2021, une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner un ou plusieurs organismes recommandés pour assurer les risques prévoyance et frais de santé au niveau de la branche. En effet, les derniers accords en la matière arrivaient à échéance nécessitant le lancement de cette procédure, avec l'accompagnement d'un conseil indépendant, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

En amont, un bilan quantitatif et qualitatif des régimes en place a été opéré afin de permettre aux partenaires sociaux d'évaluer les garanties couvertes et l'adéquation ou non des cotisations afférentes.

Un suivi rigoureux et régulier de la branche dans le cadre du pilotage de ces régimes durant ces cinq dernières années a permis d'assurer la pérennité d'un régime frais de santé solide financièrement. Ainsi, dans le cadre de la nouvelle recommandation, les garanties existantes du régime socle conventionnel ont pu être améliorées avec un maintien des taux de cotisations, tout en conservant bien évidemment la conformité au contrat responsable.

Quant au régime de la prévoyance, une évolution récente des taux de cotisations a permis d'anticiper son bon équilibre. Comme pour le régime frais de santé, dans le cadre de la nouvelle

recommandation, les garanties prévues dans le cadre de ce régime ont pu être améliorées avec une maîtrise des taux de cotisations. Les partenaires sociaux ont ainsi prévu l'instauration de nouvelles garanties notamment axées sur la protection des enfants à charge ou atteint d'un handicap, répondant à des valeurs fondamentales soutenues par la branche.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la branche ÉCLAT a également instauré des garanties prévoyance et frais de santé présentant un degré élevé de solidarité (DES), qui comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

De plus, convaincus de la nécessaire mise en place d'actions de préventions mais aussi d'actions spécifiques supplémentaires afin de soutenir les salariés et les entreprises et d'assurer un meilleur pilotage des régimes, les partenaires sociaux décident en plus de ce DES de créer un fonds social de branche.

Enfin, les partenaires sociaux souhaitent rappeler leur fort attachement à la mutualisation et invitent ainsi les structures à adhérer à un des organismes recommandés au niveau de la branche.

Article 1^{er} | Champ d'application et dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises de la branche ÉCLAT (ex-Animation). Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, pour les entreprises de moins de 50 salariés, le présent avenant ne nécessite pas la mise en place d'un accord type proposé par la branche ni d'adaptation spécifique pour sa mise en œuvre.

Article 2 | Régime de prévoyance

Le présent article annule et remplace le titre VIII de la convention collective nationale ÉCLAT comme suit :

« Titre VIII Régime de prévoyance obligatoire

Les garanties instituées en application du présent accord revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés bénéficiaires, relevant de la convention collective nationale ÉCLAT.

Article 8.1 | Bénéficiaires

Le régime de prévoyance, qui vient en complément des règles des organismes de la sécurité sociale, et tel que prévu dans les conditions stipulées dans les articles ci-après, bénéficie à l'ensemble des salariés, quelle que soit la nature de leur contrat de travail et sans condition d'ancienneté, comme ci-après définis :

- les salariés dits "cadres", à savoir ceux relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ; et,
- les salariés dits "non-cadres", à savoir ceux ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

L'obligation résultant de la signature du présent accord, s'impose dans les relations individuelles de travail ; les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre de la couverture de prévoyance complémentaire définie ci-après. Ce précompte est expressément mentionné sur le bulletin de salaire du salarié.

Il est précisé que pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées (ou durée d'immatriculation) pour être indemnisés par la sécurité sociale, la garantie incapacité temporaire-invalidité intégrera une reconstitution des droits de la sécurité sociale sans cependant se substituer à cette dernière.

Article 8.2 | Garantie décès, invalidité permanente et absolue^[1]

Article 8.2.1 | Capital décès

En cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, il est versé en une seule fois un capital décès égal à :

- pour les salariés non-cadres, 100 % du salaire annuel de référence ;
- pour les salariés cadres, 300 % du salaire annuel de référence sur la tranche 1 et 100 % du salaire annuel de référence sur la tranche 2, dans la limite de 4 plafonds annuels de la sécurité sociale.

En cas de reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité permanente et absolue (IPA) le capital décès défini ci-avant peut être versé au salarié par anticipation, sur sa demande. Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès du salarié.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

Article 8.2.2 | Allocations d'obsèques

Il est instauré dans le cadre de ce régime une nouvelle garantie "allocations d'obsèques".

Ainsi, en cas de décès du salarié, une allocation forfaitaire plafonnée est versée pour un montant défini comme suit :

Allocation forfaitaire d'un montant égal à 2 000 euros.

Cette allocation est versée sur présentation de la facture, à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, dans la limite des frais engagés.

Article 8.2.3 | Rente éducation

En cas de décès du salarié, ou d'invalidité permanente et absolue (IPA), il sera versé au profit de chaque enfant à charge, une rente dont le montant annuel est égal à :

- 12 % du salaire annuel de référence versé jusqu'au 18^e anniversaire sans condition ;
- 15 % du salaire annuel de référence versé du 18^e jusqu'au 26^e anniversaire s'il justifie être à charge au sens de l'article 8.7.1.

Cette rente est également versée, à hauteur de 15 % du salaire annuel de référence, à chaque enfant à charge et sans limite d'âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation adulte handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité".

[1] L'invalidité permanente et absolue (ou IPA) correspond à une invalidité de 3^e catégorie reconnue par la sécurité sociale, laquelle ouvre droit au versement de la prestation complémentaire pour recours à tiers personne (PC RTP) par la sécurité sociale. Pour les salariés ne remplissant pas les conditions pour y ouvrir droit par la sécurité sociale, en raison de cotisations ou d'heures cotisées insuffisantes, l'invalidité de 3^e catégorie est déterminée par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant du salarié selon les barèmes utilisés par la sécurité sociale. L'IPA est précisée pour chacune des garanties qui la prennent en compte pour déclencher la prestation.

En cas de reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité permanente et absolue (IPA), la rente éducation définie ci-avant peut être versée par anticipation, sur demande du salarié. Ce versement par anticipation met fin à la présente garantie en cas de décès du salarié.

Quelle que soit la situation visée dans les précédents alinéas, il est prévu qu'en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, cette rente éducation soit doublée.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

Article 8.2.4 | Rente survie handicap

Il est instauré une nouvelle garantie par le présent régime, intitulée « rente survie handicap ».

En cas de décès du salarié et en présence d'un enfant reconnu handicapé et à charge, une prestation viagère est versée sous la forme d'une rente survie mensuelle d'un montant égal à :

350 euros, par enfant reconnu handicapé et à charge.

Sont bénéficiaires de la garantie rente handicap, le ou les enfants à charge du salarié au moment du décès, reconnu(s) handicapé(s) au sens de l'article 8.7.2.

Article 8.3 | Garantie incapacité temporaire

En cas d'arrêt de travail d'un salarié, consécutif à une maladie ou un accident, pris en charge au titre de l'assurance maladie (articles L. 323-1 et suivants du code de la sécurité sociale) ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (articles L. 433-1 et suivants du code de la sécurité sociale), ou en présence d'un arrêt de travail pour maladie ou accident d'un salarié non indemnisé par la sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie et après avis du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, il sera versé au salarié une prestation brute dont le montant annuel, y compris les indemnités journalières de la sécurité sociale brutes de CSG et CRDS (reconstituées de manière théorique pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de sécurité sociale) et l'éventuel maintien de salaire ou revenu de remplacement versé par l'employeur, est égal à :

- pour les salariés cadres : 87 % du salaire brut de référence ;
- pour les salariés non-cadres : 79 % du salaire brut de référence.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la sécurité sociale (prestations brutes de CSG-CRDS de la sécurité sociale, reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations de la sécurité sociale), du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (notamment salaire temps partiel, indemnités de chômage ou un quelconque revenu de substitution), ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle.

Les prestations sont servies à l'issue d'une franchise globale de 90 jours d'arrêt de travail discontinu ou non.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues et indemnisées ou non par la sécurité sociale, et prises en charge ou non

par le présent régime, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

À l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les salariés ne remplissant pas les conditions requises pour y ouvrir droit ou lorsqu'il est fait application du délai de carence de trois jours). Dans ce cas, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations brutes versées par la sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Les prestations cessent à la date de survenance de l'un des événements suivants à savoir :

- lors de la reprise du travail ;
- lors de la mise en invalidité par la sécurité sociale, ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les salariés n'y ouvrant pas droit ;
- à la liquidation de la pension vieillesse servie par le régime général de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite selon la réglementation en vigueur) ;
- au décès du salarié.

En tout état de cause, les prestations ne peuvent continuer à être servies par l'organisme assureur au-delà du 1 095^e jour d'arrêt de travail ou en cas de cessation du versement par la sécurité sociale des indemnités journalières (ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les salariés n'y ouvrant pas droit).

Article 8.4 | *Maintien de salaires pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations de la sécurité sociale*

Article 8.4.1 | Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les salariés en arrêt de travail, pour cause de maladie ou d'accident de la vie courante ou pour cause de congés maternité ou d'adoption :

- dès lors qu'ils n'ouvrent pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé ou durée d'immatriculation insuffisants) ;
- mais qui remplissent les conditions pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur au titre de la convention collective nationale de la branche ECLAT.

Article 8.4.2 | Indemnisation

Lorsque les conditions visées à l'article 8.4.1 sont remplies et sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, il sera versé à l'employeur une indemnité dont le montant annuel est égal à :

50 % du salaire brut de référence, pendant la durée d'indemnisation définie ci-après.

Il est précisé que les durées d'indemnisation varient suivant la nature de l'arrêt :

- en cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie courante du salarié prescrit médicalement, présenté à la sécurité sociale et non pris en charge pour indemnisation du régime général car ne répondant pas aux conditions de cotisations ou d'heures exigées par la sécurité sociale, la prestation est versée par l'organisme assureur

à compter du 4^e jour d'arrêt de travail et ce jusqu'au 90^e jour sur présentation des pièces exigées (prescription originale, refus d'indemnisation originale du régime d'assurance maladie) et éventuel contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur. Conformément aux règles spécifiques du régime de sécurité sociale local d'Alsace-Moselle, du fait de l'absence de délai de carence, les indemnisations prévues dans le présent alinéa sont versées dès le 1^{er} jour d'absence pour les salariés ressortissants du régime local ;

- En cas de congé lié à la maternité de la salariée prescrit médicalement ainsi qu'en cas de congé d'adoption, présenté à la sécurité sociale et non pris en charge pour indemnisation du régime général car ne répondant pas aux conditions de cotisations ou d'heures (ou d'immatriculation) exigées par la sécurité sociale, la prestation est versée à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail et ce jusqu'au 112^e jour.

Dans le cas du congé de maternité, cette durée est portée :

- à 182 jours, si la salariée attend un enfant et a déjà au moins deux enfants à charge ;
- à 238 jours, si la salariée attend des jumeaux ;
- à 322 jours, si la salariée attend des triplés ou plus.

Le salaire de référence est défini à l'article 8.6.

Dans tous les cas, il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée totale indemnisée ne dépasse pas celle citée dans le présent article.

Les prestations cessent également à la date de survenance de l'un des événements suivants, à savoir :

- lors de la reprise du travail ;
- sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur lorsque les conditions ne sont plus remplies pour bénéficier des présentes prestations ;
- à la liquidation de la pension vieillesse servie par le régime général de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite selon la réglementation en vigueur) ;
- au décès du salarié.

En aucun cas, le cumul de prestations (du régime de prévoyance, d'un éventuel salaire de l'employeur et d'un quelconque revenu de substitution) ne peut conduire à verser plus que la rémunération nette que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Article 8.5 | Garantie invalidité

En cas d'invalidité d'un salarié reconnue par la sécurité sociale ou, pour les salariés non indemnisés par la sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie et après accord du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, ou en cas d'infirmité permanente professionnelle (IPP) au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles égale ou supérieure à 66 %, il sera versé par l'organisme assureur une rente dont le montant annuel est fixé en fonction du niveau d'invalidité ou d'IPP attribué, comme suit :

- au titre d'une classification en 2^e ou 3^e catégorie, ou d'une IPP égale ou supérieure à 66 % : 84 % du salaire brut de référence ;
- au titre d'une classification en 1^{re} catégorie : 50,4 % du salaire brut de référence.

Les montants ci-dessus s'entendent y compris la prestation de la sécurité sociale, brute de prélèvements sociaux (CSG, CRDS et CASA) reconstituée de manière

théorique pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de sécurité sociale, ainsi que de tout autre revenu.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la sécurité sociale, du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (notamment salaire temps partiel, indemnités de chômage ou un quelconque revenu de substitution^[1]), ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à la rémunération de base qui existait à la date de l'arrêt de travail, et revalorisée selon les conditions fixées par l'organisme assureur.

Le service des prestations par l'organisme assureur cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement par la sécurité sociale des rentes ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la sécurité sociale ;
- au décès du salarié.

Par ailleurs, le service des prestations cesse dès lors que le salarié indemnisé ne justifie plus d'un état d'invalidité au sens du présent article, notamment en cas de contrôle médical, à l'initiative du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur.

Article 8.6 | Salaires de référence et revalorisations

Article 8.6.1 | Salaire de référence. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont fixées en pourcentage de la rémunération annuelle brute versée au salarié, dans la limite des tranches de rémunération définies ci-après :

Tranche 1 : partie de la rémunération de référence au plus égale au plafond annuel de la sécurité sociale ;

Tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de sécurité sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un régime d'exonération de cotisations de sécurité sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations, le 13^e mois le cas échéant, la prime de vacances et d'ancienneté, l'indemnité de préavis, les gratifications et les indemnités d'activité partielle légales complétées le cas échéant par l'employeur.

Toutefois, ne sont pas pris en compte dans l'assiette des cotisations, les avantages en nature et les revenus du capital (notamment stock-options), ainsi que les sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non-concurrence).

Pour les cas de maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail tels que visés à l'article 8.10.1 et sauf dispositions dérogatoires précisées ci-dessous (exonération), l'assiette des cotisations à retenir est le montant de l'indemnisation ver-

[1] Le complément de prestation accordé par la sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans le calcul.

sée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Par ailleurs, l'entreprise est exonérée du paiement de la cotisation au titre des salariés (part salariale et patronale) qui, à la date d'échéance de la cotisation, se trouvent en arrêt de travail pour maladie ou accident pris en charge par la sécurité sociale et quelle qu'en soit l'origine, depuis une période de 180 jours continus, sous réserve qu'ils ne perçoivent plus de rémunération (hors indemnités journalières ou rentes d'invalidité versées au titre du régime de prévoyance).

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet du salarié, la cotisation étant due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Article 8.6.2 | Salaire de référence. Assiette de calcul des prestations

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut, sauf exception portée au titre des garanties exprimées de manière forfaitaire et en euro.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés, soumises à cotisations de Prévoyance et déclarées au cours des douze (12) mois précédant l'événement générateur de garantie, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, selon les tranches définies comme suit :

Tranche 1 : partie de la rémunération de référence au plus égale au plafond annuel de la sécurité sociale ;

Tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

Plus particulièrement, le salaire de référence est déterminé comme suit :

Pour le décès et la rente éducation : il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, définies ci-avant, au cours des douze mois civils précédant le décès, ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue.

Pour le maintien de salaire : il est égal à la moyenne des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, définies ci-avant, au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-avant est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations prévoyance.

Pour l'incapacité/invalidité : il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, définies ci-avant, au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'événement n'est pas complète pour les autres garanties que le maintien de salaire, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au *prorata temporis*, comme s'il avait travaillé.

Article 8.6.3 | Revalorisations

Article 8.6.3.1 | Revalorisation des salaires de références

La revalorisation du salaire de référence servant à l'ouverture des prestations est fonction de l'évolution de la valeur du point salaire telle que définie selon les dispositions de la convention collective nationale ÉCLAT. Elle intervient lorsqu'une période d'arrêt

a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), ainsi que la reconnaissance de l'invalidité / incapacité permanente professionnelle.

En cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité antérieure à l'année civile précédant le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente éducation est revalorisé en fonction du taux fixé par le conseil d'administration de l'organisme assureur des garanties de rente éducation.

Article 8.6.3.2 | Revalorisation des prestations

Les indemnités journalières, les rentes d'invalidités ou d'incapacité permanente professionnelle en cours de services sont revalorisées selon l'évolution du point salaire conventionnel de la convention collective ÉCLAT.

La rente éducation et la rente de survie handicap en cours de service sont revalorisées annuellement en référence au taux fixé par le conseil d'administration de l'organisme assureur des garanties de rente éducation et rente survie handicap.

Article 8.6.3.3 | Revalorisation spécifique des prestations au titre de la "Loi Eckert"

À compter de la date du décès ouvrant droit aux prestations, et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au versement desdites prestations, et au plus tard, jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations des sommes non réclamées par le(s) bénéficiaire(s), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevée des deux taux suivants :

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Article 8.7 | Définition du conjoint et des enfants à charge au titre des garanties décès du salarié

Article 8.7.1 | Rente éducation

Pour le bénéfice des prestations de rente éducation :

Par conjoint, il faut entendre :

- la personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le partenaire lié par un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- la personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

Et par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) du salarié décédé (ou en invalidité permanente et absolue) qui ont vécu au foyer jusqu'au

- moment de son décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;
- sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) du salarié, les enfants dont la filiation avec le salarié, y compris adoptive, est légalement établie :
 - jusqu'à leur 18^e anniversaire sans condition ;
 - jusqu'à leur 26^e anniversaire s'ils justifient :
 - de la poursuite de leurs 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 CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - d'être en apprentissage ou 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 régime d'assurance chômage comme demandeur d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé ;
 - quel que soit leur âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité".

Article 8.7.2 | Rente survie handicap

Pour le bénéfice de la rente handicap, par enfant handicapé, il faut entendre l'enfant dont la filiation avec le salarié, y compris adoptive, est légalement établie, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit 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* 1^o du code général des impôts. Pour justifier du handicap, l'enfant doit notamment être reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comme étant en situation de handicap à charge du salarié ou de son conjoint, à la date du décès du salarié.

Article 8.8 | Taux de cotisations

Pour financer l'ensemble des garanties prévues par les articles ci-dessus, les taux de cotisations sont les suivants à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2023^[1] (à législation et réglementation constante) :

[1] À cette échéance, les taux pourront être reconduits ou révisés en fonction notamment des résultats de la mutualisation des contrats des entreprises adhérentes au présent régime.

Article 8.8.1 | Salariés non-cadres

	Taux prévoyance		
	Non cadres T1/T2*		Total
	Salarié	Employeur	
Décès ou IPA	0,03 %	0,08 %	0,11 %
Frais obsèques	0,01 %	–	0,01 %
Rente éducation	0,02 %	0,07 %	0,09 %
Rente survie handicap	–	0,01 %	0,01 %
Maintien de salaire	–	0,02 %	0,02 %
Incapacité	0,32 %	0,02 %	0,34 %
Invalidité/IPP	0,19 %	0,37 %	0,56 %
Sous total (salarié & employeur)	0,57 %	0,57 %	1,14 %

Article 8.8.2 | Salariés cadres

	Taux prévoyance			
	Cadres T1		Cadres T2 ^[*]	
	Part salariale TA	Part employeur TA	Part salariale TB	Part employeur TA
Décès ou IPA	–	0,66 %	0,03 %	0,08 %
Frais obsèques	0,01 %	–	–	0,01 %
Rente éducation	–	0,09 %	0,02 %	0,07 %
Rente survie handicap	–	0,01 %	–	0,01 %
Maintien de salaire	–	0,02 %	–	0,02 %
Incapacité	–	0,36 %	0,36 %	–
Invalidité/IPP	–	0,39 %	0,16 %	0,38 %
Sous total [salarié et employeur]	0,01 %	1,53 %	0,57 %	0,57 %
	Total tranche 1 : 1,54 %		Total tranche 2 : 1,14 %	

*T2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

Article 8.9 | Portabilité

Article 8.9.1 | Principe

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime de cette couverture (à l'exclusion de la garantie maintien de salaire du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations sécurité sociale), 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 nombre 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, c'est-à-dire que les salariés bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime conventionnel de prévoyance ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, en cas de modification ou de révision des garanties des salariés, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

4° Le maintien des garanties au titre de l'incapacité ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article. Il fournit notamment à l'organisme assureur un justificatif de l'ouverture de ses droits à indemnisation chômage, et s'engage à informer l'organisme assureur dès lors qu'il ne bénéficie plus d'aucune indemnisation ou prise en charge par le régime d'assurance chômage ;

6° L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail dans les 30 jours de ladite cessation ;

7° Le salaire de référence pour le calcul des prestations est celui défini à l'article 8.6.2 (à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail). La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Le maintien des droits suppose que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié sauf dans les cas visés à l'article 8.9.2.

Article 8.9.2 | cas des salariés confrontés à une situation de redressement, liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde

Le contrat de l'organisme assureur subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise adhérente et les salariés de l'entreprise bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles prévues, par le droit commun et les dispositions conventionnelles.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du code de commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L. 641-11-1 du code de commerce en matière de liquidation judiciaire. Dans ce cas, le bénéfice de la portabilité est maintenu aux anciens salariés de structures ayant fait l'objet d'une procédure collective.

Article 8.10 | *Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail*

Article 8.10.1 | Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties du régime complémentaire de prévoyance sont maintenues obligatoirement, au profit des salariés, en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

– d'un maintien de salaire, total ou partiel ;

- ou de prestations en espèces de la sécurité sociale et/ou de prestations complémentaires en application du présent régime de prévoyance ;
- ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits ;
 - ainsi que de toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans une telle hypothèse, l'employeur versera la même contribution calculée comme pour les salariés actifs, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié continuera à s'acquitter de sa propre part de cotisation. Ces modalités de financement s'appliquent, sauf cas de dispense de cotisation (exonération) défini à l'article 8.6.1.

Article 8.10.2 | Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail du salarié dans des cas autres que ceux visés à l'article 8.10.1, les garanties du salarié sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;
- congé de présence parentale interrompant totalement l'activité
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé du proche aidant ou de solidarité familiale,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les événements (décès ou arrêts de travail...) survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

Article 8.11 | *Organismes assureurs recommandés du régime prévoyance de la branche ÉCLAT*

Article 8.11.1 | Nom des organismes assureurs recommandés

Il est rappelé que les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale ÉCLAT ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des garanties au moins équivalentes aux dispositions du présent régime.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale et, conformément après une procédure de recommandation d'appel d'offres telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

- pour les garanties maintien de salaire, incapacité, invalidité et capital décès/ invalidité permanente et absolue ou frais d’obsèques :
 - AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre d’AG2R la mondiale et du GIE AG2R, immatriculée sous le numéro SIREN 333 232 270 et dont le siège social est situé 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris ;
 - APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 et dont le siège social est situé 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire ;
 - MUTEX, entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au RCS Nanterre, immatriculée sous le numéro SIREN 529 219 040 et dont le siège social est situé 140, avenue de la République, CS 30007, 92327 Châtillon Cédex ;
 - et le groupement de coassurance AESIO mutuelle/Malakoff Humanis Prévoyance composé de AESIO Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 4, rue du Général-Foy, 75008 Paris, et de MALAKOFF Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;
- pour la rente éducation définie à l’article 8.2.3 et pour la rente survie handicap définie à l’article 8.2.4 de la convention collective :
 - L’OCIRP, union d’institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 788 334 720 et dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

Les entreprises qui utilisent le dispositif soit du chèque emploi associatif (CEA), soit du titre emploi entreprise (TTE), soit du chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE), soit du titre emploi service entreprise (TESE) ne sont pas dispensées des formalités et obligations propres au régime de prévoyance et de ces garanties pour les salariés. Elles doivent obligatoirement contacter un organisme afin de compléter un formulaire d’adhésion, et porter à la connaissance de son assureur le nombre de salariés couverts par le présent régime.

Les organismes recommandés proposent aux structures un contrat d’assurance unique de référence négocié par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent accord. Ces organismes ne peuvent par ailleurs refuser l’adhésion d’une entreprise relevant du champ d’application de la convention collective.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l’un des assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d’assurance prévoit des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime pour une contribution salariale au moins aussi favorable.

Les résultats techniques et financiers sont mutualisés entre ces organismes recommandés. À cet effet, un protocole technique et financier est conclu avec les organismes assureurs co-recommandés et l’un des organismes co-recommandés est choisi pour la durée de la recommandation afin d’effectuer l’apérition technique.

Article 8.11.2 | Réexamen des conditions d’organisation de la mutualisation

Le principe et les modalités d’organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l’article L. 912-1 du code de la sécurité sociale dans un délai de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2022, soit

pour le 1^{er} janvier 2027. À cette fin, les parties signataires se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 8.12 | Revalorisation des prestations en cours de service en cas de changement d'organisme assureur

Les parties signataires rappellent qu'en application de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur, les prestations dues au titre de l'incapacité de travail, l'invalidité en cours de service et des rentes éducation ou de survie handicap seront maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation par les organismes assureurs antérieurs, sauf dispositions contraires prévues par ces derniers.

Les nouveaux organismes assureurs prendront en charge, le cas échéant, les revalorisations futures selon un mode au moins aussi favorable que celui prévu au contrat de l'organisme résilié, ainsi que, si nécessaire, la revalorisation des bases de calcul des prestations décès.

Article 8.13 | Degré élevé de solidarité prévoyance (DES prévoyance)

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la branche ÉCLAT instaure par cet avenant, des garanties prévoyance présentant un degré élevé de solidarité, qui comprennent à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, ceci dans le prolongement de l'accord distinct en référence à la mise en œuvre du fonds social relatif au haut degré de solidarité des régimes de prévoyance et de santé, conclu par les partenaires sociaux le 2 décembre 2016, afin d'organiser leur politique d'action sociale, de prévention et de solidarité.

Un prélèvement annuel de 2 % des primes brutes des régimes conventionnels d'assurance collective est affecté aux prestations à caractère non directement contributif, conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Un nouvel accord de branche dédié au DES et qui viendra préciser notamment le mode de gestion sera conclu ultérieurement. En effet, compte tenu de la spécificité réglementaire de fonctionnement du degré élevé de solidarité que présentent les accords de branche assortis d'une clause de recommandation, il a été décidé par les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT, d'auditionner les organismes recommandés, en prévoyance, pour permettre à la branche de déterminer son choix de gestion de ses politiques paritaires de solidarité en cohérence avec les premières orientations retenues dans les accords et avenants préexistants.

C'est à l'issue de ces auditions et après échanges que les organisations syndicales et patronales ont unanimement retenu, en application du dernier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, comme organisme gestionnaire unique de ces politiques de solidarité relatif à la prévoyance l'organisme suivant :

- l'OCIRP, (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ayant son siège social 17, rue de Marignan, 75008 Paris. »

Article 3 | Régime frais de santé

Cet article annule et remplace le titre XI « complémentaire santé » comme suit :

« Titre XI Régime complémentaire de frais de santé

En préambule, il est rappelé que la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un dispositif permettant la prise en charge intégrale par la sécurité sociale et les complémentaires santé des soins den-

taires prothétiques, des équipements d'optique et auditifs dits à "prise en charge renforcée" donnant lieu à un remboursement intégral d'un ensemble de soins, dénommé "Panier" optique, dentaire et d'audiologie, accessible à tous les français disposant d'une complémentaire santé.

Les dispositions négociées ci-après par les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT s'inscrivent pleinement dans le cadre de cette réforme.

Afin d'aider à la mise en œuvre de cette réforme, les partenaires sociaux ont décidé de recommander aux entreprises de la branche de souscrire à un contrat d'assurance collective de référence permettant ainsi aux entreprises de participer à un périmètre de mutualisation, dont les principales dispositions ont été négociées auprès d'organismes ou groupement d'assurance dénommés dans la suite du document "les organisme assureur co-recommandé" et défini ci-après.

Article 11.1 | Bénéficiaires du régime

Sont bénéficiaires :

- à titre obligatoire, tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale ÉCLAT, affiliés au régime général ou au régime Alsace-Moselle de sécurité sociale ;
- à titre facultatif les ayants droit du salarié affilié.

Article 11.1.1 | Le salarié à titre obligatoire

Le régime frais de santé bénéficie à titre collectif à l'ensemble des salariés de la branche ÉCLAT, titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat en alternance, et ce dès leur embauche.

L'adhésion des salariés à ce régime est obligatoire, sauf cas de dispenses prévus par le présent accord et par les dispositions légales et réglementaires.

L'obligation résultant de la signature du présent accord et s'imposant dans les relations individuelles de travail ; les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre du régime frais de santé.

Dans le cas où l'entreprise souscrit uniquement aux garanties de base définies ci-après, les salariés se voient offrir la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à l'une des options supplémentaires facultatives.

Article 11.1.2 | Les ayants droit à titre facultatif

Pour le bénéfice des prestations, le salarié peut procéder à l'affiliation sur le même niveau de garanties que celui qu'il a retenu pour lui-même, de ses ayants-droit, tels que définis ci-après :

- par conjoint, il faut entendre :
 - la personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif, exerçant ou non une activité professionnelle ;
 - le partenaire lié par un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
 - la personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS ;

- par enfants à charge, il faut entendre les enfants à charge du salarié à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel) ou de son conjoint (tel que défini ci-avant), ainsi que les enfants dont la filiation avec le salarié, y compris adoptive est légalement établie :
- jusqu'à leur 18^e anniversaire (ou dès ses 16 ans si l'enfant a demandé la qualité d'ayant droit autonome auprès de la CPAM de son domicile) ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire, s'ils justifient de la poursuite de leurs études (secondaire, supérieure ou auprès du CNED) ou sont stagiaires de la formation professionnelle, ou sont en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à pôle emploi ; ou sont employés dans un ESAT^[1] ou atelier protégé comme travailleur handicapé ;
- quel que soit leur âge, les enfants reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comme en situation de handicap à charge du salarié ou de son conjoint avant leur 21^e anniversaire ;
- et toute autre personne majeure à charge d'un assuré ou de son conjoint avant la réforme dite de protection universelle maladie (PUMA), continuant de bénéficier du remboursement des frais de santé, comme ayant droit sécurité sociale et n'ayant pas demandé son affiliation au régime obligatoire de base en tant qu'assuré social.

Article 11.2 | Dispense d'adhésion au régime frais de santé

Conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, l'obligation d'affiliation des salariés s'entend sous réserve des cas de dispenses tels que définis ci-après :

Dispenses dites de plein droit (à la condition que le salarié exprime sa volonté d'en bénéficier), tel que définies aux articles L. 911-7, D. 911-2 et D. 911-3 du code de la sécurité sociale ;

Dispenses particulières :

Pour les salariés à temps partiels et apprentis, dont l'adhésion au régime santé les conduirait à s'acquitter, d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les salariés souhaitant être dispensé d'affiliation à leur embauche ou lors de la mise en place du régime selon l'un des cas précisés ci-avant (de droit ou spécifique) devront formuler par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis, et en particulier le justificatif d'une couverture complémentaire santé respectant les contrats responsables. À défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

Pour les apprentis, salariés en CDD et intérimaires titulaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois, sans avoir à justifier d'une couverture individuelle par ailleurs.

L'employeur doit pouvoir justifier expressément, lorsque cela est prévue par la loi ou les textes réglementaires, des dérogations au caractère obligatoire, permettant aux salariés de ne pas adhérer au régime frais de santé mis en place dans l'entreprise. Dans le cas contraire, si la dispense d'affiliation à un régime obligatoire et collectif ne peut être justifiée, le financement au dit régime ne peut plus être exclu de l'assiette de cotisations sociales.

[1] Établissement et service d'aide par le travail.

Article 11.3 | *Maintien des garanties*

11.3.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés et, le cas échéant, des ayants droit en cas de suspension de leur contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou à indemnisation au titre de la prévoyance complémentaire (indemnités journalières complémentaires, rente invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés actifs. L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette contribution suivra les mêmes évolutions que celle des actifs, le cas échéant.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de la cotisation, l'employeur opérant le précompte de cette part de cotisation à la charge du salarié sur la rémunération maintenue.

b) Autres cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail du salarié ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation (indemnités journalières au titre de la prévoyance) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du salarié et de ses éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire ou facultatif sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;
- congé de présence parentale interrompant totalement l'activité ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé du proche aidant ou de solidarité familiale, et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation ou rémunération.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent accord.

Les salariés pourront toutefois demander le maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs (et les éventuels ayants droit) ; elle suivra les mêmes évolutions ou indexation, le cas échéant. Cette cotisation est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur tant que dure la suspension du contrat de travail tel que définie au présent article.

11.3.2. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

a) Maintien de la garantie au titre de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés garantis collectivement de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entier le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien des garanties s'effectue sur la base des garanties base et ou options souscrites pour lui-même et ses éventuels ayants droit avant la rupture de son contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Si des salariés se trouvent confrontés à un licenciement à la suite d'une situation de liquidation judiciaire, le bénéfice de la portabilité des garanties est maintenu aux dits salariés de l'entreprise ayant fait l'objet d'une telle liquidation.

b) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Évin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "loi Évin", la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur dans le cadre d'un nouveau contrat intitulé "Régime d'accueil" ou "Droit de suite" :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient et à la condition d'avoir été affilié au régime en tant qu'actifs ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du salarié inscrit au régime en tant qu'actifs.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la "loi Évin" incombe à l'organisme assureur et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités d'articulation du dispositif de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et du dispositif de maintien dit "loi Évin" sont précisées dans le cadre du contrat de garanties collectives.

Article 11.4 | *Garanties couvertes*

Le régime frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, est joint en annexe du présent avenant.

Il est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables ou à toute autre évolution de la réglementation ayant un impact sur la prise en charge des garanties frais de santé, pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la commission nationale paritaire de négociation et les organismes assureurs recommandés.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'un des assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoit des garanties au moins équivalentes, acte par acte, à celles prévues par le présent régime pour une contribution salariale au moins aussi favorable.

Article 11.5 | *Financement*

Article 11.5.1 | Structure de la cotisation

Elle s'établit au titre du contrat souscrit par l'employeur, sur la base :

- d'une cotisation à titre obligatoire pour le salarié seul, sauf cas de dispenses ;
- complétée par des cotisations facultatives d'une part pour le ou les ayants droit éventuellement affiliés et d'autre part pour les niveaux optionnels venant compléter les garanties du régime socle obligatoire.

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation intitulée "salarié" et ne pourront s'opposer aux prélèvements de la part qui les concernent, telle que définit ci-après.

Article 11.5.2 | Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article 11.5.3 | Taux et répartition des cotisations

La cotisation "salarié" est financée à part égale pour 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur selon le niveau socle, ou niveau R1 ou niveau R2 souscrit par l'entreprise.

La cotisation additionnelle servant au financement de la couverture facultative des ayants droit et/ou des options supplémentaires, ainsi que les éventuelles évolutions ultérieures de celles-ci, sont à la charge exclusive du salarié (sauf prise en charge par l'employeur concrétisée par un acte de mise en place, à savoir un accord collectif, un référendum ou une DUE).

Les cotisations obligatoire ou facultatives ci-dessus définies sont fixées selon les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assu-

reurs recommandés, à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2023^[1] (à législation et réglementation constante) :

<i>Régime Général</i>	Régime Socle SALARIE Base Conventionnelle (& extensions facultatives salarié / ayants droit)			Régime R1 SALARIE (Socle + Option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise		Régime R2 SALARIE (Socle + Option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise
	Socle obligatoire ISOLE	+ Option 1 facultative (en complément du Socle)	+ Option 2 facultative (en complément du Socle)	R1 obligatoire ISOLE	+ Option 2 facultative (en complément du régime R1)	R2 obligatoire ISOLE
Salarié	0,94%	0,64%	0,96%	1,47%	0,31%	1,75%
Conjoint facultatif	1,08%	0,73%	1,10%	1,69%	0,36%	2,01%
Enfant facultatif (gratuit à compter du 3ème enfant)	0,70%	0,32%	0,54%	0,97%	0,23%	1,17%

<i>Régime Local</i>	Régime Socle SALARIE Base Conventionnelle (& extensions facultatives salarié / ayants droit)			Régime R1 SALARIE (Socle + Option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise		Régime R2 SALARIE (Socle + Option 2 réunis) Si Choix du R2 obligatoire par l'entreprise
	Socle obligatoire ISOLE	+ Option 1 facultative (en complément du Socle)	+ Option 2 facultative (en complément du Socle)	R1 obligatoire ISOLE	+ Option 2 facultative (en complément du régime R1)	R2 obligatoire ISOLE
Salarié	0,42%	0,64%	0,96%	0,95%	0,31%	1,21%
Conjoint facultatif	0,48%	0,73%	1,10%	1,09%	0,36%	1,39%
Enfant facultatif (gratuit à compter du 3ème enfant)	0,34%	0,32%	0,54%	0,61%	0,23%	0,81%

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié telle que souscrite par l'entreprise, cette participation ne pouvant être inférieure à un montant au moins égal à 0,47 % du PMSS.

Article 11.5.4 | Articulation des régime socle et optionnel et des cotisations afférentes

En complément du régime socle, il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche 2 régimes optionnels qui viennent compléter ce régime de base dit "Socle obligatoire".

Chaque employeur a le choix de souscrire pour l'affiliation obligatoire des salariés, en lieu et place du régime socle, le régime dit R1 (équivalent au socle complété de l'option 1) ou le régime R2, (équivalent au socle complété de l'option 2). En fonction du choix opéré par l'employeur, ce dernier devra faire adhérer obligatoirement l'ensemble de ses salariés au régime obligatoire (socle ou R1 ou R2) souscrit. L'employeur prend alors à sa charge à minima 50 % de la cotisation obligatoire R1 ou R2.

L'employeur a la possibilité de faire évoluer les garanties souscrites au moment de son adhésion, en souscrivant à l'une des options ou en modifiant à la hausse ou à la baisse l'option souscrite. Toute demande de souscription vaut pour un exercice et doit être adressée à l'organisme recommandé avant le 31 octobre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'exercice de l'année suivante.

[1] À cette échéance, les taux pourront être reconduits ou révisés en fonction notamment des résultats de la mutualisation des contrats des entreprises adhérentes au présent régime.

Le salarié a également la possibilité de faire progresser sa couverture par une adhésion facultative à l'une des options supérieures (1 ou 2), selon le choix souscrit par l'employeur et de faire bénéficier ses ayants droit des dites options, par une affiliation aux mêmes garanties que celles qu'il a lui-même choisies. Le choix du niveau de l'option retenu par le salarié s'imposera ainsi de fait à ses ayants droit.

Les cotisations des options facultatives s'additionnent alors aux cotisations du socle obligatoire ou du R1 obligatoire. Dans le cas où le salarié y souscrit volontairement, il assumera individuellement à 100 % la ou les cotisations du régime optionnel pour lui et éventuellement ses ayants droit, sans remise en cause de la participation à 50 % de l'employeur sur le régime obligatoire souscrit pour l'ensemble des salariés par l'entreprise.

Le salarié pourra modifier son choix d'options facultatives comme suit :

- à la hausse, au 1^{er} janvier de l'année qui suit sa demande ;
- à la hausse ou à la baisse, en cas de changement de situation de famille (naissance, mariage ou Pacs, divorce ou décès du conjoint), cette modification prenant effet au 1^{er} jour du mois suivant sa demande écrite ;
- à la baisse après une durée de 2 ans d'adhésion dans le niveau de garanties précédent, avec prise d'effet au 1^{er} janvier qui suit sa demande.

À titre exceptionnel, lors de la mise en place du nouveau régime à effet du 1^{er} janvier 2022, le salarié affilié antérieurement pourra souscrire à l'option supérieure à effet du 1^{er} janvier 2022 ; et le salarié ayant souscrit antérieurement à l'option 2, pourra exceptionnellement modifier son niveau optionnel de garanties option 2 à la baisse vers l'option 1, à effet au plus tard du 1^{er} avril 2022.

Les options et régimes supplémentaires figurent en annexes.

Article 11.6 | *Organismes assureurs recommandés du régime frais de santé de la branche ÉCLAT*

Article 11.6 .1 | Nom des organismes assureurs recommandés

Il est rappelé que les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale ÉCLAT ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des garanties au moins équivalentes aux dispositions du présent régime, sauf cas de dispenses prévus à l'article 11.2 du présent texte.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale et, conformément après une procédure de recommandation d'appel d'offres telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

Pour les garanties frais de santé :

- le groupement de coassurance AESIO mutuelle/Malakoff Humanis Prévoyance composé de AESIO Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 4, rue du Général-Foy, 75008 Paris, et de Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;
- le groupement de co-assurance APICIL Prévoyance/Mutami composé de APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500. et dont le siège social est situé 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire et Cuire et de Mutami : mutuelle

soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 776 950 677 et dont le siège social est situé au 70, boulevard Matabiau, BP 7051, 31069 Toulouse Cedex 7 ;

- le groupement de co-assurance mutualiste Harmonie Mutuelle/MGEN composé de Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 538 518 473 et dont le siège social est situé 143, rue Blomet, 75015 Paris et de MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399 et dont le siège social est situé 3, square Max-Hymans, 75748 Paris Cedex 15 ;
- UMANENS : union de groupe mutualiste régie par le code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499 et dont le siège social est situé 40, boulevard Richard-Lenoir, 75011 Paris composée de :
 - la Mutuelle Familiale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 784 442 915 dont le siège social est situé 52, rue d'Hauteville, 75010 Paris, (co-assureur, gestionnaire et distributeur) ;
 - identités Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 379 655 541 dont le siège social est situé 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris (co-assureur et distributeur) ;
 - l'UMG Mutualia, union de mutuelles du livre I du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 823 416 359, dont le siège social est situé 19, rue de Paris, 93013 Bobigny Cedex (co-assureur et distributeur).

UMANENS est associée dans le cadre d'un groupement constitué avec AG2R La mondiale, pour la distribution.

Les organismes recommandés proposent aux structures un contrat d'assurance unique de référence négocié par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent accord. Ces organismes ne peuvent par ailleurs refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Les entreprises qui utilisent le dispositif soit du chèque emploi associatif (CEA), soit du titre emploi entreprise (TTE), soit du chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE), soit du titre emploi service entreprise (TESE) ne sont pas dispensées des formalités et obligations propres au régime frais de santé et de ces garanties pour les salariés. Elles doivent obligatoirement contacter un organisme afin de compléter un formulaire d'adhésion, et porter à la connaissance de son assureur le nombre de salariés couverts par le présent régime.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'un des assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoie des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime pour une contribution salariale au moins aussi favorable.

Les résultats techniques et financiers sont mutualisés entre ces organismes recommandés. À cet effet, un protocole technique et financier est conclu avec les organismes assureurs co-recommandés et l'un des organismes co-recommandés est choisi pour la durée de la recommandation pour effectuer l'apérition technique.

Article 11.6.2 | Réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du

code de la sécurité sociale dans un délai de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2022, soit pour le 1^{er} janvier 2027. À cette fin, les parties signataires se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 11.7 | Degré élevé de solidarité frais de santé (DES frais de santé)

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la branche ÉCLAT a instauré, des garanties frais de santé présentant un degré élevé de solidarité, qui comprennent à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, ceci dans le prolongement de l'accord distinct en référence à la mise en œuvre du fonds social relatif au haut degré de solidarité des régimes de prévoyance et de santé, conclu par les partenaires sociaux le 2 décembre 2016, afin d'organiser leur politique d'action sociale, de prévention et de solidarité.

Un prélèvement annuel de 2 % des primes des régimes conventionnels d'assurance collective est affecté aux prestations à caractère non directement contributif, conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Un nouvel accord de branche dédié au DES et qui viendra préciser notamment le mode de gestion sera conclu ultérieurement. En effet, compte tenu de la spécificité réglementaire de fonctionnement du degré élevé de solidarité que présentent les accords de branche assortis d'une clause de recommandation, il a été décidé par les partenaires sociaux d'auditionner les organismes recommandés, en santé et en prévoyance, pour permettre à la branche de déterminer définitivement son choix de gestion de ses politiques paritaires de solidarité en cohérence avec les premières orientations retenues dans les accords et avenants préexistants.

C'est à l'issue de ces auditions et après échanges que les organisations syndicales et patronales ont unanimement retenu, en application du dernier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale comme organisme gestionnaire unique de ces politiques de solidarité relatives aux frais de santé, l'organisme suivant :

L'OCIRP, (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ayant son siège social 17, rue de Marignan, 75008 Paris. »

Article 4 | *Suivi et pilotage du régime prévoyance et du régime frais de santé*

Cet article crée un titre XII à la CCN comme suit :

« Titre XII Suivi et pilotage du régime prévoyance et frais de santé

Les régimes prévoyance et frais de santé sont administrés, suivis et pilotés par la commission paritaire nationale de gestion santé prévoyance.

Article 12.1 | *Composition*

La commission paritaire nationale de gestion santé prévoyance est composée paritairement de représentants des organisations syndicales des employeurs, d'une part, et des salariés (trois titulaires par organisation), d'autre part.

Ces représentants sont désignés par les organisations représentatives au plan national dans la convention collective, qui disposent à tout moment des mandats ainsi confiés.

Cette commission sera présidée alternativement, tous les 2 ans, par un représentant des employeurs ou des salariés.

Article 12.2 | *Missions*

Cette commission paritaire :

- négocie et conclut, en application de ce titre, le contrat général d'assurance prévoyance et frais de santé complété du protocole technique et financier et celui relatif aux règles de gestion produit par les organismes recommandés du régime de prévoyance et frais de santé ;
- contrôle l'application des règles relatives aux régimes de prévoyance et frais de santé ;
- décide par délibération des interprétations à donner au présent titre ;
- étudie et apporte une solution aux litiges portant sur l'application du régime de prévoyance et frais de santé ;
- émet par ailleurs toutes observations et suggestions qu'elle juge utiles ;
- délibère sur tous les documents d'information concernant le régime que diffusent les organismes recommandés ;
- analyse les demandes et accorde des aides exceptionnelles dans le cadre du fonds social de branche institué en application de l'article 5 du présent accord ;
- informe une fois par an et par écrit les membres de la commission mixte sur la gestion et la situation du régime.

La commission paritaire débat de tout ce qui concerne les problèmes d'interprétation, d'orientation générale et d'application du régime de prévoyance et frais de santé.

D'autre part, elle assure le contrôle du régime de prévoyance et frais de santé. Elle propose à la commission mixte les taux de cotisation ainsi que la nature des prestations à négocier avec les organismes recommandés.

À cet effet, les organismes recommandés lui communiquent chaque année les documents financiers, ainsi que leur analyse commentée, nécessaires à ses travaux, conformément aux dispositions prévues dans les protocoles techniques et financiers ainsi que les informations et documents complémentaires qui pourraient s'avérer nécessaires.

La commission paritaire peut le cas échéant se faire accompagner par des conseils indépendants pour analyser la consolidation technique du régime effectuée par les organismes recommandés, conformément aux protocoles techniques et financiers signés entre les organismes recommandés et la commission mixte.

La commission paritaire peut demander la participation, à titre consultatif, des représentants des organismes recommandés lors d'une présentation annuelle d'un bilan comptable et par exercice de survenance des résultats des dits régimes.

Enfin, en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la mutualisation des risques et les engagements pris avec les organismes recommandés sont réexaminés au plus tard tous les 5 ans. »

Article 5 | *Fonds social de branche*

Les partenaires sociaux souhaitent, dans le contexte actuel de solidarité réaffirmée, compléter les actions menées dans le cadre du DES, par des interventions prenant la forme d'aides exceptionnelles. Ces dernières seront délivrées dans le cadre d'un fonds social spécifique ne relevant pas du champ du degré élevé de solidarité, au bénéfice des salariés et entreprises qui participent à la mutualisation du régime de prévoyance et frais de santé. Il donnera lieu à la négociation d'un nouvel accord de branche ultérieurement.

Le fonds social de la branche aura pour objet d'aider ou d'accompagner des personnes en situation difficile, et notamment de leur attribuer des allocations individuelles à caractère excep-

tionnel. Il peut également avoir pour objet de compléter les actions collectives de prévention, sur une problématique particulière mise en œuvre par les partenaires sociaux au bénéfice de la population des salariés.

La commission paritaire nationale de gestion santé prévoyance fixera le fonctionnement du fonds social.

Ce fonds sera financé par une quote-part des excédents du régime de prévoyance et du régime frais de santé pouvant aller jusqu'à 5 % du bénéfice technique constaté sur un exercice et il bénéficiera de 90 % des produits financiers qui lui sont attachés, sur la base de l'actif général des organismes assureurs recommandés ou du concentrateur qui en assure la gestion financière.

Dans le cadre d'actions collectives de prévention, ce fonds pourra être financé, sur décision de la commission paritaire nationale de gestion santé prévoyance et à titre temporaire, par une contribution exceptionnelle déduites des cotisations encaissées. Cette contribution sera alors affectée aux comptes de résultats.

En tout état de cause, le fonds social dédié à la branche restera la propriété du régime de prévoyance ou frais de santé piloté par les partenaires sociaux, en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance.

Article 6 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Article 7 | Dispositions diverses

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions légales ainsi que d'une demande d'extension.

Article 8 | Révision, dénonciation

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Fait à Paris, le 30 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe Tableau de garantie frais de santé

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
 FR : Frais réels engagés par l'assuré
 LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale
 PLV : Prix limite de Vente
 HLF : Honoraire Limite de Facturation
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

PMSS
 (2021) 3 428 €

		CCN ECLAT (1518)					
		Base		Option 1		Option 2	
		Prestations ss déduct* de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct* de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct* de la Séc. Sociale **	
GARANTIES*		DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM
Hospitalisation (médicale, chirurgicale et à domicile y compris la maternité)	Frais de séjour	100% BR		200% BR		300% BR	
	Conventionné	100% BR		100% BR		100% BR	
	Non conventionné						
	Forfait journalier [1]						
	Hospitalier	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait	
	Psychiatrique	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait	
	Honoraires - Secteur conventionné						
	Actes de chirurgie	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Actes d'anesthésie	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
Hospitalisation (médicale, chirurgicale et à domicile y compris la maternité)	Autres honoraires	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Chambre particulière - Secteur conventionné						
	Avec nuitée	1% PMSS		2% PMSS		3% PMSS	
	Ambulatoire	Néant		2% PMSS		3% PMSS	
	Frais d'accompagnement (enfant - de 12ans)	0,5% PMSS		1,5% PMSS		2% PMSS	
	Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait	
Transp ort	Frais de transport ou de transfert entre établissement (remboursés Ss)	100% BR		100% BR		100% BR	
Soins médicaux courants	Honoraires médicaux						
	Généralistes	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR
	Spécialistes hors Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Cardiologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Professeur - Praticien Hospitalier	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Actes de chirurgie, actes médicaux techniques	120% BR	100% BR	145% BR	125% BR	170% BR	150% BR
	Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Analyses et examens de laboratoire						
	Remboursés par la Ss (Actes de Biologie)	100% BR		100% BR		100% BR	
	Remboursés par la Ss (autres actes)	100% BR		100% BR		100% BR	
	Auxiliaires médicaux	100% BR		100% BR		100% BR	
	Sage femme	120% BR		120% BR		120% BR	
	Médicaments						
	SMR faible	15% BR		100% BR		100% BR	
	SMR modéré	100% BR		100% BR		100% BR	
	SMR important	100% BR		100% BR		100% BR	
	Traitement anti tabac prescrit et pris en charge	100% BR		100% BR		100% BR	
	Traitement anti tabac prescrit et non pris en charge	1,5% PMSS / an		2% PMSS / an		4% PMSS / an	
	Vaccins prescrits remboursés Ss	100% BR		100% BR		100% BR	
	Vaccins prescrits et non remboursés	1,5% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an	
	Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge	2% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an	
	Matériel médical, produits et dispositifs (hors auditif) [2]						
	Prothèse capillaire prise en charge Ss	100% BR		200% BR		300% BR	
	Prothèse mammaire prise en charge Ss	100% BR		200% BR		300% BR	
	Semelle orthopédique	100% BR		200% BR		300% BR	
	Petits appareillages et produits	100% BR		200% BR		300% BR	
	Autres appareillages et produits	100% BR		200% BR		300% BR	
	Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait	
Aides auditives	Cures thermales acceptées et forfait hébergement						
	Cure + Forfait frais d'hébergement	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS	
	Cures thermales avec hospitalisation	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS	
	Equipement 100% Santé (Equipement de Classe I)						
	Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Aides auditives	Assuré > 20 ans						
	Equipement libre (Equipement de Classe II)						
	Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	100% BR		150% BR		190% BR	
	Assuré > 20 ans	100% BR		150% BR		190% BR	
Entretien / réparation / Piles et autres consommables		100% BR		100% BR		100% BR	

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
 FR : Frais réels engagés par l'assuré
 LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale
 PLV : Prix limite de Vente
 HLF : Honoraire Limite de Facturation
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

Abréviations

PMSS
 (2021) 3 428 €

CCN ECLAT (1518)						
Base		Option 1		Option 2		
Prestations ss déduct° de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct° de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct° de la Séc. Sociale **		
DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	
GARANTIES*						
Optique	Équipement optique 100% Santé (Classe A) Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente) Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV
	Équipement Libre (Classe B)					
	Monture					
	Adulte	80 €		100 €		100 €
	Enfant	60 €		85 €		100 €
	Verres adultes					
	Verre simple	40 €		120 €		130 €
	Verre complexe	90 €		220 €		230 €
	Verre très complexe	150 €		250 €		260 €
	Verres enfants					
	Verre simple	40 €		80 €		90 €
	Verre complexe	90 €		180 €		190 €
	Verre très complexe	90 €		180 €		190 €
	Prestations supplémentaires (équipement classe A ou B)					
	Prestation d'adaptation (verres classe A)	100% BR		100% BR		100% BR
	Prestation d'adaptation (verres classe B)	100% BR		100% BR		100% BR
	Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR		100% BR		100% BR
	Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR		100% BR		100% BR
	Lentilles					
	Remboursées par la Ss	100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 5% PMSS / an
	Refusées par la Ss	Néant		3% PMSS / an		5% PMSS / an
	Chirurgie réfractive	10% PMSS / œil		22% PMSS / œil		35% PMSS / œil
Dentaire	Soins et prothèses 100% Santé	100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF
	Inlay core					
	Autres soins prothétiques et prothèses dentaires					
	Prothèses panier maîtrisé					
	Inlay / Onlay	125% BR dans la limite des HLF		150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF
	Inlay core	150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF		200% BR dans la limite des HLF
	Prothèse Incisive / Canine / 1ère Prémolaire (max 3 / an) [3]	275% BR dans la limite des HLF		350% BR dans la limite des HLF		450% BR dans la limite des HLF
	Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3 / an) [3]	200% BR dans la limite des HLF		250% BR dans la limite des HLF		350% BR dans la limite des HLF
	Prothèses panier libre					
	Inlay / Onlay	125% BR		150% BR		175% BR
	Inlay core	150% BR		175% BR		200% BR
	Prothèse Incisive / Canine / 1ère Prémolaire (max 3 / an) [3]	275% BR		350% BR		450% BR
	Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3 / an) [3]	200% BR		250% BR		350% BR
	Soins dentaires					
	Soins dentaires	100% BR		100% BR		100% BR
	Autres actes dentaires					
	Parodontologie remboursée Ss	150% BR		150% BR		150% BR
	Parodontologie non remboursée Ss	Néant		Néant		Néant
	Orthodontie acceptée Ss	200% BR		250% BR		300% BR
	Orthodontie non prise en charge Ss	Néant		Néant		Néant
	Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/benef.) [4]	2% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation
	Implantologie					
	Implant + pilier dentaire (maxi 2 tous les 3 ans/benef.) [4]	8% PMSS / Implant + pilier		10% PMSS / Implant + pilier		12% PMSS / Implant + pilier
Actes Divers	Ostéodensitométrie prescrite et prise en charge Ss	100% BR + 13 € / an		100% BR + 25 € / an		100% BR + 38 € / an
	Ostéodensitométrie prescrite et non prise en charge Ss	Néant		25 € / an		50 € / an
	Diététicien	25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)
	Médecines douces reconnues par les annuaires professionnels de praticiens et non remboursées par la Sécurité sociale (Ostéopathe / Etiopathe / Chiropracteur / Psychologue / Psychomotricien / Acupuncteur, Podologue)	25 € / séance (max 2 / an)		35 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 5 / an)
	Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	25 €/an		35 € / an		50 € / an
	Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR		100% BR		100% BR

* La grille sera adaptée pour ce qui est du Régime Local sans modifications des niveaux de remboursements présents dans le tableau à l'exception du forfait journalier hospitalier en hôpital ou clinique qui est remboursé à hauteur de 20 euros [valeur 2021] et en établissement psychiatrique à hauteur de 15 euros [valeur 2021]

** Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Pour les prestations en euros, les montants forfaitaires sont remboursés dans la limite des frais réellement acquittés par l'assuré.

[1] Prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[2] Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale

[3] Limité à 3 prothèses par an par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR (Couronnes, bridges et inter de bridge/Couronnes sur implant/Prothèses dentaires amovibles ou fixes /Réparation sur prothèses.)

[4] La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.