

Avenant n° 57 du 23 septembre 2021
à la convention collective nationale du 16 juillet 2003
relatif au régime de prévoyance et frais de santé

NOR : ASET2151057M

IDCC : 2336

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

HEXOPEE ;

SOLIHA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Depuis l'arrêté de fusion administré du 1^{er} août 2019, publié au *JO* le 23 août 2019, rattachant la CCN des personnels PACT ARIM à celle des FSJT, de nombreux textes ont été conclus dans le cadre des travaux d'harmonisation des dispositions conventionnelles au niveau de la branche. Ainsi, conformément aux engagements pris dans l'accord de méthode relatif à la négociation collective du 28 novembre 2019, après la conclusion de plusieurs textes comme celui du changement de l'intitulé de la CCN de rattachement devenant la CCN habitat et logement accompagnés (HLA), les partenaires sociaux ont ouvert des négociations relatives à la mise en place des régimes communs prévoyance et frais de santé pour ladite branche.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux de la branche HLA 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 nouvelle branche. Dans ce cadre, conformément aux dispositions légales, la branche a instauré des garanties prévoyance et frais de santé présentant un degré élevé de solidarité, qui comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

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.

Le présent avenant a ainsi pour objet la mise en place du premier régime commun de prévoyance et de frais de santé à destination des entreprises et des salariés FSJT et des PACT-ARIM relevant de la branche HLA.

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 structures relevant de la CCN HLA.

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 dans la mesure où les dispositions relatives à la prévoyance et aux frais de santé ont vocation à s'appliquer dans toutes les structures relevant de la CCN HLA.

Article 2 | Objet

Cet avenant modifie les chapitres 17, 18 et les articles 13.3 et 13.6 de la CCN HLA. Il supprime et se substitue aux dispositions suivantes :

- l'article 4 intitulé « degrés élevé de solidarité » de l'avenant n° 48 du 10 juillet 2018 relatif aux régimes de prévoyance et frais de santé de la CCN HLA ;
- l'avenant n° 2 du 14 décembre 1990 relatif au régime de la prévoyance obligatoire et l'ensemble de ses avenants modificatifs conclus postérieurement de la CCN des personnels des PACT ARIM ;
- l'accord du 30 septembre 2014 relatif aux garanties collectives frais médicaux et l'ensemble de ses avenants modificatifs conclus postérieurement de la CCN des personnels des PACT ARIM ;
- l'article 16 et 20 *bis* de la CCN des personnels des PACT ARIM.

Article 3 | Régime de prévoyance. Bénéficiaires

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

Cet article modifie l'article 17.1 de la CCN HLA comme suit :

L'article 17.1 intitulé « bénéficiaires » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 17.1 | Bénéficiaires

Chaque salarié embauché dans un organisme entrant dans le champ d'application de la présente convention sera inscrit, dès son entrée en fonction, à un régime de prévoyance dans les conditions stipulées dans les articles ci-après.

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

Pour la mise en œuvre de la couverture de prévoyance complémentaire instituée par la présente convention collective, 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.

L'indemnisation pour une période donnée est due au salarié, à condition qu'il soit pris en charge pour cette période ou pour cet acte donné par les organismes de la sécurité sociale. Cette condition n'est pas nécessaire pour le versement du capital décès et des rentes éducation et pour les garanties arrêt de travail concernant les salariés n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale. »

Article 4 | Garantie décès, invalidité permanente et absolue

L'article 17.2 intitulé « Garantie décès, invalidité permanente et absolue » est remplacé comme suit :

« Article 17.2 | Garantie décès, invalidité permanente et absolue

Un capital sera versé en une seule fois :

- au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le salarié, en cas de décès de celui-ci ;
- au salarié, en cas d'invalidité permanente et absolue (Invalidité de troisième catégorie reconnue par la sécurité sociale).

La base de calcul de ce capital est fixée sur la base du salaire de référence défini à l'article 17.11 de la CCN HLA. La part de ce capital reversée au(x) bénéficiaire(s) se fait à raison de :

200 % du salaire de référence pour le salarié, marié, en concubinage ou pacsé, célibataire, veuf ou divorcé.

À défaut de désignation de bénéficiaire, le capital sera versé :

- en premier lieu, au conjoint tel que défini dans le présent avenant ;
- ensuite, et par parts égales entre eux, aux enfants du salarié, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, nés ou à naître, vivants ou représentés, et à défaut à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendants directs, par parts égales entre eux, à ses parents survivants, et, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- enfin à défaut de tous les susnommés, le capital garanti est versé aux héritiers selon les règles successorales.

Article 5 | Allocation obsèques et rente éducation

L'article 17.3 intitulé « Allocation obsèques » est remplacé comme suit :

« Article 17.3 | Allocation obsèques et rente éducation

Article 17.3.1 | Allocation obsèques

En cas de décès de son conjoint ou de l'un de ses enfants à charge de 12 ans et plus, il est versé au salarié une allocation forfaitaire égale à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale. Pour les enfants à charge de moins de 12 ans, l'allocation est limitée aux frais réels.

En cas de décès du salarié, l'allocation est versée à la personne justifiant avoir exposé les frais d'obsèques.

Article 17.3.2 | Rente éducation

En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité permanente absolue de l'assuré (3^e catégorie de la sécurité sociale), il est versé au profit de chacun des enfants à charge au moment du décès ou de la mise en invalidité permanente absolue :

- une rente fixée à 15 % du salaire annuel de référence tranche 1 et 2 limité à 4 Pass jusqu'au 18^e anniversaire ;
- une rente fixée à 15 % du salaire annuel de référence tranche 1 et 2 limité à 4 Pass jusqu'au 26^e anniversaire s'il est toujours à charge au sens de l'article 17.3.3.

Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 15 % du $Smic \times 1,05$ par mois.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant n'est plus à charge au sens de l'article 17.3.3.

Article 17.3.3 | Définition du conjoint et des enfants à charge

Pour le bénéfice des prestations,

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 (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ou non divorcé(e) par un jugement définitif ;
- 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 ;
- 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 enfant à charge :

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employé dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;

- la rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du salarié est reconnu en invalidité 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 d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte mobilité inclusion (CMI) mention "invalidité".

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation.

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

Article 6 | Incapacité temporaire totale pour maladie, accident du travail et maladie professionnelle

L'article 17.4 intitulé « Incapacité temporaire totale pour maladie, accident du travail et maladie professionnelle » de la CCN HLA est remplacé comme suit :

« Article 17.4 | Incapacité temporaire totale pour maladie, accident du travail et maladie professionnelle

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 ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, ou en présence d'un arrêt de travail 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 la sécurité sociale et pour ce cas après avis du médecin conseil de l'organisme assureur, il sera versé par l'organisme assureur une prestation brute dont le montant, 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 indemnisé par la sécurité sociale) et l'éventuel maintien de salaire versé par l'employeur, est égal à : 78 % du salaire brut de référence.

Cette indemnité journalière de prévoyance est versée à compter du 61^e jour d'arrêt continu ou discontinu. Cette garantie vient en complément et relais de l'obligation maintien de salaire à la charge de l'employeur définie au sein de la CCN.

Les prestations cessent d'être versées lors de la survenance du premier des événements ci-après :

- lorsque le salarié ne perçoit plus les indemnités journalières de sécurité sociale ;
- dès que le salarié reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique au plus tard au 1 095^e jour d'indemnisation ;
- et en tout état de cause :
 - à la veille de la date à laquelle le salarié est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle) ;
 - à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi retraite)

Pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la sécurité sociale, il leur sera versé des indemnités journa-

lières calculées selon les pourcentages définis ci-dessus à partir d'une reconstitution théorique des garanties de la sécurité sociale. »

Article 7 | Invalidité permanente totale ou partielle et incapacité permanente professionnelle

L'article 17.5 intitulé « Invalidité permanente totale ou partielle et incapacité permanente professionnelle » est remplacé comme suit :

« Article 17.5 | Invalidité permanente totale ou partielle et incapacité permanente professionnelle

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 de l'organisme assureur, ou en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP) au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles sera versé par l'organisme assureur une rente dont le montant est fixé en fonction du niveau d'invalidité ou IPP attribué, y compris la prestation de la sécurité sociale, brutes de prélèvements sociaux) 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, comme suit :

- au titre d'une classification en 1^e : 46 % du salaire brut de référence ;
- au titre d'une classification en 2^e ou 3^e catégorie, ou d'une IPP égale ou supérieure à 66 % : 78 % du salaire brut de référence ;
- IPP dont le taux est compris entre 33 et 66 % : $RX3N/2$: R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2^e catégorie et N : le taux d'incapacité déterminé par la sécurité sociale.

Le salarié reprenant une activité à temps partiel rémunérée et reconnue en invalidité partielle par la sécurité sociale ou, pour les salariés non indemnisés (ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la sécurité sociale) reconnus par le médecin contrôleur de l'organisme assureur du régime, continuent à percevoir une rente d'invalidité complémentaire du régime de prévoyance, à condition que la rémunération totale perçue par lui (salaire, rente sécurité sociale, rente complémentaire prévoyance) soit au plus égale au salaire net revalorisé précédant l'arrêt de travail.

Article 8 | Exonération de la cotisation décès

L'article 17.8 intitulé « Exonération de la cotisation décès » est remplacé comme suit :

« Article 17.8 | Exonération de la cotisation décès

Les cotisations (part patronale/part salariale) attachés aux garanties décès, ne sont plus dues pour les périodes d'arrêt de travail indemnisées au titre du régime de prévoyance pour le risque incapacité ou invalidité (articles 17.4 et 17.5).

L'exonération des cotisations décès cesse en cas de reprise de travail à temps partiel ou complet du salarié : les cotisations sont alors assises sur les rémunérations brutes effectivement perçues du fait de l'activité complète ou réduite. »

Article 9 | Indexation des indemnités et rentes

L'article 17.9 intitulé « Indexation des indemnités et rentes » est remplacé comme suit :

« Article 17.9 | Indexation des indemnités et rentes

Les indemnités et rentes versées au titre des articles 17.4 et 17.5 ci-dessus sont revalorisées sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite Agirc-Arrco constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation. »

Article 10 | Taux de cotisation pour le régime de prévoyance

L'article 17.10 intitulé « Taux de cotisation pour le régime de prévoyance » est remplacé comme suit :

« Article 17.10 | Taux de cotisation pour le régime de prévoyance

Pour le financement des garanties prévoyance prévues dans le présent avenant, les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous, avec une participation employeur à hauteur de 65 % et une participation salariale à hauteur de 35 % de la cotisation globale.

Le détail de la ventilation par risque sera indiqué dans les pièces contractuelles d'adhésion.

Non cadres	Employeur		Salarié		Total	
Garanties	T1	T2 (limitée à 4 Pass)	T1	T2 (limitée à 4 Pass)	T1	T2 (limitée à 4 Pass)
Total	1,32 %	1,32 %	0,70 %	0,70 %	2,02 %	2,02 %

Cadres	Employeur		Salarié		Total	
Garanties	T1	T2 (limitée à 4 Pass)	T1	T2 (limitée à 4 Pass)	T1	T2 (limitée à 4 Pass)
Total	1,50 %	2,48 %	0,71 %	1,32 %	2,21 %	3,80 %

Article 11 | Salaire de référence

L'article 17.11 intitulé « Définition du salaire » est remplacé comme suit :

« Article 17.11 | Salaire de référence

Article 17.11.1 | Salaire de référence. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont assises sur la rémunération brute perçue par le salarié dès son embauche.

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes de chaque salarié, soumises à cotisations de sécurité sociale au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des plafonds suivants :

- 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.

Ce salaire de référence comprend le salaire brut de base complété des rémunérations variables supplémentaires notamment versement de primes) perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des avantages en nature et indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite).

Pour les salariés en suspension du contrat de travail rémunéré bénéficiant d'un maintien de garanties dans les cas prévus par le présent avenant, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'exonération de la cotisation décès.

Ainsi :

- pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.), le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties ;
- pour les salariés en arrêt de travail, l'assiette des cotisations comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujetti aux charges sociales.

Article 17.11.2 | Salaire de référence. Assiette de calcul des prestations

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

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés, soumises à cotisations de Sécurité sociale (au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) et déclarées au cours des douze (12) mois précédant l'événement, dans la limite des plafonds suivants :

- 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.

Pour le seul maintien de salaire (garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et IPP) des salariés non indemnisés par la sécurité sociale, dès lors que 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 de sécurité sociale.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'événement n'est pas complète pour les autres garanties, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est reconstitué au *pro rata temporis*.

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.), le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties.

Article 11 | Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance

L'article 17.13 intitulé « Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance » est remplacé comme suit :

« Article 17.12 | Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance »

Le régime de prévoyance est administré par la commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance telle que prévue à l'article 2.4 de la présente convention. »

Article 12 | Organismes assureurs recommandés « Risque décès et arrêt de travail »

L'article 17.14 intitulé « Organisme gestionnaire "Risque décès et arrêt de travail" » est remplacé comme suit :

« Article 17.13 | Organismes assureurs recommandés "Risque décès et arrêt de travail" »

Les partenaires sociaux recommandent les organismes assureurs recommandés ci-après mentionnés :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre d'AG2R La Mondiale et du GIE AG2R, 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris, SIREN 333 232 270 ;
- 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 ;
- 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.

Pour la rente éducation définie dans le présent avenant :

L'OCIRP, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du 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 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.

Article 13 | Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

L'article 17.15 intitulé « Révision des conditions de mutualisation et de recommandation » est remplacé comme suit :

« Article 17.14 | Révision des conditions de mutualisation et de recommandation »

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen des conditions de mutualisation des garanties du présent texte 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 14 | *Date d'effet du régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail*

L'article 17.16 intitulé « Date d'effet du régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail » est remplacé comme suit :

« Article 17.15 | *Date d'effet du régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail*

Le régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail prend effet au 1^{er} janvier 2022. Il est conclu pour une durée indéterminée. »

Article 15 | *Maintien des garanties*

L'article 17.17 intitulé « Maintien de l'assurance décès en cas de congés spéciaux » est remplacé comme suit :

« Article 17.16 | *Maintien des garanties en cas de suspension ou rupture du contrat de travail*

Article 17.16.1 | Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail sans rémunération, notamment en cas de congé parental à temps complet, de congé de présence parentale, de congé sans solde, de congé sabbatique, de congé pour création d'entreprise, les garanties complémentaires de prévoyance sont suspendues.

Article 17.16.2 | Suspension du contrat de travail indemnisée

La couverture des salariés est maintenue obligatoirement 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 d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- ou d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ou d'indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- ou d'un congé maternité ou paternité ou d'adoption ;
- ou d'un versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (en cas d'activité partielle, d'un congé de reclassement, de mobilité, etc.)

Dans une telle hypothèse, l'employeur versera une contribution calculée selon les règles applicables à ce salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié continuera à s'acquitter de sa propre part de cotisation. Toutefois, pour la garantie décès, l'article 17.8 de la CCN s'applique.

Article 17.16.3 | Portabilité

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 liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime de cette couverture, 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 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 en cas de reprise d'une activité professionnelle et 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.

Ce dispositif est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation 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.

Article 17.16.4 | cas des entreprises confrontées à une situation de redressement, liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde

Le contrat 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. »

Article 16 | Degré élevé de solidarité (DES)

L'article 17.18 intitulé « Fonds de solidarité de branche » est remplacé comme suit :

« Article 17.17 | Degré élevé de solidarité (DES)

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la CCN HLA met en place un degré élevé de solidarité des garanties prévoyance, qui comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

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.

La mise en œuvre de ce DES sera définie par les partenaires sociaux et formalisée au cours du dernier trimestre 2021, notamment via une contractualisation avec les organismes assureurs recommandés.

Les salariés dont l'employeur adhère au régime de branche via l'un des assureurs recommandés bénéficieront des actions financées sur le fonds du degré élevé de solidarité.

Les salariés dont l'employeur n'adhère pas au régime conventionnel bénéficieront également de ces actions. L'employeur veillera dans ce cas au respect du financement et des actions spécifiques du régime conventionnel auprès de son organisme assureur. »

Article 17 | Régime frais de santé. Bénéficiaires

L'article 18.1 intitulé « Bénéficiaires du régime de prévoyance "frais de santé" » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.1 | Bénéficiaires du régime "frais de santé" »

18.1.1 | Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime frais de santé bénéficie à titre collectif à l'ensemble des salariés de la branche HLA 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 texte et par les dispositions légales et réglementaires.

Les bénéficiaires du présent régime ont droit à un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale lorsque celle-ci intervient, conformément aux niveaux de garanties prévus par le tableau des garanties annexé au présent avenant.

18.1.2 | Cas de dérogation au caractère obligatoire

L'adhésion des salariés visés à l'article 18.1.1 au régime est obligatoire.

Toutefois, les parties signataires du présent avenant entendent permettre aux entreprises de la branche de mettre en œuvre les dispenses d'affiliation prévues par les dispositions légales et réglementaires.

Ces dispenses ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du régime de remboursement de frais de santé, au profit :

- des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés en couple travaillant dans la même entreprise ont la possibilité pour l'un des deux membres du couple de s'affilier en tant qu'ayant droit de l'autre ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais de santé ;
- les salariés à temps partiel auprès d'un seul employeur et apprentis, dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- à condition d'en justifier chaque année, des salariés bénéficiaires par ailleurs, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant-droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.

Dans tous les cas, ces salariés doivent formuler leur demande de dispense d'affiliation par écrit.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogations au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent avenant, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi. »

Article 18 | Nature des garanties

L'article 18.2 intitulé « Nature des garanties » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.2 | Nature des garanties

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, joint en annexe du présent avenant, est établi sous réserve des évolutions légales et/ou réglementaires liées aux réformes des contrats responsables 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.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte. »

Article 19 | Garantie familiale dite socle base

L'article 18.3 intitulé « Garantie familiale » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.3 | Garantie familiale obligatoire dite socle base

La garantie "frais de santé" est de nature familiale en ce sens qu'elle bénéficie à l'ensemble des salariés et de leurs familles (conjoint ou concubin ou pacsé et enfants à charge, même si le conjoint n'est pas salarié du même employeur).

Sont considérés comme à charge du salarié, les enfants à charge du participant ou de son conjoint, concubin ou de son partenaire de Pacs, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans (sans justificatif) ;
- âgés de moins de 26 ans et sur justificatif :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi,

- ou sont sous contrat d'apprentissage,
- ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA ou RSA jeune mensuel.

Les enfants sont considérés comme à charge quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité" prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs sont considérés comme à charge afin de bénéficier des dispositions des dispositions de l'article 18.13.

La cotisation de la garantie familiale dite socle base dont le taux est fixé à l'article 18.5 de la CCN est financée à hauteur de 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur. »

Article 20 | Régime optionnel

L'article 18.4 intitulé « Extension des garanties » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.4 | Régime optionnel

Il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche 2 "Régimes optionnels" qui viennent compléter le régime de base dit "Garantie familiale obligatoire dite socle". Les structures peuvent y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans la structure.

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, chaque employeur a le choix de souscrire, en lieu et place du régime socle, le régime dit option 1 (équivalent au socle complété de l'option 1) ou le régime option 2, (équivalent au socle complété de l'option 2) dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale. En fonction du choix opéré par l'employeur, ce dernier devra faire adhérer obligatoirement l'ensemble de ses salariés au régime obligatoire (socle ou option 1 ou option 2) souscrit.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, les modalités de choix de l'option laissées au salarié sont les suivantes :

- si l'employeur a souscrit la base à titre obligatoire, le salarié pourra choisir de souscrire l'option 1 ou 2 ;
- si l'employeur a souscrit l'option 1 à titre obligatoire, le salarié pourra choisir de souscrire l'option 2. »

Article 21 | Taux de cotisation pour le régime frais de santé

L'article 18.5 intitulé « Taux de cotisation pour le régime de prévoyance "frais de santé" » est remplacé comme suit :

« Article 18.5 | Taux de cotisation pour le régime de "frais de santé"

Cotisation TTC en % PMSS			
		Régime général	Régime local
Socle base	Famille obligatoire	2,48 %	1,43 %
	Famille obligatoire	3,02 %	1,74 %
	Famille facultative option 1 – Base	+ 1,00 %	+ 1,00 %

Cotisation TTC en % PMSS			
		Régime général	Régime local
Option 2	Famille obligatoire	3,47 %	2,00 %
	Famille facultative option 2 – Base	+ 2,01 %	+ 2,01 %
	Famille facultative option 2 – Option 1 obligatoire	+ 0,84 %	+ 0,84 %

Article 22 | *Envoi des dossiers au régime frais de santé*

L'article 18.6 intitulé « Envoi des dossiers au régime de prévoyance "frais de santé" et règlement » est annulé. Les articles qui suivent sont renumérotés en conséquence.

Article 23 | *Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance*

L'article 18.7 intitulé « Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.6 | *Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance*

Le régime de frais de santé est administré par la commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance telle que prévue à l'article 2.4 de la présente convention. »

Article 24 | *Organisme assureur recommandé et degré élevé de solidarité (DES)*

L'article 18.8 intitulé « Organisme gestionnaire recommandé "frais de santé" » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.7 | *Organisme assureur recommandé "frais de santé" et degré élevé de solidarité (DES)*

Article 18.7.1 | Organismes assureurs recommandés "Frais de santé"

Les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale de l'habitat et du logement accompagnés (HLA) du 16 juillet 2003 ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime, sauf cas de dispense prévus par le présent texte et celles prévues par les dispositions légales.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre d'AG2R La Mondiale et du GIE AG2R, 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris, SIREN 333 232 270 ;
- 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 ;
- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Article 18.7.2 | Degré élevé de solidarité

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la CCN HLA met en place un degré élevé de solidarité des garanties santé, qui comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

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.

La mise en œuvre de ce DES sera définie par les partenaires sociaux et formalisée au cours du dernier trimestre 2021, notamment via une contractualisation avec les organismes assureurs recommandés.

Les salariés dont l'employeur adhère au régime de branche via l'un des assureurs recommandés bénéficieront des actions financées sur le fonds du degré élevé de solidarité.

Les salariés dont l'employeur n'adhère pas au régime conventionnel bénéficieront également de ces actions. L'employeur veillera dans ce cas au respect du financement et des actions spécifiques du régime conventionnel auprès de son organisme assureur. »

Article 25 | Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

L'article 18.9 intitulé « Révision des conditions de mutualisation et de désignation » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.8 | Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen des conditions de mutualisation des garanties du présent texte 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 26 | Date d'effet du régime frais de santé

L'article 18.10 intitulé « Date d'effet du régime de prévoyance frais de santé » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.9 | Date d'effet du régime frais de santé

Le régime frais de santé prend effet au 1^{er} janvier 2022. Il est conclu pour une durée indéterminée. »

Article 27 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat

L'article 18.11 intitulé « Maintien de l'assurance en cas de congés spéciaux » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.10 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat

Article 18.10.1 | En cas d'absence non rémunérée ou non indemnisée

Lorsque son contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à un mois (notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, ou tout autre congé sans solde), le salarié peut demander auprès de l'organisme assureur recommandé à continuer de bénéficier du régime frais de santé pendant la durée de ce congé.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance lors de son départ en congé.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

Celle-ci est à la charge exclusive du salarié, sous réserve des dispositions suivantes :

- lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la cotisation du mois commencé est due dans les mêmes conditions que celle du personnel en activité ;
- lorsque le salarié termine son congé en cours de mois, la cotisation du mois commencé est due dans les mêmes conditions que celle du personnel en activité.

Le maintien de l'assurance prévu à cet article prend fin à la date de fin d'effet du congé ou de la rupture du contrat de travail du salarié.

Article 18.10.2 | En cas d'absence rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice des garanties est maintenu au salarié dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, congé de reclassement, etc.) ;
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers. »

Article 29 | *Portabilité et cas des salariés confrontés à une situation de sauvegarde, de redressement ou liquidation judiciaire*

L'article 18.12 intitulé « Contrat responsable » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.11 | *Portabilité et cas des salariés confrontés à une situation de procédure de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaire*

Les dispositions prévues par les articles 17.16.3 et 17.16.4 de la CCN HLA s'appliquent également dans le cadre du régime frais de santé défini par le présent avenant. »

Article 30 | *Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié*

L'article 18.13 intitulé « Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.12 | *Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié*

Les ayants droit se voient maintenir la garantie frais de santé pendant une durée d'un an (de date à date) à compter du jour du décès du salarié (ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité), et ceci sans contrepartie de cotisation.

Au-delà de cette durée, les ayants droit peuvent bénéficier du maintien de la couverture en aux conditions tarifaires prévues par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et avec des prestations identiques à celles définies au présent régime, à condition d'en faire la demande dans un délai de six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes. »

Article 31 | *Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés (loi Évin)*

L'article 18.14 intitulé « Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 18.13 | *Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés (loi Évin)*

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "loi Évin", la couverture frais de santé devra être maintenue par l'organisme assureur :

- 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 ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, à l'issue du maintien à titre gratuit de douze mois, prévu à l'article 18.13 du présent régime.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit des salariés décédés) 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.

Dans le cadre du régime mutualisé, les cotisations des bénéficiaires de l'article 4 de la "loi Évin" sont revus sous réserve de respecter les dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017. »

Article 32 | *Maintien de salaire en cas d'arrêt maladie*

Cet article remplace l'article 13.3 « Prise en charge du congé maladie » de la CCN comme suit :

« Article 13.3 | *Maintien de salaire en cas d'arrêt maladie*

En cas d'arrêt maladie du salarié reconnu par la sécurité sociale, un maintien du salaire net devra être opéré par l'employeur, selon les conditions suivantes, après expiration de la période d'essai :

- pour les salariés de moins de 1 an d'ancienneté : garantie du maintien de salaire net à compter du 1^{er} jour et ce pendant 30 jours consécutifs ou non ;
- pour les salariés de plus d'1 an d'ancienneté et au-delà : garantie du maintien de salaire net à compter du 1^{er} jour et ce pendant 60 jours consécutifs ou non.

Pour le calcul des jours et du versement du maintien de salaire, la période de référence est celle des 12 mois précédant le point de départ de l'arrêt de travail.

À compter du 61^e jour, le régime de prévoyance intervient en complément et en relais de ce maintien conformément aux dispositions prévues par le chapitre XVII de la CCN HLA.

L'employeur assure le paiement des indemnités (indemnités journalières de sécurité sociale et indemnités journalières de prévoyance) suivant la même périodicité que le salaire. Dans ce cas, l'employeur est subrogé dans les droits du salarié concernant les remboursements des prestations versées par les différents organismes assureurs.

Ces dispositions s'appliquent en tenant compte des règles légales en matière d'obligation de maintien de salaire par l'employeur. »

Article 33 | *Maintien de salaire en cas d'accident du travail. Maladie professionnelle*

Cet article remplace l'article 13.6 « Accident du travail. Maladie professionnelle » de la CCN comme suit :

« Article 13.6 | *Maintien de salaire en cas d'accident du travail. Maladie professionnelle*

En cas d'arrêt de travail dû à un accident du travail ou une maladie professionnelle reconnus par la sécurité sociale, les salariés bénéficient, sans condition d'ancienneté, du maintien de salaire net opéré par l'employeur ci-après défini :

À compter du 1^{er} jour et ce pendant 60 jours consécutifs ou non.

Pour le calcul des jours et le versement du maintien de salaire, la période de référence est celle des 12 mois précédant le point de départ de l'arrêt de travail.

À compter du 61^e jour, le régime de prévoyance intervient en complément et en relais de ce maintien conformément aux dispositions prévues par le chapitre XVII de la CCN HLA.

L'employeur assure le paiement des indemnités (indemnités journalières de sécurité sociale et indemnités journalières de prévoyance) suivant la même périodicité que le salaire. Dans ce cas, l'employeur est subrogé dans les droits du salarié concernant les remboursements des prestations versées par les différents organismes assureurs.

Ces dispositions s'appliquent en tenant compte des règles légales en matière d'obligation de maintien de salaire par l'employeur. »

Article 34 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022.

Article 35 | *Dispositions diverses*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur ainsi que d'une demande d'extension en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Article 36 | *Révision et dénonciation*

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à 2261-12 du code du travail.

Fait à Paris, le 23 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Tableau des garanties prévoyance

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence ⁽¹⁾ tranches 1 et 2 (limitée à 4 PASS) ⁽²⁾

	Prestations
CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA)	
Capital décès (ou IPA) toutes causes Quelle que soit la situation familiale de l'assuré	200 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽²⁾
Allocation Obsèques ⁽³⁾ En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge ⁽³⁾⁽⁵⁾	100 % du PMSS ⁽⁴⁾
RENTE D'EDUCATION	
Rente annuelle temporaire d'éducation Par enfant à charge au moment du décès jusqu'à 18 ans ou 26 ans s'il est toujours à charge et si poursuite d'études ⁽⁵⁾	15 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽²⁾ avec un minimum de 15 % du SMIC X 1,05 par mois par enfant à charge
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la sécurité sociale ou reconstituées
Franchise continue ou discontinue	Si l'assuré à une ancienneté supérieure ou égale à 12 mois : les prestations sont versées en relais et complément du maintien du salaire après une franchise de 60 jours continus ou discontinus Si l'assuré à une ancienneté inférieure à 12 mois : les prestations sont versées à partir 61 ^{ème} jour
Indemnité journalière complémentaire	78 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁶⁾
INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	Sous déduction des prestations brutes versées par la sécurité sociale ou reconstituées
Rente d'invalidité de 1^{ère} catégorie	46 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁶⁾
Rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	78 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁶⁾
Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % (inclus) et 66 %	Le montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2 ^{ème} catégorie est affecté du coefficient 3N/2 ⁽⁶⁾ (N : taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale)

(1) Le salaire de référence est défini à l'article 17.11

(2) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française

(3) La garantie est limitée aux frais réels pour les enfants de moins de 12 ans et les personnes vulnérables citées à l'article L132-3 du code des assurances.

(4) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du sinistre

(5) Selon la définition des enfants à charge indiquée à l'article 17.3.3

(6) Le total des prestations cumulées ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité.

Tableau des garanties frais de santé

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient.
 Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.
 Dans le tableau ci-dessous, la Base conventionnelle est incluse dans les Option 1 et Option 2

	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION 1 (sous déduction de la base conventionnelle)		OPTION 2 (sous déduction de la base conventionnelle)	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
HOSPITALISATION ⁽¹⁾						
Frais de séjour						
En établissement conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
En établissement non conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾						
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, d’anesthésie, actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Autres honoraires remboursés par la Sécurité Sociale	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	
Chambre particulière – Secteur conventionné ⁽³⁾						
Par nuitée	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Frais d’accompagnement ⁽³⁾	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
TRANSPORTS						
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Généralistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Spécialistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, acte médicaux techniques	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes d’imagerie médicale, Actes d’échographie	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Analyse et examens de laboratoire						
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR		100 % BR		150 % BR	
Sage-femme	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Médicaments						
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Traitement anti-tabac prescrit pris en charge	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	-		-		3 % PMSS	
Matériel médical (hors aide auditive et optique)						
Appareillage et prothèses médicales pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		260 % BR	

Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur
Cures thermales	100 % BR	100 % BR	10 % PMSS
AUDIOLOGIE Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Equipement 100 % santé** (Equipement de Classe I****)			
Par bénéficiaire	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Equipement libre (Equipement de Classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale		
Par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière) (4)			
Equipement 100 % santé** (Classe A)***	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
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)			
Prestation d'adaptation (verres classe A)			
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)			
Equipement Libre (Classe B)***			
Monture			
Bénéficiaires de 16 ans et +	100 €	100 €	100 €
Bénéficiaires de moins de 16 ans	60 €	80 €	100 €
Verre ⁽⁵⁾ pour les bénéficiaires de 16 ans et +			
Verre simple	75 €	100 €	125 €
Verre complexe	140 €	165 €	200 €
Verre très complexe	160 €	200 €	250 €
Verre ⁽⁶⁾ pour les bénéficiaires de moins de 16 ans			
Verre simple	55 €	65 €	75 €
Verre complexe	100 €	110 €	120 €
Verre très complexe	120 €	130 €	140 €
Prestations supplémentaires ***			
Prestation d'adaptation (verres classe B)	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Supplément pour verres avec filtre (verres de classe B)	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Autres suppléments ⁽⁶⁾ pour verres de classe A ou B	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Lentilles			
Remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 7,5 % PMSS	100 % BR + 10 % PMSS
Non remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS	7,5 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie réfractive	-	-	13 % PMSS par œil

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs modérés, remboursées par la Sécurité Sociale			
Inlay-onlay, Inlay core	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse incisive / Canine / 1ère prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs libres, remboursées par la Sécurité sociale			
Inlay / Onlay, Inlay core	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse incisive / Canine / 1ère prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	226 € / acte	276 € / acte	326 € / acte
Soins dentaires	280 % BR	280 % BR	280 % BR
Autres actes dentaires			
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	86 € / acte	86 € / acte	86 € / acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	406 € / semestre	406 € / semestre	406 € / semestre
Implantologie			
Implant dentaire	452 € / implant	617 € / implant	800 € / implant
DIVERS			
Ostéodensitométrie prescrite et remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prime de naissance	-	-	10 % PMSS / enfant
Diététicien enfant < 12 ans	-	30 € / an	30 € / an
Dépistage ostéoporose entre 45 et 59 ans	-	50 € / an	50 € / an
Médecine préventive (ostéopathe / Etiopathe / chiropracteur / Psychothérapeute / Acupuncteur)	30 € par séance (max 4 / an)	50 € par séance (max 4 / an)	60 € par séance (max 5 / an)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
FR = Frais réels
PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale
PLV = Prix Limite de Vente
HLF = Honoraires Limites de Facturation

* DPTM = Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

*** Liste A : Equipements respectant les conditions du 100% santé/ Liste B Autres équipements que le 100% santé

**** Liste I : Equipements respectant les conditions du 100% santé ; liste II Autres équipements

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Institution sous réserve du respect des périodicités de renouvellement.

La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par

l'Institution depuis le 1er janvier 2018. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement

s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La justification de cette évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

(5) Verre simple

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(5) Verre complexe

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(5) Verre très complexe

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries.

⁽⁶⁾ Suppléments pour verres de classe A ou B (prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques)