

**Avenant du 22 novembre 2021**

à l'accord du 17 novembre 2016  
relatif aux régimes frais de santé et prévoyance

NOR : ASET2151271M

IDCC : 1316

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

**HEXOPEE ;**

**FFTV,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CGT ;**

**CFDT ;**

**CFE-CGC ;**

**SNEPAT FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les partenaires sociaux négociateurs de la convention collective nationale du tourisme social et familial ont lancé la procédure de mise en concurrence suite à la fin de la période quinquennale de recommandation de l'accord du 17 novembre 2016.

Cet accord révisé l'accord de branche précité et ses différents avenants auxquels il se substitue.

Les partenaires sociaux rappellent que le choix de l'assureur est libre, mais ils invitent les entreprises adhérentes à privilégier l'un des organismes assureurs recommandés et mentionnés à l'article 6 du présent accord, afin d'assurer un meilleur pilotage du régime de branche.

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

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime « frais de santé » ainsi qu'un régime de prévoyance obligatoire couvrant les risques suivants tels que mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe : décès, incapacité temporaire ou totale de travail, invalidité et incapacité permanente.

Les dispositions de l'accord sont applicables à l'ensemble des entreprises relevant de la convention collective nationale du tourisme social et familial, telles que définies à l'article premier de ladite convention collective.

## **Article 2 | Organismes assureurs recommandés en santé**

La procédure de mise en concurrence, respectant l'ensemble des critères réglementaires, a permis à la commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) de recommander à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, trois organismes assureurs, pour une durée maximale de cinq ans.

La commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) a recommandé les organismes assureurs suivants :

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, ayant son siège social 21, rue Laffitte, 75009 Paris, numéro Siren 775 691 181 ;
- Harmonie Mutuelle, groupe VYV, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, et ayant son siège social au 143, rue Blomet, 75015 Paris.  
Le groupe VYV, union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le n° 532 661 832, siège social : 33, avenue du Maine, BP, 75755 Paris Cedex 15, enregistrée à l'ORIAS sous le n° 18001564 en tant que mandataire d'assurance de la mutuelle assureur Harmonie Mutuelle assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale ;
- Umanens, union de groupe mutualiste régie par le code de la mutualité et soumise au livre I, Siren n° 800 533 499, siège social : 40, boulevard Richard-Lenoir, 75011 Paris, composée de :
  - la Mutuelle Familiale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, Siren n° 784 442 915, siège social : 52, rue d'Hauteville, 75010 Paris, assureur à hauteur de 1/3 du risque, apériteur, gestionnaire et distributeur ;
  - Identités Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, SIREN n° 379 655 541, siège social : 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris, assureur à hauteur de 1/3 du risque et distributeur ;
  - l'UMG Mutualia, union de mutuelles du livre I du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le n° 823 416 359, siège social : 19, rue de Paris, 93013 Bobigny Cedex, assureur à hauteur de 1/3 du risque et distributeur, composée de :
    - Mutualia Grand Ouest (MGO), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 401 285 309, siège social : parc d'activité de Laroiseau, 6, rue Anita-Conti, CS 82320, 56008 Vannes Cedex, assureur à 1/9 du risque et distributeur ;
    - Mutualia Alliance Santé (MAS), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN : 403 596 265, siège social : 1, rue André-Gatoux, 62024 Arras Cedex, assureur à 1/9 du risque et distributeur ;
    - Mutualia Territoires Solidaires (MTS), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN : 449 571 256, siège social : 75, avenue Gabriel-Péri, 38400 Saint-Martin-d'Hères, assureur à 1/9 du risque et distributeur.

## **Article 3 | Régime frais de santé**

### **3.1. Prestations**

Le régime de complémentaire santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats « responsables », en application des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Sont pris en compte dans le cadre du présent régime les garanties définies dans les tableaux figurant en annexe et en tout état de cause l'ensemble des actes et pathologies pris en charge par la sécurité sociale. Seules sont exclues les dépenses de soins ou interventions non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties. Le service des prestations est par ailleurs conditionné au respect des dispositions légales en termes de prescription.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaire ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés, le cas échéant dans les plafonds fixés par la réglementation.

Toute entreprise adhérente a la faculté d'améliorer tout ou partie des garanties définies ci-dessus en souscrivant des contrats complémentaires frais de santé par accord d'entreprise ou par décision unilatérale après consultation des institutions représentatives du personnel lorsqu'elles existent.

Les tableaux de garanties figurant en annexe de l'accord sont définis sous réserve des dispositions légales et réglementaires pouvant intervenir à la suite de sa conclusion.

Dans ce cas, les niveaux de garanties et/ou les taux de cotisation seront modifiés par accord entre la commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) et les organismes recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront respecter les mêmes niveaux de garanties minimales.

### 3.2. Couverture

L'adhésion au régime frais de santé est obligatoire et s'applique dès le jour de l'embauche pour l'ensemble des salariés pour les frais de santé à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article 3.2.1 du présent accord qui ont demandé une dispense d'adhésion.

La couverture « frais de santé » obligatoire vise le salarié et ses enfants dans le cadre d'un contrat santé de type « famille hors conjoint ».

Sont donc couverts :

- le salarié ;
- ses enfants à charge.

Sont considérés à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacs) dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 21<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, et sous condition soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, 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 demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;

- d’être employés dans un établissement et service d’aide par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- par assimilation sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c’est-à-dire ceux de l’ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin(e) ou du partenaire lié par un Pacs de l’assuré qui ont vécu au foyer jusqu’au moment du décès et si l’autre parent n’est pas tenu au versement d’une pension alimentaire ;
- le conjoint, concubin, partenaire lié par un Pacs de l’assuré, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par l’assuré.

Sont considérés comme conjoint de l’assuré :

- le conjoint de l’assuré légalement marié, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu’elle est transcrite à l’état civil), non divorcé ;
- le partenaire lié à l’assuré par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec l’assuré. Conformément à l’article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

### 3.2.1. Caractère obligatoire de l’adhésion et cas de dispense d’affiliation pour la couverture « frais de santé »

L’adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire à l’exception des salariés visés à l’article 3.2.2 du présent accord.

Cependant, les salariés peuvent demander à être dispensés d’adhésion au contrat « frais de santé » dans les cas prévus par la réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée supérieure à 3 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au système de garanties les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d’une couverture complémentaire en application de l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés bénéficiaires d’un contrat individuel de frais de santé lors de la mise en place ou du régime ou de leur embauche si elle est postérieure, jusqu’à l’échéance annuelle du contrat ;
- les salariés bénéficiant, en qualité d’ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d’un autre emploi, d’une couverture collective obligatoire de remboursement de frais de santé remplissant les conditions de l’article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit à la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;
- et d’une manière générale, dans les cas de dispenses prévues à l’article D. 911-2 du code de la sécurité sociale.

Cette faculté est ouverte, dans le cadre de la réglementation en vigueur, sous réserve d’en faire la demande écrite auprès de l’employeur, accompagnée des pièces ou attestations justi-

fiant du fait qu'ils sont couverts par ailleurs par un contrat dit « responsable » au sens de la réglementation et mentionnant la date d'échéance de leur couverture individuelle.

La demande doit être formulée soit au moment de l'embauche soit à la date à laquelle prennent effet les couvertures des salariés bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire (la CSS ayant remplacé la CMU-C ou de l'ACS) ainsi que pour les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire d'un dispositif prévu par l'article D. 911-2.

La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

La demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle les salariés ont été préalablement informés par l'employeur des conséquences de leur choix.

### **3.2.2. Versement santé**

Salariés embauchés pour une durée inférieure ou égale à 3 mois ou pour une durée hebdomadaire inférieure ou égale à 15 heures.

Les salariés embauchés pour une durée égale ou inférieure à 3 mois et les salariés dont la durée du travail est inférieure ou égale à 15 heures de travail par semaine bénéficient, sous réserve de fournir les documents mentionnés à l'article 3.2.1 et d'avoir souscrit individuellement à un contrat dit « responsable », pour la couverture « frais de santé », du versement du montant prévu à l'article D. 911-8 du code de sécurité sociale (« chèque santé »).

Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une complémentaire santé solidaire (CSS), d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

### **3.3. Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989**

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, suivant l'expiration du maintien au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou le décès du participant.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande. Le maintien des garanties est proposé dans le respect de l'encadrement tarifaire prévu par le décret du 21 mars 2017.

### **3.4. Maintien des garanties frais de santé en cas de suspension du contrat de travail**

Les garanties frais de santé sont maintenues aux salariés en cas de suspension du contrat de travail, aux conditions prévues par l'article 6.2 commun aux garanties santé et prévoyance.

### **3.5. Montants des cotisations pour les garanties « frais de santé »**

#### **3.5.1. Structure de la cotisation**

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « Famille hors conjoint » qui couvre le salarié et ses enfants à charge.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leur conjoint tel que définis par le contrat d'assurance souscrit avec les organismes assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime complémentaire santé.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative du conjoint ainsi que les éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

### **3.5.2. Assiette de la cotisation**

Les cotisations sont structurées de la manière suivante :

- famille hors conjoint : salarié et ses éventuels enfants à charge ;
- conjoint : conjoint, concubin ou partenaire de Pacs du salarié.

La rémunération mensuelle brute correspond au salaire soumis à charges au sens de la sécurité sociale.

Le financement du régime frais de santé est assuré par le versement de cotisations mensuelles exprimées comme indiqué ci-dessous :

#### ■ Régime « Base » :

- pour partie en pourcentage des tranches de rémunération brute 1 et 2 plafonnée à 4 plafonds annuels de sécurité sociale (PASS), soumises à cotisations ;
- et pour une autre partie en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

#### ■ Régime « Surcomplémentaire » à adhésion obligatoire :

- pour une partie en pourcentage des tranches de rémunération brute 1 et 2 plafonnée à 4 PASS, soumises à cotisations ;
- et pour une autre partie en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité ;

#### ■ Régime « Surcomplémentaire » à adhésion facultative :

- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité ;

Extension facultative au conjoint, concubin ou partenaire de Pacs :

- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

### **3.5.3. Taux et répartition des cotisations**

L'employeur participe à hauteur de 60 % des cotisations mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise ; le salarié complète à hauteur de 40 % de ces mêmes cotisations.

*(Voir page suivante.)*

Cotisations mensuelles – Régime « Base »		
Structure de cotisations	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Famille hors conjoint (adhésion obligatoire)		
Base	2,36 % T1/T2 <sup>[1]</sup> + 0,32 % PMSS <sup>[2]</sup>	1,65 % T1/T2 <sup>[1]</sup> + 0,22 % PMSS <sup>[2]</sup>
Conjoint (adhésion facultative)		
Base	1,46 % PMSS <sup>[2]</sup>	1,02 % PMSS <sup>[2]</sup>
<p>[1] Les tranches de rémunération 1 et 2 sont définies comme suit :</p> <p>– tranche 1 ou T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;</p> <p>– tranche 2 ou T2 :</p> <p>Pour les salariés cadres et non-cadres : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale ;</p> <p>[2] Plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif pour l'année 2021 : 3 428 euros).</p>		

### 3.5.4. Régime surcomplémentaire

Cotisations mensuelles – Régime « Surcomplémentaire » à adhésion obligatoire		
Structures de cotisations	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Famille hors conjoint (adhésion obligatoire)		
Surcomplémentaire	2,42 % T1/T2 <sup>[1]</sup> + 0,96 % PMSS <sup>[2]</sup>	1,82 % T1/T2 <sup>[1]</sup> + 0,72 % PMSS <sup>[2]</sup>
Conjoint (adhésion facultative)		
Surcomplémentaire	1,96 % PMSS <sup>[2]</sup>	1,47 % PMSS <sup>[2]</sup>
<p>[1] Les tranches de rémunération 1 et 2 sont définies comme suit :</p> <p>– tranche 1 ou T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;</p> <p>– tranche 2 ou T2 :</p> <p>Pour les salariés cadres et non-cadres : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale.</p> <p>[2] Plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif pour l'année 2021 : 3 428 euros).</p>		

Cotisations mensuelles – Régime « Surcomplémentaire » adhésion facultative <sup>[1]</sup>		
Structures de cotisations	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Famille hors conjoint (adhésion facultative)		
Surcomplémentaire	+ 0,80 % PMSS <sup>[2]</sup>	+ 0,80 % PMSS <sup>[2]</sup>
Conjoint (adhésion facultative)		
Surcomplémentaire	+ 0,66 % PMSS <sup>[2]</sup>	+ 0,66 % PMSS <sup>[2]</sup>
<p>[1] Les cotisations s'entendent en complément des cotisations afférentes au niveau de couverture du régime « Base ».</p> <p>[2] Plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif pour l'année 2021 : 3 428 euros).</p>		

## Article 4 | Organismes assureurs recommandés en prévoyance

La procédure de mise en concurrence, respectant l'ensemble des critères réglementaires, a permis à la commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) de recommander à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, quatre organismes assureurs, pour une durée maximale de 5 ans.

La commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) a recommandé les organismes assureurs suivants :

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, siège social : 21, rue Laffitte, 75009 Paris, n° SIREN 775 691 181 ;



- 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 de SIREN 333 232 270 et dont le siège est situé 14-16, boulevard Malherbes, 75018 Paris ;
- Mutex, société anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le code des assurances, siège social : 140, avenue de la République, CS 30007, 92327 Châtillon Cedex ;
- OCIRP (organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le l'article L. 931-2 du code de la sécurité sociale, ayant son siège social 17, rue de Marignan, 75008 Paris, assureur des garanties rente d'éducation, rente de conjoint substitutive et de la garantie handicap, dont elle délègue la gestion.

## **Article 5 | Description du régime de prévoyance**

### **5.1. Bénéficiaires**

Le bénéfice des garanties de prévoyance énumérées à l'article premier du présent accord est ouvert au profit des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du tourisme social et familial.

Les salariés cadres s'entendent aux termes du présent régime comme le personnel répondant aux définitions des cadres résultant de l'application des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Les salariés non-cadres s'entendent aux termes du présent régime comme le personnel ne répondant pas aux définitions des cadres résultant de l'application des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

### **5.2. Condition d'ancienneté**

Le personnel non-cadre justifiant de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie des garanties décès, incapacité temporaire totale de travail, invalidité et incapacité permanente.

Pour la détermination de l'ancienneté dans l'entreprise, il y a lieu de comptabiliser les périodes de travail effectives et les congés et absences mentionnés à l'article 38 de la convention collective nationale du tourisme social et familial.

Conformément aux dispositions prévues en matière de prévoyance obligatoire pour les salariés cadres (articles 2.1 ou 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017), l'ensemble du personnel cadre est couvert dès le premier jour d'embauche.

### **5.3. Définition du conjoint et des enfants à charge**

#### **5.3.1. Définition du conjoint**

Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) et à défaut le concubin :

- le conjoint de l'assuré légalement marié, non-séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), non divorcé ;
- ou à défaut, le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- ou à défaut, le concubin de l'assuré au sens de l'article 515-8 du code civil. Le concubin et l'assuré doivent tous les deux être célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement. Ils doivent prouver une période de deux ans de vie commune et que leur domicile fiscal est le même.



### 5.3.2. Définition des enfants à charge

Sont considérés à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacs) dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 21<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, et sous condition soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, 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 demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin(e) ou du partenaire lié par un Pacs de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

## 5.4. Garanties

Les garanties de prévoyance cadres et non-cadres doivent prévoir des garanties au moins équivalentes à celles figurant dans le tableau joint en annexe.

### 5.4.1. Revalorisation des prestations périodiques

En cours de vie du présent contrat, la revalorisation des prestations périodiques en cours de service est effectuée, en fonction :

- de l'indice fixé par le conseil d'administration de l'OCIRP annuellement, pour les rentes d'éducation, de conjoint substitutive et handicap ;
- de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco pour les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle.

### 5.4.2. Conséquences de la résiliation des contrats d'assurance relatifs au régime

En cas de résiliation du contrat d'assurance, notamment à la suite du changement d'organisme assureur du régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité, ou à la suite de la dénonciation de l'accord collectif de branche instituant ledit régime, l'organisme assureur est tenu d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date de la résiliation du contrat.

Les revalorisations futures des rentes en cours de service seront poursuivies, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, elles seront à la charge du nouvel assureur.

La garantie décès sera maintenue pour les bénéficiaires des rentes d'incapacité de travail et d'invalidité, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, à la charge de l'an-

cien assureur. Les revalorisations futures des bases de calcul du capital décès seront à la charge du nouvel assureur.

En l'absence d'organisme assureur reprenneur, les revalorisations futures des rentes en cours de service et des bases de calcul du capital décès sont prises en charge par le dernier organisme assureur de l'entreprise.

## 5.5. Taux de cotisation et répartition

L'employeur participe à hauteur de 60 % des cotisations mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise ; le salarié à hauteur de 40 % des mêmes cotisations pour les non-cadres.

Les partenaires sociaux précisent que les salariés cadres et assimilés cadres bénéficient d'une participation employeur de 96 % sur la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de sécurité sociale, et non pas de 60 %, dans l'objectif de respecter les dispositions légales applicables.

Les taux de cotisations en fonction des risques sont les suivants :

Pour les non-cadres :

Garantie	Cotisation contractuelle	
	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
Décès (ou IAD) toutes causes		
Frais d'obsèques	0,31 %	0,31 %
Double effet		
Rente d'éducation	0,18 %	0,18 %
Rente de conjoint		
Garantie handicap	0,03 %	0,03 %
Incapacité temporaire	0,60 %	0,60 %
Incapacité permanente	1,03 %	1,03 %
<b>Total</b>	<b>2,15 %</b>	<b>2,15 %</b>

Pour les salariés cadres :

Garantie	Cotisation contractuelle	
	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
Décès (ou IAD) toutes causes		
Frais d'obsèques	0,94 %	0,92 %
Double effet		
Rente d'éducation	0,18 %	0,18 %
Rente de conjoint		
Garantie handicap	0,03 %	0,03 %
Incapacité temporaire	0,42 %	1,25 %
Incapacité permanente	0,83 %	2,00 %
<b>Total</b>	<b>2,40 %</b>	<b>4,38 %</b>

Les tranches de rémunération 1 et 2 sont définies comme suit :

- tranche 1 ou T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche 2 ou T2 :

Pour les salariés cadres et non-cadres : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

La participation de l'employeur doit respecter les dispositions de l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 telles que reprises dans l'ANI du 17 novembre 2017 pour les salariés cadres relevant des articles 2.1 et 2.2 de cet accord, et intégrer le financement du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

## **Article 6 | *Maintien des garanties frais de santé et prévoyance***

### **6.1. Au titre de la portabilité**

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime frais de santé et du régime prévoyance 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. Lorsque les contrats de travail sont consécutifs chez ce même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail ; ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- 2.** Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- 3.** Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 4.** L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

### **6.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

Le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle, ils bénéficient :

- d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires, rente d'invalidité d'incapacité permanente professionnelle, 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 (mutuelle, institution de prévoyance).

L'employeur doit continuer à verser la même contribution patronale que pour les salariés actifs et le salarié continue également à acquitter sa propre part de cotisation.

Cependant, l'employeur est exonéré du paiement des cotisations (tant patronale que salariale) afférentes aux garanties décès et arrêt de travail, dès lors que l'assuré est en incapacité temporaire de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle et perçoit à ce titre des prestations versées par l'organisme assureur.

Pour les salariés bénéficiant d'un revenu de remplacement, qu'ils soient en activité partielle, en activité partielle de longue durée (APLD) ou en congé rémunéré (reclassement, mobilité...), les garanties sont maintenues moyennant le paiement de la cotisation.

Lorsque celle-ci est calculée en fonction de la rémunération, il est précisé que la base de calcul inclut le montant de l'indemnité versée au titre de l'activité partielle.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (congé parental d'éducation, congé de formation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé sabbatique, création d'entreprise, etc.), les salariés ne bénéficient pas du maintien du régime de prévoyance. Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). La cotisation afférente aux garanties « prévoyance » est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

## **Article 7 | Degré élevé de solidarité régimes prévoyance et frais de santé**

Conformément aux dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, 2 % des cotisations hors taxe frais de santé et prévoyance sont consacrés à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche.

Ces 2 % du degré élevé de solidarité sont assis sur le montant total :

- des cotisations du régime complémentaire de base et du régime surcomplémentaire éventuellement choisi par l'entreprise, que les contrats soient instaurés à titre obligatoire ou à titre facultatif ;
- des cotisations prévoyance prévues à l'article 5.5 du présent accord.

Les conditions et la nature de ces actions seront déterminées par la commission paritaire nationale de prévoyance et devront être mises en œuvre par toutes les entreprises relevant du champ d'application de la CCN, quel que soit leur organisme assureur.

## **Article 8 | Adhésion des entreprises en cas de modification de la situation juridique**

En cas de modification de la situation juridique d'une entreprise adhérente entraînant l'application des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail, il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à l'organisme assureur gestionnaire.

Le terme de l'adhésion intervient alors à la date d'effet du transfert des contrats de travail.

Si le nouvel employeur, à l'issue d'une opération de restructuration d'entreprise prévue à l'article L. 1224-1 du code du travail, ne relève pas du champ d'application de la convention collective nationale du tourisme social et familial, il peut adhérer au présent régime pour le personnel transféré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-14 du code du travail. Son adhésion prend effet à la date du transfert des contrats de travail et se termine au plus tard à l'expiration du délai précisé à l'article L. 2261-14 du code du travail.

## **Article 9 | Suivi du régime**

Le régime frais de santé et le régime de prévoyance sont administrés par la commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP).

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission paritaire nationale de prévoyance.

La CPNP observera la mise en œuvre de cet accord et fera notamment un focus sur l'application du chèque santé.

Les conditions de suivi technique des régimes sont précisées par les dispositions du protocole technique et financier.

Sur le fondement de modifications réglementaires ou législatives ou en vue de maintenir l'équilibre financier du régime les garanties et les cotisations de présent régime ne peuvent être modifiés qu'en accord avec la commission paritaire nationale de prévoyance et après la présentation des comptes pas les organismes assureurs.

## **Article 10 | Entreprises de moins de 50 salariés**

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du tourisme social et familial, quel que soit leur effectif.

En conséquence, le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Ainsi, dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 11 | Effet et durée**

Le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans et prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Les entreprises devront se mettre en conformité avec les dispositions du présent accord.

## **Article 12 | Formalités et publicité**

Cet accord fera l'objet des formalités de dépôt prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que les formalités nécessaires à son extension.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions légales. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Les partenaires sociaux peuvent se réunir dans les 3 mois suivant la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution. L'accord peut être conclu, y compris avant l'expiration du délai de préavis de 3 mois.

*Fait à Paris, le 22 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

### Tableau des garanties santé

Les prestations s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats responsables », par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale et à l'ensemble de ses textes d'application.

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de sécurité sociale, les contrats collectifs souscrits par les entreprises seront mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux, à la date d'effet de la notification de modification adressée aux entreprises sauf si ces dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

*(Voir page suivante.)*

Les remboursements indiqués s'entendent y compris 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 et de :

	Base	Surcomplémentaire (y compris Base)
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup> en établissement conventionné ou non</b>		
Frais de séjour		
- En établissement conventionné	100 % BR	100 % FR
- En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR
Honoraires		
- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup> - Non remboursé par la SS	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière <sup>(3)</sup> y compris maternité - Non remboursée par la SS - Par nuitée ou par jour	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant <sup>(3)</sup> - Non remboursé par la SS Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - Par nuitée	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
<b>DENTAIRE auprès d'un professionnel</b>		
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ ** »	Sans reste à payer <sup>(5)</sup>	Sans reste à payer <sup>(5)</sup>
SOINS		
- Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
- Parodontologie non remboursée par la SS - par an et par bénéficiaire	-	100 € / an



	Base	Surcomplémentaire (y compris Base)
<b>DENTAIRE auprès d'un professionnel - Suite</b>		
<b>PROTHÈSES AUTRES QUE « 100 % SANTÉ »</b>		
- Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
- Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par la SS (couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)) - par acte, limité à 3 actes par an et par bénéficiaire	-	120 €
- Inlay/onlay remboursés par la SS	125 % BR	280 % BR
<b>IMPLANTOLOGIE</b> – Par implant ; maximum 3 implants / an / bénéficiaire	300 €	400 €
<b>ORTHODONTIE</b> – Remboursée par la SS - par semestre de traitement et par bénéficiaire	230 % BR	300 % BR
<b>OPTIQUE <sup>(7)</sup> - Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres)</b>		
<b>ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ ** » - Classe A***</b>	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>
<b>ÉQUIPEMENT AUTRE QUE « 100 % SANTÉ »</b>		
- Par verre simple - Par bénéficiaire *****	70 €	90 €
- Par verre complexe - Par bénéficiaire *****	150 €	180 €
- Par verre très complexe - Par bénéficiaire *****	200 €	250 €
- Par monture de lunettes - Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	70 €	90 €
- Par monture de lunettes - Par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	50 €	70 €
<b>PRESTATION D'ADAPTATION DES VERRES DE CLASSE A OU B PAR L'OPTICIEN</b>	100% BR	100% BR
<b>SUPPLÉMENTS POUR LES ÉQUIPEMENTS DE CLASSE B <sup>(8)</sup></b>	100% BR	100% BR
<b>LENTILLES</b>		
- Lentilles prescrites remboursées par la SS - Par an et par bénéficiaire	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
- Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS - Par an et par bénéficiaire	100 €	150 €
<b>CHIRURGIE OPTIQUE RÉFRACTIVE</b> – Par œil / an / bénéficiaire	-	300 €

	Base	Surcomplémentaire (y compris Base)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ ** » - Classe I****	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>
ÉQUIPEMENT AUTRE QUE « 100 % SANTÉ » - Classe II**** Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la SS	100 % BR	100 % BR + 300 € par oreille et par bénéficiaire
<b>SOINS COURANTS - Auprès d'un professionnel conventionné ou non</b>		
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>		
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste :		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	180 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste :		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	180 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> – Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	100 % BR	150 % BR
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>		
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	210 % BR
<b>FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE</b> - Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100 % BR	150 % BR

	Base	Surcomplémentaire (y compris Base)
<b>SOINS COURANTS - Suite</b>		
<b>CURES THERMALES</b>		
- Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	100 % BR	100 % BR
- Forfait transport et hébergement thermal - Forfait global annuel pour cures thermales prises en charge par la SS - Par an et par bénéficiaire	-	100 €
<b>MÉDICAMENTS</b> - Remboursés par la SS	100 % BR	100 % BR
<b>MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION</b> Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
- Médecine douce (Ostéopathe, homéopathe, chiropracteur) – Par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	25 €	35 €

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2021 : 3 428 €).

\* 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](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous. \*\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. \*\*\* 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. \*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité. (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) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. (4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier. (5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis par la réglementation du 100% santé. (6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis par la réglementation du 100% santé. (7) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. (8) Prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques.

## Tableau des garanties prévoyance

Pour les salariés « non-cadres » :

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches 1 et 2 (1)

	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)		
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré célibataire, veuf, divorcé (CVD)	200 %	200 %
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré marié, pacsé, en concubinage	200 %	200 %
Capital supplémentaire : double effet Exprimé en % du capital décès (ou IAD) toutes causes	100 %	100 %
Capital supplémentaire : frais d'obsèques (2) En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans (4)	105 % PMSS (3)	105 % PMSS (3)
RENTE D'ÉDUCATION		
Rente annuelle temporaire d'éducation Par enfant âgé de moins de 18 ans	13 %	13 %
Rente annuelle temporaire d'éducation Par enfant âgé de 18 à 25 ans (sous condition de poursuite d'études notamment)	13 %	13 %
Rente d'éducation supplémentaire (majoration) Exprimé en % de la rente annuelle temporaire d'éducation Par famille pour les orphelins des deux parents	100 %	100 %
Le montant de la rente d'éducation servie par enfant ne peut être inférieur à 2 000 € par an.		
RENTE DE CONJOINT		
Rente substitutive En cas de décès d'un assuré marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	7 % sur 5 ans	7 % sur 5 ans
Le montant de la rente substitutive de conjoint ne peut être inférieur à 1 000 € par an.		
GARANTIE HANDICAP		
Rente mensuelle viagère Par enfant handicapé	500 €	
Capital supplémentaire en cas de décès de l'assuré Par enfant handicapé	6 000 €	
INCAPACITE TEMPORAIRE		
Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française		
Franchise En nombre de jours discontinus	90 Jours	90 Jours
Indemnité journalière complémentaire	80 %	80%
INVALIDITE PERMANENTE		
Sous déduction de la rente d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale française		
Rente d'invalidité 1re catégorie de la Sécurité sociale française	48 %	48 %
Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % « N » est le taux d'incapacité permanente professionnelle	80 % T1 x (3N/2)	80 % T2 x (3N/2)
Rente d'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale française ou incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	80 %	80 %

(1) 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.

(2) Ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

(3) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française.

(4) Voir la définition des enfants à charge figurant à l'article 5.3 du présent accord.

Pour les salariés « cadres » :

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches 1 et 2 (1)

	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)		
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré célibataire, veuf, divorcé (CVD)	200 %	200 %
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré marié, pacsé, en concubinage	200 %	200 %
Capital supplémentaire : double effet Exprimé en % du capital décès (ou IAD) toutes causes	100 %	100 %
Capital supplémentaire : frais d'obsèques (2) En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans (4)	105 % PMSS (3)	105 % PMSS (3)
RENTE D'ÉDUCATION		
Rente annuelle temporaire d'éducation Par enfant âgé de moins de 18 ans	13 %	13 %
Rente annuelle temporaire d'éducation Par enfant âgé de 18 à 25 ans (sous condition de poursuite d'études notamment)	13 %	13 %
Rente d'éducation supplémentaire (majoration) Exprimé en % de la rente annuelle temporaire d'éducation Par famille pour les orphelins des deux parents	100 %	100 %
Le montant de la rente d'éducation servie par enfant ne peut être inférieur à 2 000 € par an.		
RENTE DE CONJOINT		
Rente substitutive En cas de décès d'un assuré marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	7 % sur 5 ans	7 % sur 5 ans
Le montant de la rente substitutive de conjoint ne peut être inférieur à 1 000 € par an.		
GARANTIE HANDICAP		
Rente mensuelle viagère Par enfant handicapé	500 €	
Capital supplémentaire en cas de décès de l'assuré Par enfant handicapé	6 000 €	
INCAPACITE TEMPORAIRE		
Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française		
Franchise En nombre de jours discontinus	90 Jours	90 Jours
Indemnité journalière complémentaire	80 %	80%
INVALIDITE PERMANENTE		
Sous déduction de la rente d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale française		
Rente d'invalidité 1re catégorie de la Sécurité sociale française	48 %	48 %
Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % « N » est le taux d'incapacité permanente professionnelle	80 % T1 x (3N/2)	80 % T2 x (3N/2)
Rente d'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale française ou incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	80 %	80 %

(1) 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.

(2) Ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

(3) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française.

(4) Voir la définition des enfants à charge figurant à l'article 5.3 du présent accord.