

Brochure n° 3090 | Convention collective nationale

IDCC : 1527 | **IMMOBILIER**

(Administrateurs de biens, sociétés immobilières, agents immobiliers, etc.)

Avenant n° 91 du 11 avril 2022

relatif aux régimes prévoyance et remboursements de frais de santé

NOR : ASET2250604M

IDCC : 1527

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

FNAIM ;

SNPI ;

UNIS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Note explicative

1. Un régime de protection sociale complémentaire a été initialement mis en place dans la profession de l'immobilier par avenant n° 65 du 20 juillet 2015 à la convention collective nationale de l'immobilier du 9 septembre 1988.

Ensuite, le régime a été révisé à plusieurs reprises :

- avenant n° 65 *bis* qui s'est intégralement substitué à l'avenant 65 ;
- avenants n° 71, 78, 80 et 86 modifiant certaines clauses de l'avenant n° 65 *bis*.

Les partenaires sociaux ont aujourd'hui décidé d'apporter des modifications substantielles au régime. Plutôt que de formuler ces dispositifs complémentaires dans un avenant à l'avenant n° 65 *bis*, les parties ont préféré les intégrer dans le dispositif initial, ceci par souci d'intelligibilité des textes.

Par voie de conséquence, le texte ci-joint annule et remplace dans son intégralité le dispositif conventionnel issu de l'avenant n° 65 *bis*.

Préambule

1. L'objet du présent accord est relatif aux garanties collectives de prévoyance. Il révisé les dispositions préexistantes résultant de l'article 26 de la convention collective et de l'annexe III

en déclinant les modalités d'application. De ce fait, celles-ci sont entièrement remplacées par les dispositions ci-après, qui se substituent :

- d'une part à l'article 26 de la convention collective ;
- d'autre part à l'annexe III.

2. Le contenu de l'accord - en ce qui concerne aussi bien la nature des avantages que les instruments permettant de décliner l'objectif de solidarité que les partenaires sociaux entendent promouvoir dans la perspective d'un progrès social lui-même inspiré d'une optimisation de l'emploi - a été défini en considération de la situation de la branche en ce qui concerne aussi bien l'effectif moyen des entreprises, la structure et la nature des emplois, les conditions particulières de travail et la situation des entreprises au plan économique.

En conséquence, c'est au vu de ce contexte que seront, s'il y a lieu, interprétées les dispositions de cet accord, ce qui justifie que les différences liées à des sens différents donnés à tel ou tel article soient prioritairement soumises à la critique de la commission d'interprétation figurant dans le corps de la convention collective. Les normes conventionnelles se rapportant aux garanties collectives de prévoyance, objet du présent avenant, ont été convenues en fonction de ce contexte. L'évolution de celui-ci dans des conditions telles que l'économie en serait affectée justifiera donc l'ouverture de nouvelles négociations en vue de la révision du texte. Par ailleurs, cela justifie la coexistence – et la complémentarité – d'articles insérés dans le corps de la convention collective ayant pour finalité la définition des règles générales d'un côté, une annexe déclinant les modalités concrètes d'application du dispositif conventionnel, en particulier l'évaluation du montant des prestations, d'un autre côté.

Le contenu de cette annexe sera réexaminé tous les ans au vu des constats effectués par la commission paritaire de suivi.

Les dispositions ci-dessus n'ont pas, du fait de leur objet, à être intégrées dans le corps de la convention collective.

I. Article 26 « Régime de prévoyance et de remboursement de frais de santé »

L'article 26 de la convention collective dont le titre est « Régime de prévoyance et de remboursement de frais de santé » est modifié ainsi qu'il suit :

« 1. Objet de l'avenant n° 91

Les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale bénéficient de garanties collectives de prévoyance au sens de l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale couvrant les risques de prévoyance lourde à savoir le décès, l'incapacité temporaire, l'invalidité sous la forme de prestations en espèces ainsi qu'apportant des prestations en nature au titre des remboursements de frais engagés en cas de maladie ou d'accident.

2. Droits non contributifs

Les dispositions conventionnelles afférentes aux garanties collectives de prévoyance concrétisent un régime de protection sociale complémentaire en ce sens qu'en sus de la fixation de la nature et du niveau des prestations sont créés des droits non contributifs matérialisant un objectif de solidarité, une action sociale, une politique de prévention, ceci dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

3. Salariés concernés

Le régime mis en place est collectif en ce qu'il concerne les personnels de toutes les catégories.

Les VRP multi employeurs relèvent également du présent accord pour les frais de santé si tous leurs employeurs relèvent du champ d'application de la présente convention collective.

Dans le cas contraire, les VRP multi employeurs choisissent s'ils entendent bénéficier ou non du régime défini par le présent accord à condition de pouvoir relever à cette même date d'un autre régime assurant une couverture complémentaire obligatoire en matière de remboursement des frais de santé. À défaut ils relèvent du présent accord.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu bénéficient du régime dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (par exemple : indemnité d'activité partielle), ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur.

Dans tout autre cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues mais les salariés peuvent décider de maintenir le bénéfice du régime dès lors qu'ils acquittent la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale) sur la base du salaire qu'ils percevaient avant la suspension.

Les mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la Sécurité sociale peuvent bénéficier du régime.

Les ayants droits du participant bénéficient de la garantie remboursement frais de santé.

Il est rappelé que les employeurs doivent respecter les dispositions de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres (c'est-à-dire les salariés visés aux articles 2.1 et 2.2 de cet accord).

4. Cas de dispense

Le régime frais de santé est obligatoire en ce qu'il concerne tous les salariés, sous réserve des cas de dispense mis en œuvre à la seule initiative des salariés concernés et qui remplissent l'une des conditions suivantes.

Ainsi et par exception, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, les salariés ont la faculté de refuser leur affiliation à la couverture frais de santé, s'ils peuvent se prévaloir d'un des cas de dispense d'affiliation prévu par les textes en vigueur.

Actuellement, les cas de dispense prévus par ces textes et applicables au présent régime sont :

- 1) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition d'en justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 3) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

Les salariés qui souhaitent se prévaloir des cas de dispense 1, 2 et 3, doivent formuler leur demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les trente jours qui suivent la mise en place du régime, leur embauche ou leur passage à temps partiel.

- 4) Les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) (art. L. 861-1 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.

5) 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 de l'un ou l'autre des dispositifs suivants, prévu par l'arrêté ministériel du 26 mars 2012 :

- dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

6) Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés qui souhaitent se prévaloir des cas de dispense 4, 5 et 6, doivent formuler leur demande par écrit, auprès de leur employeur, au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées.

7) Les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois, sous réserve de justifier d'une couverture complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable.

Les salariés qui souhaitent se prévaloir du cas de dispense 7, doivent formuler leur demande par écrit au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties.

Selon les cas, les salariés doivent produire tous les ans au plus tard le 1^{er} février, les informations nécessaires justifiant de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs en matière de remboursements de frais de santé répondant aux conditions ci-dessus précisées.

La demande de dispense d'adhésion, réalisée au travers d'un formulaire spécifique, est le résultat d'une demande éclairée du salarié qui doit avoir été clairement informé de ses droits et obligations au titre du présent régime et notamment du fait qu'en n'adhérant pas au régime collectif et obligatoire en vigueur au sein de la branche de l'immobilier, il ne peut pas bénéficier :

- de l'avantage résultant de la cotisation patronale finançant ledit régime et du régime social et fiscal qui y est attaché sauf à pouvoir bénéficier du versement santé prévu par l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
- du maintien de la garantie dans les conditions définies par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;

- de la possibilité de contracter à titre individuel la même garantie avec une cotisation dont le tarif respecte le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, en cas d'invalidité, de départ à la retraite, de chômage indemnisé au-delà de la période couverte par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et aux ayants-droits des salariés décédés en activité pendant un an.

En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser au régime :

- s'ils ne formulent pas leur demande de dispense d'affiliation dans les délais et conditions prévus au présent article ;
- s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés selon la situation.

Les ayants droit du salarié ont la faculté de refuser leur affiliation à la couverture frais de santé pour les mêmes motifs et dans les mêmes conditions que les salariés.

5. Assiette des cotisations et répartition employeur-salarié

Les contributions nécessaires à l'alimentation des prestations contractuelles ainsi qu'aux droits non contributifs conventionnellement définis ci-après sont fixées en pourcentage du salaire avec des taux différents, s'agissant de la couverture incapacité, invalidité, pour le salaire limité au plafond sécurité sociale et pour l'excédent, ceci du fait que les prestations du régime général ne sont assises, s'agissant de la maladie, que sur le salaire dans la limite du plafond sécurité sociale. S'agissant de la couverture complémentaire santé, elle est fixée en euros de manière forfaitaire, le montant tenant compte de la composition de la famille.

La cotisation totale est répartie à raison de 55 % pour la part patronale et 45 % pour la part salariale.

6. Mise en œuvre des garanties dans l'entreprise

6.1.1. Les entreprises doivent tout mettre en œuvre pour que soit respectée pleinement l'exigence d'application intégrale du dispositif conventionnel. À cet effet, le contrat d'assurance devra expressément faire référence à l'article 26 de la convention collective et à l'annexe qui s'y rapporte. En particulier, il respectera les droits non contributifs ainsi que la politique de prévention et l'action sociale liés à l'objectif de solidarité tels que définis par la convention collective.

Si la cotisation totale prévue par le contrat d'assurance est supérieure à celle figurant dans le texte de l'annexe pour des garanties strictement identiques, la part supplémentaire est entièrement due par l'employeur.

Si la cotisation totale prévue par le contrat est inférieure à celle figurant dans le texte de l'annexe, le montant en euros de la part patronale ne pourra être inférieure à celui prévu par le présent régime.

6.1.2. Les entreprises ayant mis en place des garanties de prévoyance et de remboursement de frais de santé antérieurement à l'entrée en vigueur du présent texte doivent les adapter pour les rendre au moins égales.

Pour apprécier la notion de garanties égales, la comparaison se fait :

- globalement sur l'ensemble des salariés ;
- séparément pour les garanties décès, incapacité/invalidité, prestations en nature ;
- pour les prestations en nature, la comparaison s'effectue sur chaque type de remboursements.

6.2. Dispositions éventuellement plus favorables mises en place par l'entreprise

Les garanties collectives de prévoyance définies dans la présente convention constituent un avantage que toute entreprise entrant dans son champ d'application doit respecter, qu'il s'agisse de leurs aspects quantitatifs ou qualitatifs.

Le caractère plus favorable des garanties collectives mises en place dans une entreprise s'apprécie globalement sur l'ensemble des prestations mais séparément pour chaque garantie, à savoir décès, incapacité/invalidité, couverture santé.

La mise en place de garanties plus favorables suppose un acte écrit conforme aux exigences de l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale et dans lequel certaines clauses sont prohibées en vertu de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. Cet acte doit résulter soit d'un accord collectif conclu en vertu des articles L. 2221-1 du code du travail, soit d'un référendum, l'accord n'étant effectif qu'avec un vote favorable de 50 % des effectifs et pas seulement des votants, soit d'une décision unilatérale de l'employeur précédée de la consultation du comité social et économique.

L'acte fondateur de ces garanties détermine notamment le montant de la cotisation totale et sa répartition.

La quote-part salariale ne peut excéder celle prévue par le présent texte à identité de prestations.

7. Les litiges afférents au présent texte

Les litiges peuvent être soumis aux partenaires sociaux sans préjudice d'une action judiciaire que peuvent engager devant les tribunaux étatiques les salariés à titre individuel et les organisations signataires de la présente convention, individuellement ou collectivement.

8. Les modalités d'application : annexe III

Les modalités d'application du présent article sont déclinées dans une annexe à la présente convention (annexe III). Celle-ci en fait partie intégrante et ne saurait donc matérialiser un accord thématique autonome. La révision de son contenu est donc soumise aux règles définies à l'article 2 de la présente convention. Elle ne peut davantage être dénoncée de manière spécifique, notamment du fait de sa filiation au présent article. Ceci étant, eu égard à son objet, les partenaires sociaux pourront, en adapter le contenu au vu des études menées et des constats effectués par la commission paritaire de suivi du régime.

Par modalités d'application du dispositif né du présent article, il y a lieu d'entendre la fixation du niveau des prestations en espèces ou en nature, du montant de la cotisation globale des dispositifs concrets déclinant la politique de prévention, les instruments de l'action sociale, les droits non contributifs particuliers à la mise en œuvre de la solidarité, en direction d'une population d'actifs particuliers ou intergénérationnelle. C'est dans cette perspective qu'est conçu le dispositif de portabilité des droits conforme aux exigences de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale adapté à la situation de la branche pour contribuer à la sécurisation de l'emploi.

9. Commission paritaire de suivi du régime (CPS) – Règlement intérieur

Il est institué une commission paritaire de suivi du régime dont les modalités de fonctionnement sont précisées dans un règlement intérieur annexé à la convention collective.

Composition

La commission paritaire de suivi du régime est composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives dans la branche.

Chaque décision de la commission paritaire de suivi suppose un accord entre la délégation des organisations représentatives des salariés et la délégation patronale.

La commission paritaire de suivi désigne chaque année et en alternance, un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des organisations syndicales

représentatives de salariés, l'autre aux représentants des organisations patronales représentatives.

Missions

La commission paritaire de suivi a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de protection sociale complémentaire institué par le présent article :

- application et interprétation des dispositions conventionnelles ;
- instruire et trancher tout litige ou difficultés d'interprétations survenant dans l'application du régime et conciliation ;
- examen de toutes données économiques ou sociales se rapportant à la protection sociale au sein de la branche, contrôle des opérations administratives et financières ;
- propositions d'ajustements, d'aménagements et d'améliorations des dispositions du régime ;
- définition des orientations relatives à la politique d'action sociale. À cet effet, elle peut constituer un comité de gestion composé paritairement ;
- définition des orientations relatives à la politique de prévention ;
- définition des orientations relatives aux droits non contributifs propres à la mise en œuvre de la solidarité ;
- promotion du régime ;
- suivi de l'application de l'accord et de la conformité des contrats des entreprises.

10. Action sociale. Prévention. Droits non contributifs

Les entreprises doivent mettre en œuvre les mesures d'action sociale, la politique de prévention ainsi que les prestations à caractère non directement contributifs, telles que celles-ci sont définies par la commission paritaire de suivi et conformément aux orientations prises par cette dernière.

L'action sociale est concrétisée notamment par l'attribution d'une aide financière aux salariés de la branche au vu d'une situation exceptionnelle.

11. Action sociale. Prévention. Droits non contributifs : taux et assiette

Afin de financer les actions de prévention et l'action sociale, ainsi que les prestations à caractère non directement contributifs, est identifiée, à l'intérieur de la cotisation versée à l'organisme choisi par l'entreprise, une contribution égale à 2 % de la cotisation brute totale, conformément à l'article R. 912- 1 du code de la sécurité sociale. La commission paritaire de suivi peut être amenée à décider d'une quote-part plus spécifiquement affectée à l'un ou l'autre de ces trois domaines du degré élevé de solidarité. »

II. Annexe III « Régime de prévoyance et de remboursement de frais de santé »

Il est établi une annexe III à la convention collective dont les dispositions sont les suivantes :

« La présente annexe décline les modalités d'application des dispositions de l'article 26 de la convention collective, notamment en ce qui concerne la fixation du niveau des prestations en espèces ou en nature, du montant de la cotisation globale due, des dispositifs concrets déclinant la politique de prévention, les instruments de l'action sociale, les droits non contributifs particuliers à la mise en œuvre de la solidarité, en direction d'une population d'actifs particuliers ou intergénérationnelle.

1. Garanties incapacité de travail, invalidité, décès

1.1. Définitions

Traitement de base

Le traitement de base servant d'assiette au calcul des prestations de prévoyance est constitué de la rémunération brute servant d'assiette pour le calcul des cotisations de sécurité sociale perçues au cours des 12 mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail limitée aux tranches suivantes :

- tranche A / tranche 1 : fraction de la rémunération limitée au montant du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche B / tranche 2 : fraction de la rémunération supérieure au montant plafond annuel de la sécurité sociale et limitée à quatre fois ce même plafond.

Les primes, indemnités et rappels versés lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus du traitement de base.

Si ces 12 mois comportent une période de suspension du contrat de travail pendant laquelle le salarié a perçu un revenu de remplacement de la part de l'employeur (par exemple : indemnité d'activité partielle), ce revenu est intégré au calcul du traitement de base. Il est rappelé qu'un acte de droit du travail (par exemple : accord APLD – activité partielle de longue durée du 26 mai 2021) peut néanmoins prévoir d'utiliser, non pas le revenu de remplacement perçu, mais une reconstitution de la rémunération (moyenne des 12 derniers mois précédant la suspension).

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, sa rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes servant d'assiette pour le calcul des cotisations de sécurité sociale perçues au cours des mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail afin de reconstituer le traitement de base.

Il y a reconstitution du salaire en cas de maladie professionnelle ou non, d'accident du travail, de congé de maternité ou de paternité ou de congés payés sur les douze derniers mois.

Le traitement de base journalier correspond au traitement de base divisé par 365.

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date d'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du participant à la date de l'événement donnant lieu à prestation, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge ci-dessous.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du participant et ceux de son conjoint vivant sous le toit de l'assuré qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, s'ils sont mineurs ou quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte

d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale, ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 28 ans ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois, ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 60 % du Smic ;
- être à charge fiscalement du participant, c'est-à-dire :
 - soit être pris en compte pour une demi-part au moins d'après la dernière option exercée par le participant dans le calcul de l'impôt sur le revenu du participant payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
 - soit lorsqu'il s'agit d'étudiant bénéficiant de la sécurité sociale des étudiants et n'ayant pas choisi le rattachement au foyer fiscal, recevoir du participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable pour celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
 - les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils ont le statut d'étudiant et bénéficient à ce titre de la sécurité sociale des étudiants et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit du participant ou ne vivent pas sous le toit du participant, et ne sont pas fiscalement à charge au sens ci-dessus, mais reçoivent de celui-ci par décision de justice une pension alimentaire, venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
- l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du participant.

1.2. Garantie décès

Garantie décès « toutes causes »

En cas de décès du participant un capital égal à 80 % du traitement de base est versé aux bénéficiaires ci-après définis.

Le participant a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital.

Le participant peut, à tout moment, modifier la désignation du (ou des) bénéficiaire(s). Pour cela, il doit en faire la déclaration par pli recommandé avec avis de réception à l'organisme d'assurance et stipuler le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment, il devient alors bénéficiaire acceptant. Dans ces circonstances, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, sauf cas particuliers prévus par le code de la sécurité sociale, le code des assurances et le code civil.

Dans l'hypothèse où le(s) désigné(s) décède(nt) avant le participant, ou en l'absence de désignation par le participant, le capital sera, sauf stipulation contraire ou nouvelle désignation, attribué dans l'ordre de priorité ci-après :

- par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge fiscalement du participant ;
- à défaut, au conjoint ou au partenaire lié par un PACS ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis qui ne sont plus à charge fiscalement du participant, présent ou représentés ;

- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut par parts égales entre eux, aux autres ascendants vivants du participant ;
- à défaut de toute personne susnommée, aux héritiers du participant suivant la dévolution successorale.

Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

Le capital décès « toutes causes » peut être versé par anticipation au participant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.

Le participant est réputé atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- avoir reçu la notification par la sécurité sociale de son classement en troisième catégorie d'invalidité (invalides qui étant absolument incapables d'exercer une profession sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) ou en cas d'accident du travail de la reconnaissance d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

La date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la sécurité sociale. Lorsque le capital est versé par anticipation, l'adhérent ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès toutes causes.

Garantie double effet

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès du conjoint, simultané ou postérieur à celui du participant, à condition qu'il reste au moins un enfant du participant ou du conjoint, tel que défini au paragraphe 1.1 ci-dessus à charge du conjoint lors de son décès.

Le montant du capital double effet est égal au montant du capital décès. Il est versé par part égales aux enfants du participant, encore à charge lors du décès du conjoint, ou à leur tuteur.

Garantie obsèques

En cas de décès du participant, de son conjoint, d'un enfant à charge dans les conditions d'âge permises par la réglementation, il est prévu le versement d'une allocation égale à 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

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

1.3. Garantie incapacité de travail

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire et totale, le participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un accident ou d'une maladie, et bénéficie à ce titre du versement des indemnités journalières de la sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Le participant bénéficie d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale dans les conditions définies ci-après, en cas d'arrêt total temporaire de travail par suite de maladie ou d'accident, dès lors qu'il bénéficie des prestations en espèces prévues :

- à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (maladie et accident de droit commun) ou,

- l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail – indemnisation de l'incapacité temporaire).

Les indemnités journalières complémentaires sont versées en relais des obligations conventionnelles décrites à l'article 24 de la convention collective de branche de l'immobilier, c'est-à-dire une fois que la rémunération du participant n'est plus maintenue en application de cet article.

Pour les participants ne bénéficiant pas des obligations conventionnelles décrites à l'article 24 de la convention collective de branche de l'immobilier, les indemnités journalières complémentaires sont versées à compter du 180^e jour d'absence continu.

Le montant de l'indemnité journalière est de 60 % du traitement de base journalier, sous déduction des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le participant pendant la période d'arrêt total temporaire de travail ne peut pas dépasser 100 % du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

Le service des prestations cesse au plus tard :

- dès la fin du versement des prestations en espèces par la sécurité sociale ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale ;
- à la date de reprise du travail ;
- au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical de l'organisme assureur concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de contrôle médical ayant été rendu impossible du fait du participant à la demande de l'employeur ou de l'assureur.

Lorsque le montant des indemnités journalières brutes déjà perçues par le participant au titre de la sécurité sociale est supérieur à la garantie définie par le présent accord, l'organisme assureur, informe le participant des raisons pour lesquelles il ne perçoit pas d'indemnités complémentaires, incapacité de travail.

Le participant en situation de temps partiel thérapeutique est indemnisé par l'organisme assureur, sous réserve de l'accord du médecin conseil de l'assureur, ceci qu'il reçoive ou non des indemnités journalières de la sécurité sociale. L'organisme assureur compense le cas échéant cette absence d'indemnités journalières.

La garantie prévue par le présent accord sera assurée à concurrence de 60 % de la partie du salaire correspondant à la durée du travail non assurée du fait de la reprise à temps partiel thérapeutique.

Les participantes en arrêt de travail pour raison de maternité seront indemnisées sans carence pendant toute la durée de ce congé, pathologique ou non, à la même hauteur qu'un arrêt de travail pour maladie sous déduction des indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

1.4. Garantie invalidité

Invalidité 1^{re} catégorie

Le participant classé par la sécurité sociale en invalidité de 1^{re} catégorie telle que prévue à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale bénéficie du versement d'une rente annuelle égale à 36 % du traitement de base, sous déduction, des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale.

Invalidité 2^e ou 3^e catégorie

Le participant classé par la sécurité sociale en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie telle que prévue à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale bénéficie du versement d'une rente égale à 60 % du traitement de base, sous déduction des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne pour la 3^e catégorie).

Invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle

Le participant ayant un taux d'incapacité permanente déterminé par la sécurité sociale à la suite d'un accident de travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle supérieur à 33 % bénéficie du versement d'une rente :

- dont le montant est identique à celui versé aux invalides de 1^{re} catégorie lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % ;
- dont le montant est identique à celui versé aux invalides de 2^e ou 3^e catégorie lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 66 %.

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le participant pendant la période où la garantie invalidité est mise en œuvre ne peut pas dépasser 100 % du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale pendant toute la durée de l'invalidité du participant. Le versement de la rente cesse au plus tard :

- lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la sécurité sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la sécurité sociale ;
- à la date de transformation de la pension invalidité ou de la rente incapacité permanente en pension vieillesse par la sécurité sociale ;
- au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical de l'organisme assureur à la demande de l'employeur ou de l'assureur concluant à une invalidité non justifiée ou en cas de contrôle médical ayant été rendu impossible du fait du participant.

1.5. Exclusions

Les risques décès – incapacité de travail – invalidité sont garantis, à l'exception des dispositions suivantes :

- 1) Sont exclus des garanties décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, frais d'obsèques les décès résultant des faits suivants :
 - de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide) ;
 - de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ;
 - d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
 - de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;
 - de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.
- 2) Sont exclus des garanties incapacité temporaire de travail-invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :
 - de faits intentionnels provoqués par l'assuré ;

- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;
- d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'accident, l'assuré avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R. 234-1 du code de la route, si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- d'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'assuré et valable à la date de l'événement ;
- de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
 - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) de la pratique du saut à l'élastique, de saut en parachute ou tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, et avec l'utilisation de matériel homologué ;
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé ;
- de la participation dans un cadre officiel ou privé, à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstration, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ;
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire ;
- de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- de la pratique de sports à titre professionnel ;
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité ;
- d'activités proposées dans le cadre d'un parc de loisirs, parc d'attractions, fête foraine, en cas de non-respect des consignes de sécurité affichées ou annoncées ;

- d’activités professionnelles dans les airs sous la mer et/ou sous la terre.

1.6. Revalorisation

Une revalorisation en fonction de l’évolution des salaires minima, décidée dans le cadre de la convention collective nationale de l’immobilier, sous réserve que les résultats techniques et financiers du régime appliqué par l’entreprise le permettent, est affectée :

- sur les prestations incapacité de travail – invalidité après la 1^{re} année d’indemnisation du sinistre ;
- d’autre part sur le traitement de base servant au calcul de l’ensemble des garanties décès pour la période comprise entre les dates d’arrêt de travail et du décès.

Les revalorisations des prestations seront attribuées dans les mêmes conditions que ci-dessus à tous les anciens participants en arrêt de travail dont le contrat de travail a pris fin et cela même si leur entreprise venait à disparaître pour raison économique (liquidation).

1.7. Taux de cotisations des garanties incapacité de travail, invalidité, décès

Ces taux de cotisations intègrent le coût de la portabilité.

Les prestations de prévoyance lourde sont assurées en contrepartie du paiement d’une cotisation assise sur la rémunération brute de chaque participant, telle qu’elle est retenue pour le calcul de l’assiette des cotisations de la Sécurité sociale limitée à 4 fois le plafond de la sécurité sociale.

Les indemnités versées au participant lors de son départ de l’entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclues de l’assiette de cotisation.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail indemnisées et donnant obligatoirement lieu à maintien des garanties (cf. article 26.3 de la convention), les cotisations sont assises sur le montant de l’indemnisation perçue par le salarié (par exemple : indemnité d’activité partielle).

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail pouvant donner lieu à un maintien facultatif des garanties à la demande du salarié, la cotisation est assise sur la moyenne de la rémunération soumise à cotisations au titre du présent régime perçue au cours des 12 derniers mois au cours desquels une activité a été exercée.

Assiette : traitement de base dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale.

Prestations	Taux de cotisation
Décès	0,18 %
Incapacité	0,18 %
Invalidité	0,19 %
Total cotisations prévoyance lourde	0,55 %

2. Garantie frais de santé

La couverture respecte les exigences posées par l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets pris pour son application.

2.1. Les prestations

Les prestations qui incluent le remboursement de la Sécurité Sociale ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du salarié ou des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Pour la maternité ou l'adoption, la garantie a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire.

	Prestations
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	100 % BR
Honoraires	
☛ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
☛ Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Chambre particulière :	
☛ Par nuitée	35 €
☛ Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	35 €
Forfait hospitalier	100 % DE
Participation forfaitaire	100 % DE
Lit d'accompagnant (bénéficiaire de moins de 14 ans ou plus de 70 ans)	35 €
Forfait maternité (doublé en cas de naissance gémellaire)	10 % PMSS
Forfait patient urgence FPU (passage aux urgences non suivi d'hospitalisation) *****	100 % DE
SOINS COURANTS	
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Honoraires médicaux – Consultation / visite généraliste	
☛ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
☛ Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires médicaux – Consultation / visite spécialiste	
☛ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
☛ Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	100 % BR
Analyses et Examens de laboratoire	100 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel	
☛ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
☛ Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel	
☛ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
☛ Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR
SOINS COURANTS (Suite)	
Frais pharmaceutiques	
☛ Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR
☛ Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR

	Prestations
☞ Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR
Frais de Transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné-hors SMUR)	100 % BR
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Consultation d'ostéopathe, acupuncteur, diététicien	
Forfait par an et par bénéficiaire	100 €
AIDES AUDITIVES Par oreille ☞ Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement « 100% Santé** » (Aide auditive de classe I)	SRAP ***
Équipement hors « 100% Santé** » (Aide auditive de classe II)	
☞ Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le rbt Sécurité Sociale	1 700 € TTC
☞ Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	1 400 €
☞ Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 €
Accessoires et fournitures	100% BR
OPTIQUE (1)	
Équipement optique « 100% Santé** » Classe A	SRAP ***
Équipement optique hors « 100% Santé** » de Classe B y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
☞ Monture	100 €
☞ Par verre simple	150 €
☞ Par verre complexe	225 €
☞ Par verre très complexe	250 €
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	
Forfait par an et par bénéficiaire	320 €
Kératotomie	
Forfait par an et par bénéficiaire	1 000 €
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé** »	SRAP ***
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	125 % BR
Prothèse hors « 100% Santé » :	
☞ Inlay Core et Inlay à clavette	200 % BR
☞ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	200 % BR
☞ Inlay Onlay remboursé par la Sécurité sociale	125 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250 % BR
Implant dentaire	
Forfait par an et par bénéficiaire	5 % PMSS

* 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 réglementairement : le dispositif 100 % santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la sécurité sociale et les complémentaires santé (dès lors que vous disposez d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-C), tout en bénéficiant d'un large choix d'équipements pour répondre à vos besoins, sans aucun frais à régler.

*** Aide auditive et optique : dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales. Dentaire : dans la limite des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

***** Les limitations annuelles pour la prothèse s'entendent hors actes 100 % santé.

En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

BR = base de remboursement de la sécurité sociale (restituée pour les actes non remboursés par la SS).

SS = sécurité sociale.

DE = dépense effective.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

*****FPU : facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation (mode de facturation applicable à compter du 1^{er} janvier 2022).

Sont en outre pris en charge les tickets modérateurs de tous les actes de prévention prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006 pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

2.2. Taux de cotisations de la garantie remboursement de frais de santé

Les prestations sont assurées en contrepartie du paiement, pour chaque participant, d'une cotisation mensuelle exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

En cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail (licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD...) au cours d'un mois civil, la totalité de la cotisation du mois au cours duquel l'embauche ou la rupture est intervenue est due.

Tableau des cotisations

Régime général	Frais de santé obligatoire adulte	1,47 %
	Frais de santé obligatoire enfant	0,82 %
Régime Alsace-Moselle	Frais de santé obligatoire adulte	0,75 %
	Frais de santé obligatoire enfant	0,49 %

Les participants doivent obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Les ayants droit du participant induisant pour ce dernier une obligation de verser une ou plusieurs cotisations "Adulte" et/ou "Enfant" sont définis de la manière suivante :

- le conjoint du participant ou partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin du participant, dès lors qu'il est en mesure de prouver qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, revenus de remplacement, etc.) étant précisé que l'organisme assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif (y compris, la fourniture de l'avis d'imposition) ;
- les enfants du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou du concubin du participant, s'ils sont effec-

tivement à charge du participant (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 16 ans, sans condition ;
- être âgés de moins de 18 ans sous réserve de justifier annuellement d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- être âgés de moins de 26 ans sous réserve, soit de ne pas exercer d'activité rémunératrice et être reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposable, soit d'être atteint d'une invalidité reconnue telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice ;
- quel que soit leur âge, sous réserve de vivre sous le toit du participant, et d'être titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « Invalidité » prévue à l'article 241-3 du code de la famille et de l'action sociale.

Ainsi, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'article 26.4 de la convention collective, les participants doivent obligatoirement affilier leurs ayants droit au dispositif et à titre d'exemple :

- un participant dont le conjoint ne travaille pas et ne perçoit aucun revenu devra acquitter deux cotisations "Adulte" ;
- un participant divorcé ayant deux enfants de moins de 16 ans devra acquitter, outre sa cotisation "Adulte", deux cotisations "Enfant".

3. Droits non contributifs

Sont mises en place des prestations à caractère non directement contributif qui sont les suivantes :

- les enfants handicapés à charge tels que définis au 1.1 de la présente annexe, sont couverts sans cotisations quel que soit leur âge ;
- gratuité de la cotisation enfant à partir du troisième enfant ;
- en cas de décès du participant les ayants droits tels que définis dans le cadre de cette couverture sont couverts à titre gratuit pendant une durée de douze mois à compter du décès ;
- les anciens participants devenus invalides qui étaient couverts par le contrat et leurs ayants droits acquittent une cotisation réduite à hauteur de la seule part salariale des actifs. Cette mesure prend fin à la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard à l'âge légal pour une retraite à taux plein.

Les droits non contributifs sont financés par une part de la cotisation du degré élevé de solidarité prévue à l'article 26.11 de la convention collective ; cette quote-part est définie annuellement par la commission paritaire de suivi.

Toutes les entreprises devront mettre en œuvre les droits non contributifs tels que définis par la commission paritaire de suivi et conformément aux orientations prises par cette dernière.

4. Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail

4.1. 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 Evin », la couverture « frais de santé » est maintenue au profit des anciens participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois

suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Le tarif applicable aux personnes visées par le présent article doit respecter les dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017. L'organisme assureur justifie que le tarif appliqué à ces personnes n'excède pas la réalité du risque de cette population.

Les invalides acquittent une cotisation réduite à hauteur de la seule quote-part salariale des actifs.

La couverture « frais de santé » est maintenue sans contrepartie de cotisations au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

4.2. Mise en œuvre de la portabilité

Les participants bénéficient du maintien à titre gratuit du bénéfice du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour bénéficier du dispositif de la portabilité :

- les droits à remboursements complémentaires doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Autrement dit, le dispositif de portabilité ne concerne que les participants bénéficiaires du régime au moment de la cessation de leur contrat de travail ;
- 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 ;
- l'ancien participant doit fournir à l'organisme assureur, un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que son organisme assureur en fera la demande.

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 du participant 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 douze mois.

La cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des régimes fait cesser le maintien. L'ancien participant est donc tenu d'informer l'organisme assureur de tout changement dans sa situation.

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de la garantie incapacité ne peuvent conduire l'ancien participant à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

5. Prévention et action sociale

Les actions de prévention et d'action sociale sont financées par une part de la cotisation du degré élevé de solidarité prévue à l'article 26.11 de la convention collective ; cette quote-part est définie annuellement par la commission paritaire de suivi.

Toutes les entreprises devront mettre en œuvre les mesures d'action sociale et la politique de prévention telles que définies par la commission paritaire de suivi et conformément aux orientations prises par cette dernière.

6. Information des salariés

Conformément aux dispositions des articles L. 932-6 du code de la sécurité sociale, L. 141-4 du code des assurances et L. 221-6 du code de la mutualité, l'organisme assureur remet à l'entreprise une notice d'information.

La notice d'information est détaillée. Elle définit les garanties prévues par le contrat, leurs conditions d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre, les clauses édictant des nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

La notice d'information décrit également les modalités de financement (taux et assiette des cotisations patronales et salariales) et les sanctions du non-paiement des primes ou des cotisations.

La notice informe également les assurés que le contrat respecte le degré élevé de solidarité, c'est-à-dire les droits non contributifs, les actions de prévention et l'action sociale, tel que le présent régime le prévoit.

Il est rappelé que le régime prévoit, lorsque le contrat de travail est suspendu sans maintien des garanties, la possibilité pour les salariés de demander un maintien à titre facultatif. Afin que cette faculté puisse être pleinement exercée, la notice d'information doit en exposer les modalités pratiques.

L'organisme assureur ne peut se limiter à la simple remise d'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, l'organisme assureur remet à l'entreprise, trois mois au moins avant la date de leur entrée en vigueur, une nouvelle notice d'information.

Les entreprises transmettent un exemplaire de cette notice d'information, à chaque salarié assuré et à tout nouvel embauché.

Les salariés sont informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toutes modifications de leurs droits et obligations.

7. Changements d'organisme assureur

7.1. Sinistres en cours à la date d'adhésion

L'organisme assureur prend en charge le versement des prestations complémentaires des salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations en « espèce » de la sécurité sociale sans être indemnisés au titre d'un précédent régime de prévoyance.

Parallèlement, l'organisme assureur prend en charge, si un précédent organisme assureur ne le garantissait pas :

- la revalorisation des prestations en cours de service ;
- la revalorisation des bases de calculs des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

Par ailleurs, l'organisme assureur prend en charge l'éventuel delta existant entre la garantie décès, maintenue par le précédent organisme assureur et, celle déterminée en application du présent dispositif.

Ces risques en cours sont pris en charge en contrepartie du paiement par l'entreprise concernée d'une prime unique ou d'une surcotisation temporaire selon la nature de la reprise, calculée par l'organisme assureur sur la base de la déclaration des risques par l'entreprise.

7.2. Sinistres en cours à la date de résiliation du contrat d'assurance

L'organisme assureur dont le contrat a été résilié maintient, à leur niveau atteint à la date de résiliation, les prestations acquises ou nées antérieurement à cette date.

Il appartient à l'entreprise d'organiser la poursuite des revalorisations. En tout état de cause, le contrat d'assurance résilié prend en charge la poursuite de la revalorisation en cas d'absence de nouvel assureur (par exemple : cessation d'activité de l'entreprise).

Le maintien des garanties décès aux assurés en incapacité de travail ou invalidité est garanti dans les conditions de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

8. Suivi du régime

Chaque organisme assureur fournit annuellement à son cocontractant un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990. À l'occasion de ce rapport est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs. Ce rapport doit être accompagné d'informations précises relatives au nombre de sinistres et aux prestations versées.

L'organisme assureur établit par ailleurs un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre en conformité avec le régime de la branche ainsi qu'un bilan de l'action sociale et des sommes allouées à ce titre.

Ces documents sont transmis au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos. Ces documents sont présentés au comité social et économique à sa demande. »

III. Entrée en vigueur. Formalités de dépôt

Sous réserve des dispositions législatives sur l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, le présent avenant prend effet :

- à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les entreprises adhérentes à une organisation patronale signataire de l'avenant n° 91 ;
- le 1^{er} jour suivant la publication au *Journal officiel* de l'arrêté ministériel d'extension du présent avenant n° 91 pour les entreprises adhérentes à une organisation patronale non-signataire ou pour les entreprises non adhérentes à une organisation patronale signataire. Le présent avenant se substitue en totalité à l'avenant n° 65 *bis* conclu le 1^{er} mars 2016 et à ses avenants modificatifs (avenants n° 71, 78, 80 et 86).

Compte tenu de l'objet de l'accord, destiné à garantir aux salariés un niveau minimal de protection sociale collective et obligatoire comportant un degré élevé de solidarité, quelle que soit la taille de l'entreprise, celui-ci ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 11 avril 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe Commission paritaire de suivi (CPS)

Règlement intérieur

Article 1^{er} | Composition et présidence

Les représentants titulaires sont désignés par les organisations syndicales liées par la convention collective et peuvent être remplacés par des représentants suppléants également désignés par ces organisations syndicales.

La commission paritaire de suivi désigne chaque année et en alternance, un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des organisations syndicales représentatives de salariés, l'autre aux représentants des organisations patronales représentatives.

Article 2 | Réunions et délibérations

Article 2.1 | Convocation

La commission paritaire de suivi se réunit autant que de besoin, et au moins deux fois par an sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations syndicales composant la commission.

L'ordre du jour est déterminé par le président de la commission.

Les convocations doivent être adressées, par le secrétariat de la commission, au moins trois semaines avant le déroulement de la réunion.

Les convocations contiennent l'ordre du jour de la réunion.

Article 2.2 | Réunion

La commission se réunit en tout lieu indiqué sur la convocation.

Il est tenu, à chaque réunion, une liste d'émargement signée par les participants à la réunion de la commission.

Le président dirige les débats et signe le procès-verbal établi par le secrétariat.

Le procès-verbal relatant la décision adoptée doit être notifié aux membres de la commission paritaire de suivi dans le délai de 8 jours suivant la réunion.

Les convocations et procès-verbaux de réunions sont communiqués pour information au représentant du ministère concerné, président de la commission mixte.

Article 2.3 | Quorum et délibérations

La réunion ne peut valablement être ouverte que si la moitié des organisations dans chaque collège est représentée.

Si le quorum n'est pas atteint dans l'un ou l'autre collège, un procès-verbal de carence est établi par le secrétariat auquel est jointe toute déclaration faite par un ou plusieurs membres de la commission.

Tout membre de la commission empêché d'assister à une séance peut donner pouvoir à un titulaire du même collège.

Toute présence à la réunion de la commission, autre que celle des membres de droit, implique l'accord de la majorité des membres dans l'un et l'autre collège.

Chacune des organisations peut s'exprimer sur le dossier soumis à la commission, avant qu'il ne soit procédé à l'adoption d'une décision. La commission peut adopter :

- soit une déclaration d'incompétence, ou une décision de renvoi à une prochaine réunion ou en commission paritaire nationale. Cette décision est prise à la majorité des organisations dans l'un et l'autre collège.

En cas de décision de renvoi, la commission peut demander un complément d'information ou, éventuellement, à l'unanimité, désigner un membre de chacune des délégations patronale et salariale pour instruire contradictoirement le dossier.

La décision de renvoi doit fixer le délai de dépôt de ce complément de dossier et la date de la prochaine réunion de la commission qui aura à traiter le dossier.

Le secrétariat de la commission se tient informé de la suite donnée à l'affaire et communique cette information aux réunions suivantes de la commission ;

- soit une décision. Cette décision ne peut être prise que si elle recueille une majorité de voix dans chacun des collèges.

Les procès-verbaux de carence, de déclaration d'incompétence, de décision de renvoi, de désaccord, de décision sont établis et diffusés par le secrétariat.

Article 3 | *Secrétariat de la commission*

Le comité des organisations patronales des professions immobilières (COPPI) assure le secrétariat de la commission : convocation de la commission, établissement et diffusion des procès-verbaux.

Article 4 | *Dénonciation et modification*

Le présent règlement intérieur peut être dénoncé ou modifié dans les conditions prévues par l'article 26 de l'accord relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé.