

Brochure n° 3248 | Convention collective nationale

IDCC : 1512 | **PROMOTION IMMOBILIÈRE**

Accord du 23 octobre 2024

relatif aux régimes conventionnels de prévoyance et de frais de santé

NOR : ASET2450887M

IDCC : 1512

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

FPI,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFTD ;

FEC FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit en application des articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale :

Préambule

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale de la promotion immobilière du 18 mai 1988 ont mis en place, par accord du 19 octobre 2011, des régimes conventionnels de protection sociale au niveau de la branche, afin de faire bénéficier aux salariés de prestations complémentaires au régime obligatoire de sécurité sociale, en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité, de décès ou d'invalidité absolue et définitive, ainsi qu'en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation. Cet accord a été modifié par huit avenants, numérotés de 1 à 8, en date respectivement des 9 mai 2012, 4 octobre 2016, 27 octobre 2017, 9 juillet 2018, 22 novembre 2019, 22 décembre 2020, 18 novembre 2021, 9 octobre 2023.

Le présent accord collectif révisé intégralement l'accord collectif du 19 octobre 2011 relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé, tel que modifié par ses avenants précités, auquel il se substitue.

Les nouveaux régimes tels qu'ils résultent du présent accord collectif visent à instaurer, au bénéfice des salariés, un socle minimal de garanties complémentaires de branche en matière de prévoyance incapacité, invalidité, décès (ci-après « régime de prévoyance ») et de remboursement de frais de santé (ci-après « régime de frais de santé »).

Soucieux d'assurer la meilleure mutualisation des risques au niveau de la branche, les partenaires sociaux ont préalablement mis en œuvre une procédure de mise en concurrence respectant les termes de l'article L. 912-1 II du code de la sécurité sociale (CSS) et des décrets

n° 2014-1498 du 11 décembre 2014 et n° 2015-13 du 8 janvier 2015, en vue de recommander plusieurs organismes assureurs qui proposeront des contrats d'assurance collectifs couvrant les garanties du socle minimal de branche définies au sein des parties 1 et 2 du présent accord.

L'adhésion aux organismes recommandés par la branche permet une mutualisation du risque et une meilleure prise en compte des spécificités de la branche dans les contrats d'assurance proposés. Il est toutefois rappelé que les entreprises restent libres de couvrir leurs salariés auprès de l'organisme assureur de leur choix, sous réserve de respecter le socle minimal de branche tel que prévu par le présent accord collectif.

Le présent accord collectif s'applique aux entreprises relevant de la convention collective nationale de la promotion immobilière du 18 mai 1988.

Il est organisé selon les quatre parties suivantes :

- partie 1 relative au régime de frais de santé ;
- partie 2 relative au régime de prévoyance ;
- partie 3 relative à la recommandation d'organismes assureurs pour les régimes de frais de santé et de prévoyance ;
- partie 4 relative aux stipulations communes traitant de sa mise en œuvre.

Partie 1 Régime de frais de santé

Article 1.1 | Objet du régime

Le présent accord collectif a pour objet d'instaurer un socle minimal de garanties de frais de santé pour toutes les entreprises qui entrent dans son champ d'application.

Les garanties de frais de santé permettent aux bénéficiaires du régime visés à l'article 1.2 d'obtenir le remboursement de tout ou partie de leurs frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément du régime de base de la sécurité sociale.

Le présent régime respecte les conditions prévues par l'article L. 242-1 II 4° du CSS pour bénéficier du caractère collectif et obligatoire.

Article 1.2 | Bénéficiaires du régime

Bénéficient du régime de frais de santé l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale de la promotion immobilière du 18 mai 1988.

Le régime de frais de santé mis en œuvre au titre du présent accord collectif bénéficie également aux membres de la famille du salarié, c'est-à-dire :

■ À titre obligatoire : les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus, qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 20 ans ;
- bénéficier d'un régime de sécurité sociale (du fait de l'affiliation du salarié, de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;
- être fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire qu'il déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 26 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat unique d'insertion, d'apprentissage ou de professionnalisation ou tout contrat du même type ;
- s'ils sont inscrits à France travail comme primo demandeurs d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant le jour de leur 21^e anniversaire ou le jour de leur 26^e anniversaire s'ils poursuivaient des études.

■ À titre facultatif : le conjoint du salarié. Au sens du présent accord collectif, y compris au titre du régime de prévoyance, le terme de conjoint désigne tant la personne qui a contracté un mariage avec un salarié au sens des articles 143 et suivants du code civil (sous réserve que les conjoints ne soient pas séparés de corps, séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), que le partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs) visé aux articles 515-1 et suivants du code civil, et le concubin notoire au sens de l'article 515-8 du même code.

Article 1.3 | Adhésion obligatoire

1.3.1. Adhésion obligatoire des salariés

L'adhésion des salariés visés à l'article 1.2 au régime de frais de santé est obligatoire.

Toutefois, les salariés peuvent solliciter les dispenses d'adhésion d'ordre public dans les conditions prévues aux articles D. 911-2 et D. 911-5 du CSS.

Les salariés ont également la faculté de refuser leur adhésion au régime de frais de santé dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-6 du CSS, dans les cas suivants :

- 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 de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 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 ;
- 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 qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective de frais de santé relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - régime spécial de sécurité social des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les salariés doivent justifier chaque année de leur couverture dans ce cadre.

Quel que soit le motif, la dispense d'adhésion du salarié doit résulter d'une demande explicite de sa part, prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur qu'il remet à son employeur. Cette déclaration doit préciser les garanties auxquelles il renonce, l'organisme assureur lui permettant de solliciter la dispense ou la date de fin de droit, ainsi que la mention selon laquelle il a été préalablement informé par son employeur des conséquences de son choix d'être dispensé. À défaut de déclaration sur l'honneur, le salarié devra obligatoirement être affilié au régime de frais de santé.

Les salariés sont tenus d'informer leur employeur de tout changement de situation les concernant, ayant une incidence sur leur dispense d'adhésion.

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

1.3.2. Adhésion obligatoire des membres de la famille du salarié

Les enfants du salarié visés à l'article 1.2 doivent obligatoirement adhérer au régime de frais de santé.

Article 1.4 | Cotisations

1.4.1. Taux et assiette de cotisations

Dans le cadre de l'instauration du présent régime de frais de santé, les partenaires sociaux ont entendu recommander aux entreprises d'adhérer au contrat d'assurance collectif de l'un des organismes assureurs visés en partie 3.

Les cotisations finançant le régime de branche de frais de santé mis en œuvre au titre du présent accord collectif, par les organismes assureurs recommandés, sont fixés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est déterminé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, en application de l'article L. 241-3 du CSS.

Les taux de cotisations du régime de branche de frais de santé mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés sont définis comme suit :

Tarifs en pourcentage du PMSS		Base	Options au choix de l'employeur, à adhésion obligatoire des salariés	
			Base + option 1	Base + option 2
Régime général	Cotisation obligatoire couvrant le salarié et son (ses) enfant(s)	2,60 %	3,31 %	4,13 %
	Cotisation facultative couvrant le conjoint	2,08 %	2,64 %	3,37 %
Régime local	Cotisation obligatoire couvrant le salarié et son (ses) enfant(s)	1,71 %	2,28 %	3,20 %
	Cotisation facultative couvrant le conjoint	1,37 %	1,91 %	2,62 %

Les cotisations du régime de branche de frais de santé incluent notamment le financement des droits non contributifs, prévu à l'article 3.3.2 du présent accord collectif, à hauteur de 2 % de la cotisation conformément à l'article R. 912-1 du CSS.

1.4.2. Répartition des cotisations

Quel que soit l'organisme assureur auprès duquel l'entreprise souscrit un contrat d'assurance collectif pour couvrir ses salariés, les cotisations finançant le socle minimal de garanties du régime de frais de santé couvrant les bénéficiaires à adhésion obligatoire visés à l'article 1.3 du présent accord collectif (c'est-à-dire les garanties de « base »), sont réparties entre l'employeur et les salariés selon les modalités suivantes :

- 55 % à la charge de l'employeur ;
- 45 % à la charge du salarié.

Les employeurs ont la possibilité d'instaurer des garanties « optionnelles » aux garanties constituant le socle minimal du régime de frais de santé, à adhésion obligatoire des salariés, dont le financement est déterminé à l'article 1.4.1 ci-dessus. Lorsque de telles garanties sont mises en œuvre dans l'entreprise, le régime de frais de santé à adhésion obligatoire, constitué du socle de garanties de « base » et des garanties « optionnelles » 1 ou 2, est financé par l'employeur et les salariés dans le respect des dispositions du III de l'article L. 911-7 du CSS.

La cotisation facultative finançant l'adhésion au régime de frais de santé du conjoint du salarié est prise en charge à 100 % par le salarié.

L'employeur a l'obligation de verser l'intégralité de la cotisation obligatoire, y compris la quote-part salariale qui est précomptée mensuellement sur le bulletin de salaire de chaque salarié.

Article 1.5 | Garanties

Conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et L. 862-4 du CSS, les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable ».

Le total des remboursements obtenus par les bénéficiaires du régime ne peut pas excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les prestations de frais de santé sont versées par l'organisme assureur choisi par les entreprises relevant de la convention collective nationale de la promotion immobilière du 18 mai 1988, dans les conditions du contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire souscrit au bénéfice des salariés (notamment s'agissant des clauses instaurant des modalités, limitations et exclusions de garanties).

Les tableaux de garanties du socle minimal de branche à adhésion obligatoire, dites garanties de « base », sont annexés au présent accord collectif (annexe 1.1).

Les employeurs ont la possibilité de mettre en œuvre, au bénéfice de leurs salariés, deux niveaux de garanties « optionnelles » (option 1 et option 2) venant compléter les garanties du socle minimal de branche. Lorsque les employeurs choisissent d'instaurer de telles garanties « optionnelles », les salariés ont l'obligation d'y adhérer. Les tableaux des garanties « optionnelles » sont annexés au présent accord collectif (annexes 1.2 et 1.3).

Article 1.6 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'indemnités journalières complémentaires versées directement par l'employeur ou par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment, lorsque les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée ; ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur, par exemple un congé de reclassement, congé de mobilité...).

L'employeur verse la même cotisation que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni perception d'indemnités journalières complémentaires, ni d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ne bénéficient pas du maintien du régime de frais de santé mis en œuvre par leur employeur. À leur demande, ils peuvent bénéficier du maintien des garanties sous réserve d'acquitter l'intégralité des cotisations les finançant auprès de l'organisme assureur choisi par leur employeur.

Article 1.7 | Portabilité des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Les salariés bénéficiaires du régime de frais de santé mis en œuvre par le présent accord collectif, ainsi que leurs ayants droit qui y adhèrent, auront droit au maintien des garanties en vigueur dans leur entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail, non consécutive à

une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de douze mois, sous réserve de remplir les conditions fixées par l'article L. 911-8 du CSS. La portabilité des garanties est appliquée dans les conditions prévues par le contrat d'assurance collectif souscrit.

Partie 2 Prévoyance

Article 2.1 | Objet du régime

Le présent accord collectif a pour objet d'instaurer un socle minimal de garanties en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD), dont bénéficient les salariés visés à l'article 2.2.1.

Le présent régime respecte les conditions prévues par l'article L. 242-1 II 4° du CSS pour bénéficier du caractère collectif et obligatoire.

Les prestations de prévoyance sont versées par l'organisme assureur choisi par les entreprises relevant de la convention collective nationale de la promotion immobilière du 18 mai 1988, dans les conditions du contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire souscrit au bénéfice des salariés (notamment s'agissant des clauses instaurant des modalités, limitations et exclusions de garanties).

Article 2.2 | Adhésion au régime de prévoyance

2.2.1. Bénéficiaires du régime

Bénéficient du régime de prévoyance l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale de la promotion immobilière du 18 mai 1988.

Pour l'application du régime de prévoyance instauré en application du présent accord collectif :

- les salariés « cadres » sont définis comme les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;
- les salariés « non-cadres » sont définis comme les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

2.2.2. Adhésion obligatoire

L'adhésion des salariés visés à l'article 2.2.1 au régime de prévoyance est obligatoire.

Article 2.3 | Cotisations finançant le régime de prévoyance

2.3.1. Taux et assiette de cotisations

Dans le cadre de l'instauration du présent régime de prévoyance, les partenaires sociaux ont entendu recommander aux entreprises d'adhérer au contrat d'assurance collectif de l'un des organismes assureurs visés en partie 3.

Les cotisations finançant le régime de prévoyance mis en œuvre au titre du présent accord collectif, par les organismes assureurs recommandés, sont fixées en pourcentage du salaire de base brut soumis aux cotisations de sécurité sociale en application des articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du CSS. L'assiette des cotisations du régime de prévoyance intègre également la rémunération variable brute des salariés, ainsi que les primes brutes, assujetties aux cotisations de sécurité sociale en application des articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du CSS. Les autres avantages dont les salariés bénéficient en application de leur contrat de travail, sont exclus de l'assiette des cotisations du régime de prévoyance. Pour les salariés « non-cadres », l'assiette

des cotisations est limitée à quatre fois le plafond de la sécurité sociale déterminé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en application de l'article L. 241-3 du CSS. Les taux de cotisations du régime de branche de prévoyance mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés sont définis comme suit :

■ Pour les non-cadres :

Taux contractuels non-cadres	Part employeur		Part salarié		Total	
Garanties décès	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)
Capitaux décès	0,350 %	0,390 %	0,310 %	0,270 %	0,660 %	0,660 %
Rente éducation	0,100 %	0,100 %	0,100 %	0,100 %	0,200 %	0,200 %
Garantie double effet	0,001 %	0,001 %	0,001 %	0,001 %	0,002 %	0,002 %
Frais d'obsèques	0,004 %	0,004 %	0,004 %	0,004 %	0,008 %	0,008 %
Total décès	0,455 %	0,495 %	0,415 %	0,375 %	0,870 %	0,870 %
Garanties arrêt de travail	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)
Incapacité temporaire			0,33 %	0,750 %	0,330 %	0,750 %
Invalidité	0,290 %	0,630 %			0,290 %	0,630 %
Total arrêt de travail	0,290 %	0,630 %	0,330 %	0,750 %	0,620 %	1,380 %
Total prévoyance	0,745 %	1,125 %	0,745 %	1,125 %	1,490 %	2,250 %

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025, des taux d'appel réduits de cotisation sont fixés comme suit :

Taux d'appel pour 2025 : non-cadres	Part employeur		Part salarié		Total	
Garanties décès	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)
Capitaux décès	0,316 %	0,351 %	0,280 %	0,243 %	0,596 %	0,594 %
Rente éducation	0,090 %	0,090 %	0,090 %	0,090 %	0,180 %	0,180 %
Garantie double effet	0,001 %	0,001 %	0,001 %	0,001 %	0,002 %	0,002 %
Frais d'obsèques	0,002 %	0,004 %	0,002 %	0,004 %	0,004 %	0,008 %
Total décès	0,409 %	0,446 %	0,373 %	0,338 %	0,782 %	0,784 %
Garanties arrêt de travail	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)	Tranche 1	Tranche 2 (max 4 PASS)
Incapacité temporaire			0,297 %	0,677 %	0,297 %	0,677 %
Invalidité	0,261 %	0,569 %			0,261 %	0,569 %
Total arrêt de travail	0,261 %	0,569 %	0,297 %	0,677 %	0,558 %	1,246 %
Total prévoyance	0,670 %	1,015 %	0,670 %	1,015 %	1,340 %	2,030 %

■ Pour les cadres :

Taux contractuels cadres	Part employeur		Part salarié		Total	
Garanties décès	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2
Capitaux décès	0,670 %	0,395 %		0,275 %	0,670 %	0,670 %
Rente éducation	0,200 %	0,100 %		0,100 %	0,200 %	0,200 %
Garantie double effet	0,020 %	0,001 %		0,001 %	0,020 %	0,002 %
Frais d'obsèques	0,008 %	0,004 %		0,004 %	0,008 %	0,008 %
Total décès	0,898 %	0,500 %	0,000 %	0,380 %	0,898 %	0,880 %
Garanties arrêt de travail	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2
Incapacité temporaire	0,312 %			0,750 %	0,312 %	0,750 %
Invalidité	0,290 %	0,630 %			0,290 %	0,630 %
Total arrêt de travail	0,602 %	0,630 %	0,000 %	0,750 %	0,602 %	1,380 %
Total prévoyance	1,500 %	1,130 %	0,000 %	1,130 %	1,500 %	2,260 %

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025, des taux d'appel réduits de cotisation sont fixés comme suit :

Taux d'appel pour 2025 : cadres	Part employeur		Part salarié		Total	
Garanties décès	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2
Capitaux décès	0,670 %	0,356 %		0,248 %	0,670 %	0,604 %
Rente éducation	0,200 %	0,090 %		0,090 %	0,200 %	0,180 %
Garantie double effet	0,020 %	0,001 %		0,001 %	0,020 %	0,002 %
Frais d'obsèques	0,008 %	0,004 %		0,004 %	0,008 %	0,008 %
Total décès	0,898 %	0,451 %	0,000 %	0,343 %	0,898 %	0,794 %
Garanties arrêt de travail	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 1	Tranche 2
Incapacité temporaire	0,312 %			0,672 %	0,312 %	0,672 %
Invalidité	0,290 %	0,564 %			0,290 %	0,564 %
Total arrêt de travail	0,602 %	0,564 %	0,000 %	0,672 %	0,602 %	1,236 %
Total prévoyance	1,500 %	1,015 %	0,000 %	1,015 %	1,500 %	2,030 %

Les cotisations du régime de branche incluent notamment le financement des droits non contributifs, prévu à l'article 3.3.2 du présent accord collectif, à hauteur de 2 % de la cotisation conformément à l'article R. 912-1 du CSS.

2.3.2. Répartition des cotisations

Quel que soit l'organisme assureur auprès duquel l'entreprise souscrit un contrat d'assurance collectif pour couvrir ses salariés, les cotisations finançant le régime de prévoyance à adhésion obligatoire, sont réparties entre l'employeur et les salariés selon les modalités suivantes :

- 50 % à la charge du salarié ;
- 50 % à la charge de l'employeur.

La cotisation finançant la garantie incapacité temporaire de travail est mise à la charge du salarié en totalité, à l'exception de la cotisation sur la tranche 1 de rémunération (tranche de rémunération jusqu'au plafond de la sécurité sociale) des salariés « cadres » qui est intégralement prise en charge par l'employeur.

Le versement de la totalité de la cotisation telle que déterminée par l'article 2.3 du présent accord collectif, incombe à l'employeur, y compris la quote-part due par le salarié qui est précomptée mensuellement sur son bulletin de salaire.

Article 2.4 | Garanties du régime de prévoyance : stipulations générales

2.4.1. Salaire de référence

Les garanties dont bénéficient les salariés en application du présent régime de prévoyance, à l'exception des frais d'obsèques, sont calculées sur la base du salaire de référence brut (SR), déterminé en application de l'alinéa 2 du présent article 2.4.1, et dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale pour les salariés « non-cadres ». La garantie frais d'obsèques est calculée en pourcentage du PMSS en vigueur, déterminé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en application de l'article L. 241-3 du CSS.

Le SR est égal à la moyenne du salaire de base brut, rémunération variable et primes brutes assujettis aux cotisations de sécurité sociale en application des articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du CSS, perçu par les salariés au cours des douze mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'arrêt de travail ouvrant droit à prestation.

Lorsque le salarié n'a pas effectué douze mois d'activité avant son décès ou la date de son arrêt de travail, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle, au prorata du nombre de mois d'activité.

Pour la garantie en cas d'invalidité, le salaire de référence est déterminé sur la base du salaire net, selon les mêmes modalités que celles prévues aux 2^e et 3^e alinéas du présent article 2.4.1.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité en application de l'article 2.10, la période de référence servant au calcul du SR, est constituée des douze mois qui précèdent le mois de la cessation du contrat de travail.

2.4.2. Enfants à charge

Pour l'application des garanties capital décès, rente éducation, et frais d'obsèques, sont considérés comme enfants à charge à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'au jour de leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'au jour de leur 26^e anniversaire, sous réserve de remplir l'une des conditions alternatives suivantes :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage au sens de l'article L. 6221-1 du code du travail ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes. Cette formation permet d'associer :
 - d'une part, des enseignements généraux et professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation ;
 - d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de France Travail comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;

- d’être employés dans un ESAT (établissement et service d’aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d’invalidité de l’enfant à charge reconnu avant le jour de son 26^e anniversaire, équivalente à l’invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale, justifiée par un avis médical ou tant qu’il bénéficie de l’allocation d’adulte handicapé (AAH) ou qu’il est titulaire de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge :

- les enfants nés viables postérieurement au décès du salarié et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- les enfants recueillis, c’est-à-dire ceux du conjoint du salarié, de l’ex-conjoint du salarié, qui ont vécu au foyer du salarié jusqu’à la date de l’événement ouvrant droit à prestations et répondent aux conditions ci-dessus.

2.4.3. Exclusions de garanties

Au titre des garanties en cas d’incapacité de travail et d’invalidité, les faits intentionnellement causés ou provoqués par le salarié ne sont pas couverts. Les faits intentionnels du salarié sont ceux qui impliquent la volonté pour le salarié de créer le dommage tel qu’il est survenu.

Au titre des garanties capital décès et rente éducation, sont exclus les sinistres résultants :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le salarié y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu’en soient l’origine de l’intensité.

Outre les exclusions précisées aux deux alinéas précédents, la garantie capital décès liée au caractère accidentel du décès ou de l’invalidité absolue et définitive n’est pas due si cet accident résulte de l’une des causes suivantes :

- état d’ivresse constaté médicalement par un taux d’alcoolémie susceptible d’être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d’un véhicule et si le salarié est reconnu comme étant responsable de l’accident ;
- usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ;
- pratique d’ULM (ultra-léger motorisé), deltaplane, parapente, parachutisme, saut à l’élastique et toute autre forme de vol libre ;
- participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l’utilisation de véhicules, d’embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien ;
- pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- pratique de sports à titre professionnel ;
- activités professionnelles sous la mer ;
- rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d’explosifs, de munitions ou de feux d’artifices.

2.4.4. Plafonds de garantie

Le montant maximum des prestations garanties à un même salarié, capitaux et capitaux constitutifs de rentes, est limité à cent (100) fois le plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur lors du décès ouvrant droit à prestation(s) au titre du présent régime.

En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations dans l'ordre de priorité suivant :

- montant de la majoration en cas d'origine accidentelle du décès (ou invalidité absolue définitive [IAD]) ;
- montant du capital décès toutes causes (ou IAD) ;
- montant des capitaux constitutifs des rentes éducation.

Article 2.5 | Garantie capital décès

2.5.1. En cas de décès toutes causes

En cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, il est versé un capital dont le montant est fixé à :

- quelle que soit la situation de famille : 250 % du salaire de référence ;
- majoration par enfant à charge (dès le premier enfant) : 50 % du salaire de référence.

Le capital, hors majorations pour enfants à charge, est versé, sauf désignation expresse d'un ou plusieurs bénéficiaires, dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du salarié ;
- à défaut, aux enfants du salarié, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants à charge du salarié, par parts égales entre eux et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux parents du salarié, par parts égales entre eux et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux héritiers du salarié, à proportion de leur part héréditaire.

Les majorations pour enfants à charge sont obligatoirement versées à ceux-ci, par parts égales entre eux.

2.5.2. En cas d'invalidité absolue définitive

On entend par invalidité absolue définitive (IAD), l'incapacité absolue d'exercer une profession procurant un revenu, avec l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive :

- l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 3^e du CSS, et indemnisée comme telle par la sécurité sociale ;
- l'incapacité permanente, définie à l'article L. 434-2 du CSS et indemnisée comme telle par la sécurité sociale, au taux de 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Le salarié peut demander le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès toutes causes en application de l'article 2.5.1 du présent accord collectif, y compris les majorations éventuelles pour enfants à charge.

Le versement des capitaux décès en cas d'IAD met fin à la garantie en cas de décès du salarié. En revanche, le versement des capitaux décès en cas d'IAD ne met pas fin à la garantie frais d'obsèques prévue par l'article 2.6.

2.5.3. Origine accidentelle du décès ou de l'IAD

On entend par accident, toute atteinte corporelle indépendante de la volonté du salarié provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

Lorsque le décès toutes causes ou en cas d'IAD est imputable à un accident et survient dans un délai de douze mois après cet accident, il est versé un capital supplémentaire d'un montant égal à celui du capital prévu pour décès toutes causes.

2.5.4. En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)

En cas de décès simultané des deux conjoints, il est versé aux enfants à charge du salarié un deuxième capital d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes (hors majoration pour accident), réparti par parts égales entre les enfants à charge.

Ce deuxième capital est versé lorsque le décès du conjoint survient postérieurement à celui du salarié. Il est alors versé par parts égales aux enfants initialement à charge du salarié qui demeureraient à la charge du conjoint à la date de son décès, sous réserve que ce dernier n'ait pas contracté de nouvel engagement, qu'il s'agisse d'un mariage, Pacs ou concubinage.

Article 2.6 | Garantie frais d'obsèques

Il est versé une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès du salarié, de son conjoint, ainsi que d'un enfant à charge. Son montant est fixé à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

En cas de décès d'un enfant de moins 12 ans ou d'une personne sous tutelle, l'allocation correspond au montant des frais d'obsèques réellement engagés dans la limite de 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Article 2.7 | Garantie rente éducation

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du salarié, il est versé une rente éducation, trimestriellement d'avance, au bénéfice de chaque enfant à charge dont le montant annuel est le suivant :

- jusqu'au jour du 18^e anniversaire : 8 % du salaire de référence ;
- entre le jour du 18^e anniversaire et le jour du 26^e anniversaire (sous condition de poursuite des études) : 12 % du salaire de référence.

Au-delà du 26^e anniversaire, la rente, égale à 12 % du salaire de référence, est versée viagèrement pour les enfants en situation de handicap conformément à la notice d'information rédigée par l'organisme assureur retenu par l'employeur.

La rente est doublée pour les orphelins de père et de mère.

Article 2.8 | Garantie incapacité temporaire de travail. Invalidité

2.8.1. Dispositions communes

La garantie vise à assurer un complément de revenus aux salariés indemnisés par la sécurité sociale au titre d'un arrêt de travail pour maladie ou accident de la vie privée, accident du travail ou maladie professionnelle.

Les prestations versées par l'organisme assureur choisi par l'entreprise ne peuvent, en s'ajoutant à tout autre revenu (sécurité sociale, salaire en cas de reprise d'activité à temps partiel, autre organisme de prévoyance collective, régime d'assurance chômage), permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Lorsque le salarié relève du dispositif de portabilité, cette règle de cumul est appliquée aux indemnités journalières complémentaires par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

Lorsque la sécurité sociale suspend ou supprime ses prestations, les prestations du régime de prévoyance sont de même suspendues ; lorsque la sécurité sociale réduit ses prestations, le régime de prévoyance ne compense pas cette minoration.

Les prestations du régime de prévoyance sont versées tant que sont versées les prestations de la sécurité sociale qu'elles complètent, et au plus tard jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse du salarié (ou à défaut de liquidation effective, l'âge auquel le salarié peut faire valoir ses droits à la retraite à taux plein).

L'organisme assureur peut réaliser un contrôle médical de l'état de santé du salarié.

2.8.2. Incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale sont versées :

- en relais de la période de maintien de salaire par l'employeur au titre des obligations conventionnelles (art. 13 de la convention collective), pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté dans leur entreprise ;
- à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu pour les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté dans leur entreprise.

Pour les salariés bénéficiant du dispositif de portabilité, la franchise est déterminée en fonction de l'ancienneté acquise à la date de cessation du contrat de travail (en cas d'ancienneté supérieure à un an, la période de maintien de salaire est donc reconstituée fictivement).

Le montant de l'indemnité journalière, fixée en pourcentage du 365^e du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la sécurité sociale (et du salaire en cas de reprise d'activité à temps partiel), est de 80 % du salaire de référence.

2.8.3. Invalidité

Il est versé, trimestriellement à terme échu, une pension complémentaire d'invalidité aux salariés indemnisés par la sécurité sociale au titre d'une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie telle que définie par l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, ou d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 33 %.

Le montant de la pension annuelle est fixé en pourcentage du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la sécurité sociale :

- invalidité 1^{re} catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux varie entre 33 % et 65 % : 60 % du salaire de référence (base nette), sous déduction des prestations brutes de sécurité sociale ;
- invalidité 2^e ou 3^e catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 66 % : 100 % du salaire de référence (base nette), sous déduction des prestations brutes de sécurité sociale.

Article 2.9 | *Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail*

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'indemnités journalières complémentaires versées directement par l'employeur ou par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment, lorsque les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée ; ainsi que toute période

de congé rémunéré par l'employeur, par exemple un congé de reclassement, congé de mobilité...).

L'employeur verse la même cotisation que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni perception d'indemnités journalières complémentaires, ni d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ne bénéficient pas du maintien du régime de prévoyance mis en œuvre par leur employeur. À leur demande, ils peuvent bénéficier du maintien des garanties sous réserve d'acquitter l'intégralité des cotisations les finançant auprès de l'organisme assureur choisi par leur employeur.

Article 2.10 | Portabilité des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Les salariés bénéficiaires du régime de prévoyance mis en œuvre par le présent accord collectif auront droit au maintien des garanties en vigueur dans leur entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de douze mois, sous réserve de remplir les conditions fixées par l'article L. 911-8 du CSS. La portabilité des garanties est appliquée dans les conditions prévues par le contrat d'assurance collectif souscrit.

Article 2.11 | Changement d'organisme assureur

Conformément à l'article L. 912-3 du CSS, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente), continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rente d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, l'entreprise s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 2.12 | Revalorisation des prestations

Les prestations versées de façon périodique en application du régime de prévoyance sont revalorisées annuellement dans les conditions prévues par la notice d'information rédigée par l'organisme assureur retenu par l'employeur.

Partie 3 Recommandation d'organismes assureurs

Article 3.1 | Organismes assureurs recommandés

3.1.1. Régime de frais de santé

Aux termes d'une procédure de mise en concurrence conforme à l'article L. 912-1 du CSS et ses décrets d'application, le présent accord collectif recommande pour assurer les garanties du

régime de branche de frais de santé mises en œuvre dans la partie 1 du présent accord collectif, les organismes assureurs suivants :

- APICIL Prévoyance : 38, rue François-Peissel, BP 47, 69642 Caluire-et-Cuire Cedex, France (SIREN n° 321862500) ;
- Malakoff-Humanis Prévoyance : 21, rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 09, France (SIREN n° 775691181).

Les entreprises qui entrent dans le champ d'application du présent accord collectif, restent libres de couvrir leurs salariés auprès de l'organisme assureur de leur choix, sous réserve de respecter le socle minimal de garanties de branche de frais de santé.

Les organismes assureurs recommandés ne peuvent refuser la souscription par une entreprise relevant du champ d'application du présent accord collectif, du contrat d'assurance collectif couvrant le régime de frais de santé.

Ils sont tenus d'appliquer les tarifs tels que déterminés à l'article 1.4.1 du présent accord collectif relatif aux cotisations finançant le régime de frais de santé.

3.1.2. Régime de prévoyance

Aux termes d'une procédure de mise en concurrence conforme à l'article L. 912-1 du CSS et ses décrets d'application, le présent accord collectif recommande pour assurer les garanties du régime de branche de prévoyance mises en œuvre dans la partie 2 du présent accord collectif, les organismes assureurs suivants :

- APICIL Prévoyance en partenariat avec OCIRP :
 - APICIL Prévoyance : 38, rue François-Peissel, BP 47, 69642 Caluire-et-Cuire Cedex, France (SIREN n° 321862500) ;
 - OCIRP : 17, rue de Marignan, CS 50003, 75008 Paris, France (SIREN n° 788334720) ;
- Malakoff-Humanis Prévoyance : 21, rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 09, France (SIREN n° 775691181).

Les entreprises qui entrent dans le champ d'application du présent accord collectif, restent libres de couvrir leurs salariés auprès de l'organisme assureur de leur choix, sous réserve de respecter le socle minimal de garanties de branche de prévoyance.

Les organismes assureurs recommandés ne peuvent refuser la souscription par une entreprise relevant du champ d'application du présent accord collectif, du contrat d'assurance collectif couvrant le régime de prévoyance.

Ils sont tenus d'appliquer les tarifs tels que déterminés à l'article 2.3.1 du présent accord collectif relatif aux cotisations finançant le régime de prévoyance.

Article 3.2 | Réexamen quinquennal des recommandations

Conformément à l'article L. 912-1 III du CSS, les partenaires sociaux devront réexaminer la présente recommandation d'organismes assureurs dans un délai de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur du présent accord collectif.

En ce sens, les partenaires sociaux s'engagent à lancer un appel d'offre visant à mettre en concurrence les organismes assureurs recommandés à l'article 3.1, au plus tard un an avant l'échéance du délai de cinq ans visé à l'alinéa 1^{er} du présent article. Ce nouvel appel d'offre sera ouvert et pourra aboutir à recommander de nouveaux organismes assureurs.

3.3.1. Mise en œuvre d'un degré élevé de solidarité

Le présent accord collectif instaure des régimes de frais de santé et de prévoyance présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non contributif, qui prennent la forme d'une action sociale de branche et de prestations de prévention.

3.3.2. Financement du degré élevé de solidarité

Conformément aux articles L. 912-1 et R. 912-1 du CSS, toutes les entreprises qui entrent dans le champ d'application du présent accord collectif doivent affecter deux pour cent (2 %) du montant de la prime ou de la cotisation conformément à l'article R. 912-1 du CSS, finançant les régimes de frais de santé et de prévoyance, au financement des prestations à caractère non contributif servies dans ce cadre.

Les cotisations des régimes de branche telles que prévues aux articles 1.4.1 et 2.3.1 du présent accord collectif, incluent notamment le financement du degré élevé de solidarité à hauteur de 2 % des cotisations conformément à l'article R. 912-1 du CSS.

3.3.3. Prestations à caractère non contributif

Les prestations à caractère non contributif mises en œuvre au titre du degré élevé de solidarité des régimes de branche de frais de santé et de prévoyance, peuvent prendre la forme notamment :

- de la prise en charge, totale ou partielle de la cotisation de, tout ou partie :
 - des salariés ou apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois ;
 - des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
- du financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale ;
- de la prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant entre autres de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche, instaurée par l'avenant n° 39 du 17 novembre 2017 relatif à la mise en place de la CPPNI, devra déterminer annuellement les orientations des actions de prévention financées dans le cadre du degré élevé de solidarité des régimes de branche.

Elle devra également déterminer les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale, dans le cadre d'un règlement signé avec les organismes assureurs recommandés aux termes de l'article 3.1 du présent accord collectif.

La CPPNI assure le contrôle de la mise en œuvre des orientations des actions de prévention, ainsi que du règlement de fonctionnement et d'attribution des prestations d'action sociale.

Partie 4 Mise en œuvre

Article 4.1 | *Suivi des régimes*

La CPPNI est chargée d'étudier l'ensemble des questions posées par l'application du présent accord collectif, et de veiller au bon fonctionnement des régimes de frais de santé et de prévoyance.

Cette commission se réunira au moins une fois par an à cet effet. Au cours de cette réunion, les organismes assureurs recommandés présenteront les comptes des régimes, ainsi qu'un rapport annuel portant sur tous les éléments d'ordre économique, financier et social nécessaires à l'appréciation de l'application du présent accord.

Les organismes assureurs recommandés proposeront, le cas échéant, des modifications à apporter aux stipulations du présent accord collectif, de nature à permettre de renforcer ou rétablir l'équilibre des régimes de branche. La CPPNI peut demander aux organismes assureurs recommandés de leur fournir toutes les informations et données chiffrées nécessaires à l'appréciation de l'équilibre des régimes.

Les organismes assureurs recommandés intègrent le dispositif de portabilité aux résultats des régimes dans leur ensemble. Ils présentent également de manière isolée les résultats de ce dispositif.

Des conseils indépendants (actuariel et juridique) pourront être désignés par la CPPNI pour effectuer un suivi et un contrôle des régimes, dans le cadre des missions qui leur auront été précisément attribuées par celle-ci, leur rémunération étant imputée au débit du compte de résultats.

Article 4.2 | *Stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés*

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (50) salariés visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Elles s'appliquent donc à tous les salariés des entreprises visées au préambule du présent accord, quel que soit leur effectif.

Article 4.3 | *Durée, révision et dénonciation*

Le présent accord collectif est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Il pourra être révisé selon les modalités prévues par les articles L. 2222-5 et L. 2261-7 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé en application des articles L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail.

Les parties 1 et 2 du présent accord collectif pourront faire l'objet d'une dénonciation partielle, dans le respect des conditions posées aux articles L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 4.4 | *Entrée en vigueur*

Le présent accord collectif entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

À compter de son entrée en vigueur, le présent accord collectif révisé intégralement l'accord collectif du 19 octobre 2011 relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé, tel que modifié par ses avenants précités en préambule, auquel il se substitue.

Les parties conviennent de solliciter son extension, dans le respect de l'article L. 911-3 du CSS.

Article 4.5 | Publicité et dépôt

Par application de l'article D. 2231-2 du code du travail, le présent accord est déposé auprès des services du ministre chargé du travail par la partie la plus diligente.

Le dépôt est opéré en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Le présent accord sera rendu public en étant versé dans la base de données nationale sur le site internet www.legifrance.gouv.fr et publié en version anonymisée, les données personnelles devant être supprimées par le déposant, conformément à l'article L. 2231-5-1 du code du travail.

Fait à Paris, le 23 octobre 2024.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableaux de garanties du régime de branche de frais de santé

Annexe 1.1 Garanties de base du régime de branche

Garanties - remboursements de la Sécurité sociale inclus	BASE	
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	170% BR	
Honoraires (signataires DPTM) (1) :	200% BR	
Actes de chirurgie (ADC)		
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes d'obstétrique (ACO)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Autres honoraires	180% BR	
Honoraires (non-signataires DPTM) :		
Actes de chirurgie (ADC)		
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes d'obstétrique (ACO)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Autres honoraires		
Forfait Hospitalier	100% FR	
Forfait actes lourds	100% FR	
Chambre particulière par jour :	100% FR	
Conventionnée de nuit	limité à 2% PMSS	
Conventionnée de jour	limité à 2% du PMSS	
Personne accompagnante pour enfant de moins de 12 ans	100% FR limité à 1% PMSS	
Conventionné (par nuitée)		
Transport remboursé par la SS	100% BR	
SOINS COURANTS		
Consultation - visites : Généralistes signataires d'un DPTM	150% BR	
Consultation - visites : Généralistes non-signataires d'un DPTM	130% BR	
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	200% BR	
Consultation - visites : Spécialistes non-signataires d'un DPTM	180% BR	
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie)	30€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour enfant de moins de 12 ans	20€/consultation	
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR	
Médicaments et Pharmacie (remboursés SS)	100% BR	
Médicaments et Pharmacie prescrits non remboursés hors vaccins	-	
Vaccins prescrits par un médecin et non remboursés SS	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	
Analyses et examens de biologie médicale remboursée SS	100% BR	
Honoraires paramédicaux (actes remboursés SS)	100% BR	
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	150% BR	
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non-signataires d'un DPTM	130% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non-signataires d'un DPTM	130% BR	
Matériel médical	180% BR	
Orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé par la SS (hors dentaire, auditif et optique)		
Transport remboursé par la SS	100% BR	
Forfait actes lourds	100% FR	
DENTAIRE		
Soins dentaires	150% BR	
Inlays/onlays	150% BR	
Orthodontie remboursée par la SS	280%BR	
Orthodontie non remboursée par la SS	-	
Parodontologie (forfait/an/bénéficiaire)	2,5% PMSS / an	
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	-	
Implantologie (forfait/an/bénéficiaire max 3 implants)	15% PMSS / an	
Prothèses dentaires remboursées par la SS (3)* ** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé et Panier libres
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF (2)	200% BR
Dents de fond de bouche	selon matériau et position de la dent	175% BR
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)		150% BR

OPTIQUE (4)		
	Classe A	Classe B
Verres**	100% du PLV (2)	Grille optique Base ci-après
Monture adulte**		
Monture enfant**		
Lentilles prescrites acceptées par an/bénéficiaire	3% PMSS + RSS	
Lentilles prescrites (refusées, jetables) an/bénéficiaire	3% PMSS	
Chirurgie réfractive par an par œil et par bénéficiaire	15% PMSS	
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique	100% BR dans la limite des PLV	
ACTES DIVERS		
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans) **	Classe 1	Classe 2
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans ou atteint de cécité	100% PLV (2)	1 700 €
Bénéficiaire de plus de 20 ans		1 040 €
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100% BR	
Forfait maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 10 ans)	8% PMSS / enfant	
Sevrage tabagique prescrit par un médecin et non remboursé Ss (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	
Dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 49 ans (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	
Cures thermales remboursées par la SS (par an et par bénéficiaire)	100% BR	

SS : Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(2) HLF : Honoraires Limites de Facturation et PLV : Prix Limites de Vente.

(3) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(4) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII de l'arrêté du 3/12/2018, la prise en charge est annuelle

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)		BASE	
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
sphère de -6 à +6	100% PLV (*)	60,00 €	90,00 €
sphère < -6 ou > +6		80,00 €	120,00 €
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	100% PLV	60,00 €	90,00 €
sphère > 0 et S ≤ +6		60,00 €	90,00 €
sphère > 0 et S > +6		80,00 €	120,00 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25		80,00 €	120,00 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4		80,00 €	120,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
sphère de -4 à +4	100% PLV	80,00 €	120,00 €
sphère < -4 ou > +4		120,00 €	180,00 €
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	100% PLV	80,00 €	120,00 €
sphère > 0 et S ≤ +8		80,00 €	120,00 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4		120,00 €	180,00 €
sphère > 0 et S > +8		120,00 €	180,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥ 0,25		120,00 €	180,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
Verre neutre	100% PLV	60,00 €	90,00 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		90,00 €	90,00 €

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret, S = Cylindre + Sphère, Montant par verre

Annexe 1.2 Garanties optionnelles du régime de branche – Option 1

Garanties - remboursements de la Sécurité sociale inclus		BASE + OPTION 1	
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	170% BR		
Honoraires (signataires DPTM) (1) :	220% BR		
Actes de chirurgie (ADC)			
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Honoraires (non-signataires DPTM) :	200% BR		
Actes de chirurgie (ADC)			
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Forfait Hospitalier	100% FR		
Forfait actes lourds	100% FR		
Chambre particulière par jour :	100% FR		
Conventionnée de nuit	limité à 2% PMSS		
Conventionnée de jour	limité à 2% du PMSS		
Personne accompagnante pour enfant de moins de 12 ans	100% FR limité à 1% PMSS		
Conventionné (par nuitée)			
Transport remboursé par la SS	100% BR		
SOINS COURANTS			
Consultation - visites : Généralistes signataires d'un DPTM	180% BR		
Consultation - visites : Généralistes non-signataires d'un DPTM	160% BR		
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR		
Consultation - visites : Spécialistes non-signataires d'un DPTM	200% BR		
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie)	30€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire		
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour enfant de moins de 12 ans	30€/consultation		
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR		
Médicaments et Pharmacie (remboursés SS)	100% BR		
Médicaments et Pharmacie prescrits non remboursés hors vaccins	-		
Vaccins prescrits par un médecin et non remboursés SS	5% du PMSS par an et par bénéficiaire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursée SS	100% BR		
Honoraires paramédicaux (actes remboursés SS)	100% BR		
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR		
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non-signataires d'un DPTM	150% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	170% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non-signataires d'un DPTM	150% BR		
Matériel médical	260% BR		
Orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé par la SS (hors dentaire, auditif et optique)			
Transport remboursé par la SS	100% BR		
Forfait actes lourds	100% FR		
DENTAIRE			
Soins dentaires	160% BR		
Inlays/onlays	160% BR		
Orthodontie remboursée par la SS	325%BR		
Orthodontie non remboursée par la SS	-		
Parodontologie (forfait/an/bénéficiaire)	5% PMSS / an		
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	-		
Implantologie (forfait/an/bénéficiaire max 3 implants)	30% PMSS / an		
Prothèses dentaires remboursées par la SS (3)** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé et Panier libres	
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF (2)	420% BR	
Dents de fond de bouche	selon matériau et position de la dent	420% BR	
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)		210% BR	

OPTIQUE (4)		
	Classe A	Classe B
Verres**	100% du PLV (2)	Grille optique Base + Option 1 ci-après
Monture adulte**		
Monture enfant**		
Lentilles prescrites acceptées par an/bénéficiaire	6% PMSS + RSS	
Lentilles prescrites (refusées, jetables) an/bénéficiaire	7% PMSS	
Chirurgie réfractive par an par œil et par bénéficiaire	15% PMSS	
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique	100% BR dans la limite des PLV	
ACTES DIVERS		
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans) **	Classe 1	Classe 2
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans ou atteint de cécité	100% PLV (2)	1 700 €
Bénéficiaire de plus de 20 ans		1 040 €
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100% BR	
Forfait maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 10 ans)	20% PMSS / enfant	
Sevrage tabagique prescrit par un médecin et non remboursé Ss (forfait par an et par bénéficiaire)	100 €	
Dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 49 ans (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	
Cures thermales remboursées par la SS (par an et par bénéficiaire)	10% PMSS +RSS	

SS : Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(2) HLF : Honoraires Limites de Facturation et PLV : Prix Limites de Vente.

(3) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(4) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII de l'arrêté du 3/12/2018, la prise en charge est annuelle

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)	BASE + OPTION 1		
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
sphère de -6 à +6	100% PLV (*)	97,00 €	145,00 €
sphère < -6 ou > +6		161,50 €	193,50 €
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	100% PLV	113,00 €	160,00 €
sphère > 0 et S ≤ +6		113,00 €	160,00 €
sphère > 0 et S > +6		113,00 €	161,00 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25		145,00 €	215,00 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4		113,00 €	161,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
sphère de -4 à +4	100% PLV	161,00 €	194,00 €
sphère < -4 ou > +4		194,00 €	226,00 €
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	100% PLV	161,00 €	242,00 €
sphère > 0 et S ≤ +8		161,00 €	242,00 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4		194,00 €	242,00 €
sphère > 0 et S > +8		194,00 €	242,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥ 0,25		194,00 €	242,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
Verre neutre	100% PLV	97,00 €	145,00 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		100,00 €	100,00 €

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret, S = Cylindre + Sphère, Montant par verre

Annexe 1.3 Garanties optionnelles du régime de branche – Option 2

Garanties - remboursements de la Sécurité sociale inclus		BASE + OPTION 2	
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	370% BR		
Honoraires (signataires DPTM) (1) :	420% BR		
Actes de chirurgie (ADC)			
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Honoraires (non-signataires DPTM) :	200% BR		
Actes de chirurgie (ADC)			
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Forfait Hospitalier	100% FR		
Forfait actes lourds	100% FR		
Chambre particulière par jour :	100% FR		
Conventionnée de nuit	limité à 4% PMSS limité à 2% du PMSS		
Conventionnée de jour			
Personne accompagnante pour enfant de moins de 12 ans	100% FR limité à 2% PMSS		
Conventionné (par nuitée)			
Transport remboursé par la SS	100% BR		
SOINS COURANTS			
Consultation - visites : Généralistes signataires d'un DPTM	270% BR		
Consultation - visites : Généralistes non-signataires d'un DPTM	200% BR		
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	370% BR		
Consultation - visites : Spécialistes non-signataires d'un DPTM	200% BR		
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie)	50€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire		
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour enfant de moins de 12 ans	30€/consultation		
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR		
Médicaments et Pharmacie (remboursés SS)	100% BR		
Médicaments et Pharmacie prescrits non remboursés hors vaccins	3% du PMSS par an et par bénéficiaire		
Vaccins prescrits par un médecin et non remboursés SS	5% du PMSS par an et par bénéficiaire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursée SS	100% BR		
Honoraires paramédicaux (actes remboursés SS)	100% BR		
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	220% BR		
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non-signataires d'un DPTM	200% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	220% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non-signataires d'un DPTM	200% BR		
Matériel médical	360% BR		
Orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé par la SS (hors dentaire, auditif et optique)			
Transport remboursé par la SS	100% BR		
Forfait actes lourds	100% FR		
DENTAIRE			
Soins dentaires	160% BR		
Inlays/onlays	370% BR		
Orthodontie remboursée par la SS	400%BR		
Orthodontie non remboursée par la SS	300%BRR		
Parodontologie (forfait/an/bénéficiaire)	5% PMSS / an		
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	480%BRR		
Implantologie (forfait/an/bénéficiaire max 3 implants)	40% PMSS / an		
Prothèses dentaires remboursées par la SS (3)** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé et Panier libres	
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF (2)	540% BR	
Dents de fond de bouche	selon matériau et position de la dent	540% BR	
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)		420% BR	

OPTIQUE (4)		
	Classe A	Classe B
Verres**	100% du PLV (2)	Grille optique Base + Option 2 ci-après
Monture adulte**		
Monture enfant**		
Lentilles prescrites acceptées par an/bénéficiaire	8% PMSS + RSS	
Lentilles prescrites (refusées, jetables) an/bénéficiaire	10% PMSS	
Chirurgie réfractive par an par œil et par bénéficiaire	25% PMSS	
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique	100% BR dans la limite des PLV	
ACTES DIVERS		
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans) **	Classe 1	Classe 2
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans ou atteint de cécité	100% PLV (2)	1 700 €
Bénéficiaire de plus de 20 ans		1 440 €
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100% BR	
Forfait maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 10 ans)	20% PMSS / enfant	
Sevrage tabagique prescrit par un médecin et non remboursé Ss (forfait par an et par bénéficiaire)	100 €	
Dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 49 ans (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	
Cures thermales remboursées par la SS (par an et par bénéficiaire)	20% PMSS + RSS	

SS : Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(2) HLF : Honoraires Limites de Facturation et PLV : Prix Limites de Vente.

(3) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(4) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII de l'arrêté du 3/12/2018, la prise en charge est annuelle

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)	BASE + OPTION 2		
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
sphère de -6 à +6	100% PLV (*)	160,00 €	160,00 €
sphère < -6 ou > +6		300,00 €	300,00 €
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	100% PLV	160,00 €	160,00 €
sphère > 0 et S ≤ +6		160,00 €	160,00 €
sphère > 0 et S > +6		300,00 €	300,00 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25		300,00 €	300,00 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4		300,00 €	300,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
sphère de -4 à +4	100% PLV	300,00 €	300,00 €
sphère < -4 ou > +4		300,00 €	350,00 €
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	100% PLV	300,00 €	300,00 €
sphère > 0 et S ≤ +8		300,00 €	300,00 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4		300,00 €	350,00 €
sphère > 0 et S > +8		300,00 €	350,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥ 0,25		300,00 €	350,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
Verre neutre	100% PLV	160,00 €	160,00 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		100,00 €	100,00 €

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret, S = Cylindre + Sphère, Montant par verre

Annexe 2 Tableau de garanties du régime de branche de prévoyance

GARANTIES en % Salaire	Tranche 1	Tranche 2 (*)
DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE		
Capital Décès toutes causes de base ou invalidité absolue et définitive		
Quelle que soit la situation de famille de l'intéressé	250% du SR Brut	
+ Majoration par enfant à charge	50% du SR Brut	
Majoration pour accident	Doublement du Capital en cas de décès toutes causes	
Garantie double effet (décès simultané ou postérieur du conjoint/concubin/pacsé)	Doublement du Capital toutes causes hors majoration accident	
Frais d'Obsèques	100% du PMSS en vigueur au jour du décès	
RENTES		
Montant mensuel de la rente éducation par enfant à charge		
Jusqu'à 17 ans inclus	8% du SR Brut	
De 18 à 25 ans inclus (sous condition d'études)	12% du SR Brut	
Montant annuel de la rente pour enfant handicapé (viagère en relais de la rente éducation)	12% du SR Brut	
Majoration complémentaire d'orphelin	100% de la rente de base	
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
Franchise en relais des obligations conventionnelles (article 13 de la CCN)	90 jours continus pour les moins d'un an d'ancienneté	
Montant de l'indemnisation	80% du SR Brut - SS Brute	
INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE		
Invalidité		
1ère catégorie sans poursuite d'activité	60% du SR Net - SS Brute	
Invalidité de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie Sécurité sociale	100% du SR Net - SS Brute	
Incapacité Permanente Professionnelle		
Taux compris entre 33 et 66%	60% du SR Net - SS Brute	
Taux supérieur ou égal à 66%	100% du SR Net - SS Brute	

SR : Le salaire de référence est le salaire brut (fixe et variables soumis à cotisations) des 12 mois précédents le fait générateur. En cas de période incomplète le salaire est calculé sur la moyenne de la période connue.

Limite d'indemnisation : En Incapacité Temporaire de Travail et en Invalidité, application de la règle de cumul en cas de poursuite d'activité ou revenu de remplacement

Le versement du capital Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie décès Capital de base

(*) T2 est limitée à 4 PASS pour les non-cadres