Version consolidée au 22/2/2023

Accord du 29 août 2022

portant sur le maintien de dispositions territoriales aux salariés de la branche Métallurgie dans l'Isère et les Hautes-Alpes

en matière de PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE,

modifié par l'Avenant n°1 du 22 février 2023

Entre l'UDIMEC (Union des Industries Métallurgiques, Electriques et Connexes de l'Isère et des Hautes-Alpes) d'une part,

Et

l'(es) Organisation(s) Syndicale(s) signataire(s) d'autre part,

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

PREAMBULE

Depuis 2016, les partenaires sociaux nationaux de la métallurgie se sont engagés dans un processus de refonte des dispositions conventionnelles de la branche. La négociation a abouti à la conclusion d'une nouvelle Convention collective nationale qui vise à bâtir le modèle social de l'industrie de demain en alliant progrès social et développement économique.

La nouvelle Convention collective nationale (CCN) signée le 7 février 2022, modifiée par un avenant n°1 du 1er juillet 2022, entrera en vigueur le 1er janvier 2024 à l'exception des dispositions particulières relatives à la protection sociale complémentaire, dont l'entrée en vigueur par anticipation est prévue à compter du 1er jour du mois suivant la date de publication de l'arrêté d'extension au Journal Officiel de la CCN et au plus tôt le 1er janvier 2023.

Les partenaires sociaux territoriaux, ci-après dénommé « les parties » ont décidé, par un avenant de révision-extinction conclu le 29 juin 2022, de mettre fin à l'application de la Convention collective territoriale des Mensuels des Industries des Métaux de l'Isère et des Hautes-Alpes du 1er octobre 2001 (IDCC n° 2221), ci-après dénommée la Convention collective territoriale, et des accords conclus dans son champ.

Toutefois, les parties ont décidé de conclure le présent accord autonome pour renforcer la protection sociale complémentaire des salariés cadres et non-cadres des entreprises de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes, qui s'appliquera sous réserve et à compter de l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN, respectueux de ces nouvelles dispositions nationales.

Il s'inscrit dans le cadre de l'avenant de révision-extinction précité, dont les parties signataires du présent accord reconnaissent la validité.

La protection sociale complémentaire s'entend aussi bien des prestations en frais de soins de santé que des prestations de prévoyance dite « lourde » en espèces (incapacité, invalidité, décès).

Les parties sont convaincues qu'un niveau élevé de protection sociale complémentaire doit permettre d'atténuer les conséquences pécuniaires des aléas de la vie subis par les salariés des entreprises tout en concourant à accroître l'attractivité des métiers de la métallurgie et renforcer le tissu industriel des départements de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Elles saluent les avancées de la CCN de la métallurgie en matière de protection sociale complémentaire, l'accord autonome permettant de maintenir un niveau élevé de protection sociale dans les départements de l'Isère et des Hautes-Alpes et de conserver la maîtrise du pilotage des régimes prévoyance et santé initiée il y a plus de 20 ans.

Les parties conviennent de renforcer le socle territorial minimal obligatoire de branche en protection sociale complémentaire définissant les garanties de frais de soins de santé et les garanties de prévoyance dite « lourde », au bénéfice des salariés visés à l'article 5 du présent accord.

Les parties conviennent également, conformément aux dispositions conventionnelles nationales, d'instaurer des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité (DES) afin de promouvoir des actions et prestations de solidarité.

Les signataires du présent accord confirment leur attachement à un dialogue social régulier, constructif au regard des intérêts communs de leurs mandants respectifs, et fondé sur la confiance. Ce dialogue social est organisé de façon à piloter le suivi de la réalisation et les éventuelles évolutions du présent accord.

Les entreprises peuvent, si elles le souhaitent, adapter les dispositions du présent accord à condition d'assurer des garanties au moins équivalentes au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail. La mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire collectif par la voie négociée est alors encouragée. Le Comité social et économique est consulté préalablement à la mise en place d'une garantie collective ou à la modification de celle-ci, dans les conditions prévues par la loi.

Chapitre I – Dispositions générales

Article 1er. Objet de l'accord autonome

Le présent accord a pour objet de pérenniser et renforcer un socle minimal de garanties conventionnelles de protection sociale complémentaire de branche.

Article 2. Champ d'application

Le présent accord est conclu dans le champ d'application professionnel défini par la nouvelle CCN de la métallurgie. Il s'applique aux entreprises de la branche de la métallurgie.

Le présent accord est conclu dans le champ d'application géographique suivant, en application de l'article 21 et de l'annexe 8 de la nouvelle CCN de la métallurgie : sur le territoire des départements de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Article 3. Niveau minimal de garanties

Le socle territorial minimal de garanties doit permettre à tous les salariés (y compris les VRP et travailleurs à domicile) des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, tel que défini par l'article 2 ci-dessus, d'accéder à un niveau minimal de garanties de protection sociale complémentaire, au sens de l'article L. 911-2 du Code de la sécurité sociale, en matière de remboursement de frais de soins de santé, dans les conditions définies au chapitre II du présent accord, et de risques de prévoyance lourde, dans les conditions définies au chapitre III du présent accord.

Des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité (DES), au sens de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, sont également mises en place afin de promouvoir, au-delà des garanties précitées, des actions et prestations de solidarité, dans les conditions définies au chapitre IV du présent accord.

Les salariés bénéficient du niveau minimal de garanties ainsi défini par le présent accord quel que soit l'organisme assureur retenu par l'entreprise.

Article 4. Cotisation garantie au niveau de la branche

Les employeurs s'engagent à acquitter une cotisation garantie au niveau de la branche à leur charge exclusive, versée à une institution de prévoyance, à une mutuelle ou à un organisme d'assurance, pour le financement des garanties visées au présent accord.

Cette cotisation garantie est acquittée pour chacun des salariés visés à l'article 5 du présent accord.

Cette cotisation garantie au niveau de la branche est affectée au financement de garanties de protection sociale complémentaire, à l'exclusion des frais de soins de santé. En particulier, cette cotisation sert à financer les prestations afférentes aux garanties de prévoyance lourde prévues au chapitre 3 du présent accord.

Le niveau de cette cotisation garantie au niveau de la branche est fixé à :

- 1,12 % de la rémunération brute soumise à cotisations de Sécurité sociale au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, pour la part n'excédant pas la tranche 2, s'agissant des cadres tels que définis à l'article 5 ci-dessous ;
- 0,6 % de la rémunération brute soumise à cotisations de Sécurité sociale au sens de l'article L. 242-1, du Code de la sécurité sociale, pour la part n'excédant pas la tranche 2, s'agissant des salariés non-cadres ne relevant pas de l'article 5 ci-dessous.

Le pilotage de moyen et long terme des contrats collectifs peut permettre, quand le contrat a constitué des réserves, que les taux mentionnés ci-dessus au titre de la cotisation garantie de branche :

- soient appelés sur la base de taux minorés, ou, à défaut,
- soient réduits de l'équivalent en taux de cotisations, assis sur la masse cotisable, du montant des réserves mobilisées pour équilibrer les comptes de l'exercice.

En cas de recours à l'une des modalités précitées, les entreprises devront le formaliser dans l'acte fondateur du régime instituant les garanties dans l'entreprise, visé à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Le recours à ces modalités ne saurait être durable dans le pilotage du contrat collectif. En particulier, les taux appelés sur la base de taux minorés ne sauraient être durablement inférieurs aux taux mentionnés au titre de la cotisation garantie de branche.

De plus, en cas de recours aux taux appelés sur la base de taux minorés, leur application entre parts patronale et salariale devra être équitable.

Enfin, des réserves durablement croissantes peuvent permettre, sans préjudice des négociations des partenaires sociaux dans la branche, l'amélioration des garanties.

En application des articles L. 2252-1 du Code du travail et 166-2 de la nouvelle CCN de la métallurgie en date du 7 février 2022, l'article 1er de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, n'est pas opposable aux entreprises de la branche entrant dans le champ d'application du présent accord.

Article 5. Salariés bénéficiaires de l'accord autonome

Le présent accord couvre, sans condition d'ancienneté, les salariés cadres et non-cadres des entreprises de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Les cadres sont les salariés définis par référence aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Les non-cadres sont les salariés non définis aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017. Ces catégories sont identifiées ci-après.

Il est rappelé que les entreprises ont la faculté d'intégrer dans la catégorie des cadres, les salariés non-cadres relevant des dispositions conventionnelles de l'article 36 de l'annexe I à la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, tel qu'il était en vigueur au 31 décembre 2018, catégorie agréée par l'APEC.

Catégories d'emplois concernées, **à compter du 1er janvier 2024** :

L'identification des catégories d'emplois pour le bénéfice des dispositions spécifiques en matière de protection sociale complémentaire du présent accord, à compter du 1er janvier 2024, est définie à l'article 62.3 de la nouvelle CCN de la métallurgie en date du 7 février 2022, prenant en compte la nouvelle classification conventionnelle prévue par la CCN, comme suit :

- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017, sont visés les salariés relevant des emplois classés au moins F11 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 (assimilés-cadres), sont visés les salariés relevant des emplois classés au moins E9 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 36 de l'annexe I à la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 tel qu'il était en vigueur au 31 décembre 2018, sont visés les salariés relevant des emplois classés au moins C6.

Catégories d'emplois concernées, **pour l'année civile 2023** :

Par dérogation pour l'année 2023, compte-tenu de la date d'entrée en vigueur postérieure de la nouvelle CCN de la métallurgie, les catégories d'emplois pour le bénéfice des dispositions spécifiques en matière de protection sociale complémentaire du présent accord, sont les suivantes :

- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017, sont visés les salariés relevant de la catégorie des ingénieurs et cadres, telle que définie aux articles 1er, 21 et 22 de la CCN des ingénieurs et cadres de la métallurgie du 13 mars 1972, telle qu'en vigueur au 1er janvier 2023 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 (assimilés-cadres), sont visés les salariés dont l'emploi est classé au moins au 2ème échelon du niveau V de la classification définie par l'Accord national du 21 juillet 1975 sur la classification et la Convention collective territoriale, tels qu'en vigueur au 1er janvier 2023 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 36 de l'annexe I à la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 tel qu'il était en vigueur au 31 décembre 2018, sont visés les salariés dont l'emploi est classé au moins au 2ème échelon du niveau III et, au plus, au 1er 'échelon du niveau V de la classification définie par l'Accord national du 21 juillet 1975 sur la classification et la Convention collective territoriale, tels qu'en vigueur au 1er janvier 2023.

Article 6. La notion d'ayants droit (conjoint et enfants à charge)

6.1 Conjoint

Il s'agit :

- du conjoint non séparé de corps judiciairement ou dont l'acte de séparation à l'amiable a été retranscrit sur l'acte d'état civil ;
- de la personne liée par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- du concubin.

6.2 Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du salarié et ceux de son conjoint, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent aux conditions suivantes :

D'une part :

- ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- ou sont âgés d'au moins 18 ans et jusqu'à 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
    - être sous contrat d'apprentissage ;
    - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
    - être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.

- ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés ;
- ou les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du salarié, s'ils naissent vivants et viables.

D'autre part :

- ils vivent sous le même toit ;
- ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus ;
- ou sont fiscalement à la charge du conjoint du salarié (tel que défini ci-avant).

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge : les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint (tel que défini ci-avant), du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Article 7. Caractère impératif

Conformément à l'article L. 2253-1 du Code du travail, les dispositions du présent accord relevant du champ d'application de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, relatives aux garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, présentent un caractère impératif.

Article 8. Sort des contrats d'assurance collectifs souscrits par les entreprises antérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord

Les entreprises disposant déjà d'un contrat d'assurance collectif de protection sociale complémentaire au profit de leurs salariés, antérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, pourront maintenir leur contrat à la condition que les garanties offertes (y compris la mise en œuvre du DES) par ledit contrat soient au moins équivalentes à celles définies dans le présent accord.

Les entreprises disposant déjà d'un contrat d'assurance collectif de protection sociale complémentaire au profit de leurs salariés, antérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, ne garantissant pas les mêmes risques à un niveau équivalent à celui défini dans le présent accord, devront, au plus tard dans le délai mentionné à l'article 9 ci-après :

- soit adapter les dispositions de leur contrat d'assurance collectif à un niveau au moins équivalent à celui défini dans le présent accord ;
- soit souscrire un nouveau contrat d'assurance collectif auprès de l'organisme assureur de leur choix, à un niveau au moins équivalent à celui défini dans le présent accord.

Article 9. Date d'application

Le présent accord entre en application, sous réserve de l'entrée en vigueur effective des dispositions nationales relatives à la protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN de la métallurgie, à compter du premier jour du mois suivant la date de publication de son arrêté d'extension au Journal Officiel et au plus tôt le 1er janvier 2023.

Article 10. Entreprises de moins de 50 salariés

Au regard de l'objectif de solidarité intergénérationnelle, intragénérationnelle et interentreprises recherché, il est précisé qu'au regard de l'article L. 2232-10-1 du Code du travail, le présent accord ne contient pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Les dispositions du présent accord sont applicables de manière indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture minimale uniforme.

Chapitre II – Dispositions relatives aux garanties conventionnelles de frais de soins de santé

Article 11. Bénéficiaires

11.1 Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent accord, relatif aux garanties de frais de soins de santé, bénéficie à tous les salariés des entreprises tels que définis à l'article 5, entrant dans le champ d'application défini à l'article 2, sans condition d'ancienneté.

Toutefois, les salariés pouvant justifier d'un cas de dispense, conformément à l'article 11.3 ci-après, peuvent être dispensés, à leur demande, d'adhésion au contrat collectif.

11.2 Cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu

11.2.a) Salariés dont la suspension du contrat de travail est indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place par le présent accord est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de leur rémunération ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires servies au titre de la garantie incapacité définie à l'article 22-1 du présent accord ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité…).

Les contributions de l'employeur et des salariés dont la suspension du contrat de travail est indemnisée sont maintenues selon les règles prévues au contrat collectif d'assurance, pendant la totalité des périodes de suspension du contrat de travail indemnisées.

11.2.b) Salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place par le présent accord est suspendu pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et ne donne lieu à aucune indemnisation.

Sont notamment concernés par cette suspension de garanties, les salariés se trouvant dans l'un des cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total, visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Dans cette situation, l'employeur est tenu d'informer l'organisme assureur avant la date de suspension du contrat de travail du salarié, afin d'éviter toute rupture de couverture pendant cette période d'exonération de cotisations.

Les salariés susmentionnés peuvent également demander à rester affiliés au contrat collectif d'assurance, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation.

Dans ce cas, l'organisme assureur prélève la cotisation directement auprès du salarié qui bénéficiera d'un maintien des garanties, ci-après définies, tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente pendant toute la période de suspension de son contrat de travail.

Pour rappel la notice d'information des organismes assureurs, visée à l'article 15 du présent accord, remise par l'employeur au salarié, rappelle les conditions et les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues au présent article.

11.2.c) Salariés en période de réserves militaires ou policières

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière reste obligatoirement garanti au titre du présent chapitre pour l'ensemble des garanties de frais de soins de santé, moyennant le paiement des cotisations. Les modalités de financement de ce maintien sont assurées dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe.

L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'organisme assureur.

11.3 Caractère obligatoire du contrat collectif et Dispenses d'affiliation

Les salariés sont tenus d'adhérer au contrat collectif mis en place à titre obligatoire, sous réserve des cas de dispenses facultatives visées à l'article 11.3.2.a) et des cas de dispenses de droit visés à l'article 11.3.2.b).

Leur adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

11.3.1 Formalisme des demandes de dispenses

Par dérogation au caractère obligatoire du contrat collectif, certains salariés peuvent être dispensés d'adhésion, à leur demande, sous réserve de fournir à leur employeur tout justificatif nécessaire précisant le cadre dans lequel cette dispense est formulée, la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense, ou le cas échéant, la date de fin de ce droit s'il est borné, suivant les exigences réglementaires en vigueur. Cette déclaration doit prendre la forme d'une attestation signée par le salarié et suppose la remise concomitante des justificatifs adéquats.

La demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, à savoir une absence de couverture et la renonciation aux droits à portabilité.

Peuvent être invoqués par les salariés le souhaitant les cas de dispense prévus aux points 11.3.2 a) et 11.3.2.b) ci-après et, en tout état de cause, ceux applicables de plein droit conformément à la législation en vigueur, actuelle et future.

Les salariés peuvent, à tout moment, revenir sur leur demande de dispense, et solliciter, auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au contrat collectif.

En tout état de cause, les salariés cessant de justifier de la situation leur permettant de bénéficier d'un cas de dispense seront tenus de cotiser et d'adhérer au contrat collectif à titre obligatoire.

11.3.2 Cas de dispenses d'affiliation

11.3.2.a) Les dispenses facultatives

Des dispenses facultatives peuvent être formalisées dans l'acte de droit du travail (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur (DUE)).

Les signataires de la présente convention ont négocié les facultés de dispense suivantes au bénéfice des salariés.

Ces derniers peuvent, à leur initiative, et quelle que soit leur date d'embauche, refuser d'adhérer au contrat collectif s'ils le souhaitent, à condition que leur employeur l'ait expressément prévu dans l'acte formalisant le régime dans l'entreprise (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur (DUE)) et à condition d'être dans l'une des situations visées ci-après :

a) Les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais médicaux, conformément à l'article R. 242-1-6, 2, a, du Code de la sécurité sociale ;

b) Les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs, conformément à l'article R. 242-1-6, 2°, b, du Code de la sécurité sociale ;

c) Les salariés à temps partiel et les 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, conformément à l'article R. 242-1-6, 2°, c, du Code de la sécurité sociale.

Les cas de dispense listés ci-dessus peuvent être invoqués par les salariés, dès lors que leur employeur a prévu l'un des cas de dispense précités dans l'acte formalisant le régime, et qu'ils en remplissent les conditions et en justifient.

11.3.2.b) Les dispenses de droit

A leur initiative, les salariés peuvent se dispenser d'adhérer au contrat collectif s'ils respectent les conditions prévues à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale, et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

A défaut de respecter les prescriptions détaillées ci-dessus, le salarié sera automatiquement affilié au contrat collectif à adhésion obligatoire.

Article 12. Versement santé

Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, peuvent se dispenser, à leur initiative, d'adhérer au contrat collectif, dans les conditions fixées à l'article L. 911-7, III, du Code de la sécurité sociale, s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du même Code.

Sous réserve de respecter les conditions précitées, les salariés susvisés peuvent obtenir, de la part de leur employeur, un financement dit « versement santé » , afin de participer à la prise en charge de la couverture santé individuelle responsable qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, ainsi qu'à la portabilité. Les modalités de calcul de ce versement sont fixées à l'article D. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ce versement santé n'est pas cumulable avec le bénéfice de la couverture santé solidaire, le bénéfice d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'un employeur du secteur public.

Article 13. Répartition de la cotisation

Les cotisations servant à financer les garanties minimales conventionnelles obligatoires de frais de soins de santé, mises en place au sein de l'entreprise, sont réparties comme suit :

- 50 % pour l'employeur ;
- 50 % pour le salarié.

Les cotisations afférentes aux garanties facultatives (additionnelles et extension conjoint – enfant) sont entièrement à la charge du salarié.

Néanmoins, les entreprises relevant du champ d'application du présent accord peuvent négocier et mettre en place à leur initiative et dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale :

- une répartition plus favorable au salarié pour la couverture des garanties minimales conventionnelles obligatoires ;
- un régime obligatoire avec des garanties additionnelles en complément du socle minimal conventionnel.

Cette faculté devra être constatée dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque des garanties additionnelles sont mises en place, à titre obligatoire ou facultatif, ou lorsque les garanties sont étendues aux ayants droit des salariés, au sein de l'entreprise, les conditions de participation de l'employeur sont précisées aux articles 14.2 et 14.3.

Article 14. Garanties de frais de soins de santé

Le présent accord, ainsi que le contrat d'assurance souscrit par l'employeur, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1, R. 871-1, R. 871-2, L. 242-1, R. 242-1 et D. 242-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article 83-1° quater du Code général des impôts.

14.1 Socle territorial minimal de garanties obligatoires

Les signataires du présent accord ont convenu d'un niveau minimal de garanties de remboursement de frais de soins de santé devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises visées à l'article 2.

Ce socle minimal de garanties doit bénéficier à tous les salariés visés à l'article 5 du présent accord sous réserve des cas de dispenses visés aux articles 11.3.

La grille de ces garanties minimales est présentée en **Annexe 1** du présent accord.

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans les tableaux de garanties.

La date des soins prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ou celle mentionnée sur les factures pour les actes ne donnant pas lieu à remboursement de la part de la Sécurité sociale.

Les garanties du régime de base conventionnel (obligatoire) sont exprimées y compris les remboursements des régimes de base de la Sécurité sociale.

Le total des remboursements du régime de base de la Sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées.

14.2 Garanties additionnelles

Des garanties additionnelles peuvent venir compléter le socle minimal de garanties de remboursement de frais de soins de santé défini à l'article 14.1 du présent accord.
Les employeurs visés à l'article 2 peuvent mettre en place ces garanties additionnelles, à titre obligatoire ou facultatif, au sein de leur entreprise, dans le respect du dialogue social.

14.2.a) Garanties additionnelles obligatoires

Les employeurs peuvent mettre en place, à titre obligatoire, dans le respect du dialogue social tel que visé dans le préambule du présent accord, les garanties additionnelles susmentionnées. Ils doivent formaliser ce choix par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale au niveau de leur entreprise.

Lorsque les garanties additionnelles sont mises en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

14.2.b) Garanties additionnelles facultatives

Lorsque les garanties additionnelles sont mises en place, à titre facultatif, au sein de l'entreprise, la cotisation afférente est intégralement à la charge des salariés ayant choisi d'opter pour ce niveau supérieur de garanties.

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement de ces garanties additionnelles facultatives.

Pour rappel, dès lors que la couverture est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

14.3 Extension optionnelle des garanties aux ayants droit des salariés

Les garanties relevant du socle minimal obligatoire, défini à l'article 14.1, ainsi que les garanties additionnelles relevant de l'article 14.2 peuvent être étendues au bénéfice des ayants droit des salariés, conformément aux dispositions du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur.

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :
- son conjoint ;
- ses enfants.

Les notions de conjoint et d'enfants à charge sont définies à l'article 6 du présent accord.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :
- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- à la date de l'évènement en cas de demande d'affiliation à la suite d'un mariage, Pacs, concubinage ou en cas de naissance ou d'adoption ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension, dans les autres cas que ceux prévus ci-dessus ;
- en tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

En cas de désaffiliation du conjoint et/ou des enfants, aucune nouvelle demande d'affiliation ne sera acceptée durant un délai de 4 ans, sauf changement de situation de famille ou de situation professionnelle du conjoint tels que définis à l'article 6.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de soins de santé aux ayants droit, est à la charge exclusive du salarié.

Toutefois, l'employeur pourra négocier au sein de son entreprise les conditions d'une éventuelle participation financière à la couverture complémentaire santé des ayants droit de ses salariés. Cette faculté devra être constatée dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Dès lors que la couverture des ayants droit est facultative, il est rappelé que la participation financière de l'employeur au-delà du régime obligatoire des salariés est soumise à charges sociales et doit être intégrée dans l'assiette du salaire imposable du salarié, en application des règles en vigueur à la date de signature du présent accord.

Lorsque cette extension est mise en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50% de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Article 15. Information des salariés

Conformément aux 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'employeur en sa qualité de souscripteur, est tenu de remettre, à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les prestations, décrites dans la notice d'information remise au salarié par l'employeur, relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, l'engagement de l'employeur ne portant que sur le paiement des cotisations et sur le respect des obligations imposées par l'article L. 911-7 II et suivants du Code de la sécurité sociale.

Les salariés seront informés, préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'employeur est tenu d'informer les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, de leur faculté d'obtenir le maintien des garanties frais de soins de santé, sous réserves 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.

Article 16. Cessation des garanties

Le salarié cesse de bénéficier des garanties de remboursement de frais de soins de santé prévues par le présent accord dans les cas suivants :

- en cas de rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité visées à l'article 17 du présent accord ;
- en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 11.2 du présent accord ;
- en cas de liquidation de la pension de retraite relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, à l'exception des cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul-emploi retraite ou de retraite progressive ;
- en cas de non-paiement de la cotisation frais de soins de santé, par l'entreprise, dans les conditions prévues par les dispositions légales applicables en la matière ;
- en cas de décès du salarié ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

Article 17. Maintien des garanties frais de soins de santé

17.1 Portabilité des droits : maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge du régime d'assurance chômage

Depuis le 1er juin 2014, les salariés affiliés au régime conventionnel de frais de soins de santé bénéficient, temporairement, du maintien de la garantie en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une indemnisation du régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions fixées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Le financement de ce dispositif est inclus dans la cotisation acquittée au titre des salariés en activité.

Il appartient à l'ancien salarié de justifier, auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises ; de plus, il est rappelé que l'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail.

Ce dispositif de maintien est également applicable aux ayants droit du salarié, lorsque ceux-ci bénéficient effectivement d'une extension de la garantie frais de santé, par l'intermédiaire du contrat collectif souscrit à cet effet par l'employeur.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant de ce dispositif seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien, qui ne sera pas prolongée d'autant. Il appartient à l'ancien salarié d'informer l'assureur en cas de changement de situation auprès de Pôle emploi.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de maintien relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Le droit à portabilité est conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par cet article.

17.2 Maintien des garanties frais de soins de santé conforme à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Lorsque les salariés sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2 de la loi du 31 décembre 1989, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ils bénéficient du maintien des garanties frais de soins de santé dans les conditions décrites ci-après.

Le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme assureur maintient cette couverture :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les cotisations finançant ce maintien sont à la charge exclusive des anciens salariés ou de leurs ayants droit en cas de décès de ce dernier.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Ainsi :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Chapitre III – Dispositions relatives aux garanties conventionnelles de prévoyance lourde

Article 18. Objet et Bénéficiaires

Les dispositions ci-après manifestent la volonté commune des parties signataires de pérenniser et renforcer le dispositif obligatoire de prévoyance couvrant les risques incapacité, invalidité et décès, au bénéfice de tous les salariés tels que définis à l'article 5, des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 2, sans condition d'ancienneté sous réserve des dispositions spécifiques visées ci-dessous.

Article 19. Cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu

19.1 Salariés dont la suspension du contrat de travail est indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place par le présent accord est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de leur rémunération ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires servies au titre de la garantie Incapacité définie à l'article 22-1 ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité…).

Les contributions de l'employeur et des salariés susvisés sont maintenues selon les modalités prévues par le contrat d'assurance collectif souscrit par l'employeur, et selon les règles applicables à la catégorie de personnes dont relève le salarié, pendant la totalité des périodes de suspension du contrat de travail indemnisées.

⇨ **pour la garantie incapacité** :

L'assiette des cotisations des salariés en suspension du contrat de travail, indemnisée, par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité…), pour la garantie incapacité, est égale au montant brut dudit revenu de remplacement (indemnité légale), le cas échéant complété d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur. Les prestations sont calculées sur la même assiette que celle définie au présent paragraphe.

⇨ **pour les garanties décès et invalidité** :

L'assiette des cotisations, pour les garanties invalidité et décès des salariés en suspension du contrat de travail indemnisée par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité…), est la rémunération antérieure (salaires des douze derniers mois) à la suspension indemnisée du contrat de travail du salarié. Les prestations sont calculées sur la même assiette que celle définie au présent paragraphe.

19.2 Salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place par le présent accord est suspendu pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et ne donne lieu à aucune indemnisation.
Sont notamment concernés par cette suspension de garanties les salariés se trouvant dans l'un des cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Dans cette situation, l'employeur est tenu d'informer l'organisme assureur avant la date de suspension du contrat de travail du salarié, afin d'éviter toute rupture de couverture pendant cette période d'exonération de cotisations.

Les salariés susmentionnés peuvent demander à rester affiliés au contrat collectif, au titre de la seule garantie décès, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation. Dans ce cas, l'organisme assureur prélève la cotisation directement auprès du salarié qui bénéficiera d'un maintien de la garantie décès, ci-après définie, pendant toute la période de suspension de son contrat de travail et tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente.

Pour rappel, la notice d'information des organismes assureurs, visée à l'article 26 du présent accord, remise par l'employeur au salarié, rappelle les conditions et les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues au présent article.

19.3 Salariés en période de réserves militaires ou policières

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière reste obligatoirement garanti, au titre du présent chapitre, pour l'ensemble des garanties de prévoyance, moyennant le paiement des cotisations.

La base de cotisations et des garanties est égale aux salaires bruts des douze derniers mois civils soumis à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, et précédant le mois du départ en période de réserve.

La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'organisme assureur.

Article 20. Répartition de la cotisation

L'employeur doit, sur les cotisations servant à financer les garanties minimales conventionnelles obligatoires de prévoyance mises en place, au sein de l'entreprise :

- pour les salariés non-cadres, s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation venant financer le socle conventionnel territorial minimal institué à titre obligatoire.
  Les entreprises relevant de l'article 2 peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.
  L'assiette des cotisations est constituée par les rémunérations brutes réelles perçues par les salariés.
  La répartition du coût de cette cotisation, entre les salariés et l'employeur, sera réalisée selon les modalités précitées, au sein de chaque entreprise assujettie aux obligations définies par le présent accord. Toutefois, il est expressément convenu que la part de cotisation supportée par le salarié soit 50 % au maximum, inclut prioritairement le financement de la prestation incapacité temporaire.
- pour les salariés cadres, prendre en charge 100 % de la cotisation venant financer le socle conventionnel territorial minimal institué à titre obligatoire. L'assiette des cotisations est constituée par les rémunérations brutes réelles perçues par les salariés.

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, peuvent négocier et mettre en place à leur initiative et dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, un régime obligatoire avec des garanties additionnelles en complément du socle minimal conventionnel. Cette faculté devra être constatée dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque des garanties additionnelles sont ainsi mises en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit participer à leur financement sur la quote-part de cotisation correspondant auxdites garanties additionnelles. Toutefois l'employeur n'est pas tenu par les conditions minimales de participation précitées, applicables uniquement au financement du socle conventionnel territorial minimal institué à titre obligatoire par le présent accord. Les conditions minimales de participation précitées ne sont donc pas applicables sur la quote-part des cotisations venant financer lesdites garanties additionnelles.

Article 21. Caractère obligatoire du contrat collectif

Les salariés visés à l'article 5 sont tenus d'adhérer au contrat collectif mis en place à titre obligatoire.

Leur adhésion s'impose donc, dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 22. Garanties Prévoyance

Les signataires du présent accord ont convenu d'un niveau minimal de garanties de prévoyance (incapacité, invalidité et décès), bénéficiant aux cadres d'une part et aux non-cadres d'autre part, devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises visées à l'article 2.

Ce socle territorial minimal de garanties doit bénéficier à tous les salariés cadres et non-cadres visés à l'article 5.

La grille de ces garanties minimales est présentée en **Annexe 2** du présent accord.

Le présent accord rend obligatoire, pour les entreprises entrant dans son champ d'application tel que défini à l'article 2, la souscription d'un contrat collectif de prévoyance comprenant les garanties minimales ci-après définies et désignées sous le terme socle minimal de garanties.

Pour le calcul de chacune des prestations, le salaire de référence servant de base de calcul des prestations ne peut excéder 8 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale.

22.1 Garantie incapacité temporaire de travail

Sans préjudice de l'obligation de prise en charge de l'évolution des états pathologiques antérieurs, telle que visée à l'article 2 de la loi EVIN n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ne sont prises en compte, au titre des garanties prévues par la présente annexe, que les incapacités temporaires de travail intervenues postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

22.1.a) Objet

Les salariés visés à l'article 5 du présent accord bénéficient, en cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie indemnisé par la Sécurité sociale, de garanties incapacité telles que définies aux articles suivants, leur permettant de leur assurer un niveau d'indemnisation exprimé en pourcentage du salaire de référence défini ci-après, pendant une période déterminée, selon les conditions suivantes.

22.1.b) Salaire de référence

Le salaire de référence correspond à la rémunération brute soumise à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, perçue par le salarié au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la date de l'arrêt de travail, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail, le salaire de référence est composé des revenus de remplacement perçus sur ladite période.

22.1.c) Montant des indemnités journalières complémentaires (IJC)

Le montant des indemnités journalières complémentaires est fixé comme suit.

Pour les salariés cadres :

- 100 % du salaire de référence du salarié cadre jusqu'à 180 jours, à compter du premier jour d'arrêt de travail entièrement non travaillé ;
- 75 % du salaire de référence du salarié cadre jusqu'à expiration des droits.

Pour les salariés non-cadres :

- 75 % du salaire de référence du salarié non-cadre jusqu'à expiration des droits.

L'indemnité journalière complémentaire susmentionnée est versée tant que le salarié bénéficie d'indemnités journalières de Sécurité sociale. Elle n'est plus due dès lors que l'indemnisation par la Sécurité sociale cesse, pour quelque motif que ce soit.

22.1.d) Niveaux d'indemnisation

22.1.d) i Garantie dite « de complément »

Les salariés visés à l'article 5 bénéficient d'une garantie incapacité temporaire de travail, intervenant en complément des indemnités journalières de Sécurité sociale et des obligations patronales, notamment conventionnelles, d'indemnisation des absences pour maladie ou accident.

La garantie incapacité dite « de complément » précédemment définie bénéficie à l'ensemble des salariés visés à l'article 5, bénéficiant d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, d'origine professionnelle ou non, pris en charge par la Sécurité sociale.

Elle prend la forme d'une indemnité journalière complémentaire différentielle égale au niveau d'indemnisation mentionné au point 22.1.c) précédent, sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale et du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations, notamment conventionnelles.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) et l'indemnisation due par l'employeur en cas d'absence pour accident ou maladie, ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

Article 22.1.d) ii Garantie « relais » **(*article modifié par l'Avenant n°1 du 22/2/2023 – art 2)***

Les salariés visés à l'article 5 bénéficient d'une garantie incapacité temporaire de travail, intervenant en relais des obligations patronales, notamment conventionnelles, d'indemnisation des absences pour maladie ou accident, c'est-à-dire à l'expiration desdites obligations d'indemnisation.

Les salariés ayant moins de 12 mois d'ancienneté bénéficient de la garantie « relais » susmentionnée, au terme d'un délai de franchise de 90 jours continus, décompté à compter du premier jour de leur arrêt de travail.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

L'ancienneté ouvrant droit aux garanties prévues par le présent accord est déterminée conformément aux dispositions applicables dans l'entreprise.

22.1.e) Cas des salariés en temps partiel thérapeutique et travail léger

Les salariés bénéficiant d'un dispositif de temps partiel thérapeutique, au sens de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, ou d'un dispositif de travail léger, au sens de l'article L. 433-1 du code précité, bénéficient des dispositions du présent article, sous déduction de la rémunération qu'ils perçoivent en contrepartie de leur travail.

Dans cette hypothèse, l'organisme assureur, chargé de verser des prestations en application du présent accord, intervient sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale et de la rémunération versées aux salariés en temps partiel thérapeutique ou en travail léger.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) et la rémunération versée par l'employeur au titre de l'activité résiduelle ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il travaillait à temps plein.

22.1.f) Garantie indemnité temporaire d'inaptitude

En cas d'inaptitude au travail déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au salarié inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433-1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la Sécurité sociale).

Le présent accord prévoit qu'une indemnité complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, est attribuée au salarié bénéficiaire de la garantie temporaire d'inaptitude. Le versement de cette indemnité complémentaire cesse dès que le versement de l'indemnité temporaire d'inaptitude cesse.

Cette indemnité complémentaire est assimilable à la garantie incapacité. Elle est calculée en complément de l'indemnité temporaire d'inaptitude qui se substitue ainsi, dans le calcul de la prestation visée au présent article, à l'indemnité journalière de Sécurité sociale.

22.2 Garantie invalidité

Sans préjudice de l'obligation de prise en charge de l'évolution des états pathologiques antérieurs, telle que visée à l'article 2 de la loi EVIN n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ne sont prises en compte, au titre des garanties prévues par le présent accord, que les invalidités reconnues postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

22.2.a) Objet

L'assuré classé en 1ère, 2ème ou 3ème catégorie d'invalidité ou dont le taux d'incapacité permanente reconnu par la Sécurité sociale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est et demeure supérieur à 33%, bénéficie d'une rente servie par l'assureur en complément de celle versée par la Sécurité sociale et après déduction des sommes de toutes provenance ayant le même objet.

Cette rente, dont le montant est déterminé en pourcentage du salaire de référence, sera versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente et, au plus tard, jusqu'au versement de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

22.2.b) Salaire de référence

Le salaire de référence précité correspond à la rémunération brute soumise à cotisations de Sécurité sociale au sens de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale, perçue par le salarié au cours des 12 mois civils précédant l'invalidité.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant l'invalidité, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent la reconnaissance de l'invalidité, le salaire de référence est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du salarié, telle que visée à l'article 19.1 du présent accord.

Si une invalidité ou une invalidité absolue et définitive est reconnue plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction de l'évolution d'un indice déterminé dans le contrat collectif d'assurance.

Le salaire de référence servant de base au calcul de la rente invalidité est revalorisé au 1er janvier de chaque année.

22.2.c) Montant de la rente invalidité

- Pour les salariés percevant une pension d'invalidité versée par le régime général :

  Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire pour les salariés cadres est de :

  - Invalidité 1ère catégorie au sens de la Sécurité sociale : 45 % du salaire de référence défini ci-dessus,
  - Invalidité 2ème catégorie au sens de la Sécurité sociale : 75 % du salaire de référence défini ci-dessus,
  - Invalidité 3ème catégorie au sens de la Sécurité sociale : 75 % du salaire de référence défini ci-dessus.

  Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire pour les salariés non-cadres est de :

  - Invalidité 1ère catégorie au sens de la Sécurité sociale : 42 % du salaire de référence défini ci-dessus,
  - Invalidité 2ème catégorie au sens de la Sécurité sociale : 70 % du salaire de référence défini ci-dessus,
  - Invalidité 3ème catégorie au sens de la Sécurité sociale : 70 % du salaire de référence défini ci-dessus.

- Pour les salariés cadres et non-cadres percevant une rente d'incapacité permanente faisant suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle versée par le régime général :

  Le montant de la rente d'invalidité complémentaire est de :

  - Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 33% : il n'y a pas de versement de rente invalidité complémentaire,
  - Si le taux d'incapacité permanente est supérieur à 66 % : la prestation est versée sous forme d'une rente invalidité équivalente à la prestation prévue pour la 2ème catégorie d'invalidité, comme définie ci-dessus,
  - Si le taux d'incapacité permanente est compris entre 33 % et 66% : il y a versement d'une rente invalidité proportionnée, selon le taux d'incapacité du salarié, où « n » représente ledit taux d'incapacité.

La formule de calcul de la rente complémentaire est la suivante : n / 66ème de la rente invalidité 2ème catégorie, comme définie ci-dessus.

22.2.d) Cas de cumuls et d'évolution de la quotité de temps travaillé

En tout état de cause, le cumul de cette rente d'invalidité complémentaire (nette de CSG, de CRDS et de CASA) avec la rente d'invalidité ou toute autre prestation versée par la Sécurité sociale ayant le même objet (nettes de CSG, de CRDS et de CASA) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

En cas de cumul d'une pension d'invalidité et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la pension n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle.

Dans cette hypothèse, l'organisme assureur, chargé de verser des prestations en application du présent accord, intervient sous déduction de la rémunération résiduelle et de la rente sécurité sociale versées aux salariés. La rémunération résiduelle s'entend sans intégration des revalorisations salariales visées ci-dessus.

En cas de modification de la quotité de temps de travail, la pension d'invalidité est recalculée sur la base du salaire de référence ayant servi au calcul initial de la pension d'invalidité, auquel sont appliquées la nouvelle quotité de temps travaillée, ainsi que, le cas échéant, les revalorisations au 1er janvier de chaque année sur la base de l'indice de revalorisation déterminé dans le contrat collectif d'assurance, tel que mentionné à l'article 22.2.b.

22.3 Capital décès

22.3.a) Objet

En cas de décès d'un salarié, les bénéficiaires définis à l'article 22.3.d) perçoivent un capital décès, dans les conditions fixées ci-après.

L'invalidité absolue et définitive reconnue par la Sécurité sociale donne lieu au versement par anticipation de l'intégralité du capital décès ci-après précisé.

Ce capital décès sera versé à tout assuré classé en invalidité 3ème catégorie, ou reconnu atteint d'une incapacité permanente à 100 % par la Sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

22.3.b) Salaire de référence

Le montant du capital décès précédemment défini est exprimé en pourcentage du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond aux salaires bruts, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, des 12 mois civils précédant le décès du salarié ou la reconnaissance de son invalidité absolue et définitive par la Sécurité sociale.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la survenance du décès ou la reconnaissance de son invalidité absolue et définitive par la Sécurité sociale, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent le décès, le salaire de référence est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du salarié, telle que visée à l'article 19.1 du présent accord.

Si le décès ou l'invalidité absolue et définitive survient plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction d'un indice, entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive. Cet indice est celui mentionné à l'article 22.2.b.

Le salaire de référence servant de base au versement du capital décès est revalorisé au 1er janvier de chaque année.

22.3.c) Montant du capital décès

Le montant de ce capital décès est de :

- 200 % du salaire de référence tel que défini à l'article 22.3.b), pour les salariés cadres ;
- 100 % du salaire de référence tel que défini à l'article 22.3.b), pour les salariés non-cadres.

22.3.d) Bénéficiaires **(*article modifié par l'Avenant n°1 du 22/2/2023 – art 2)***

La ou les personnes bénéficiaires du capital décès précédemment défini doit(vent) faire l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du salarié auprès de l'organisme ayant recueilli son adhésion. En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital leur revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité défini ci-après :

- au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la personne liée par le pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, aux descendants de l'assuré ;
- à défaut, par parts égales entre eux aux ascendants directs de l'assuré, et en cas de décès de l'un d'eux, aux survivants (par exemple en cas d'adoption simple) par parts égales entre eux ou à l'unique survivant, pour la totalité ;
- à défaut, aux autres héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

22.4 Allocation de frais d'obsèques

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou équivalent ou de l'un de ses enfants à charge, une allocation de frais d'obsèques d'un montant égal à 100% du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale) sera versée dans la limite des frais réellement engagés.

22.5 Rente éducation

22.5.a) Objet

En cas de décès d'un salarié, ses enfants à charge tels que définis à l'article 6.2, perçoivent une rente temporaire d'éducation, versée mensuellement à terme échu, dans les conditions fixées ci-après.

22.5.b) Salaire de référence

Le montant de la rente temporaire d'éducation susmentionnée est exprimé en pourcentage du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond aux salaires bruts, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, des 12 mois civils précédant le décès du salarié.

Lorsque le salarié n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la survenance du décès, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.
Lorsque le salarié a perçu un revenu de remplacement dans les 12 mois qui précèdent le décès, le salaire de référence est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du salarié, telle que visée à l'article 19.1 du présent accord.

Si le décès survient plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction d'un indice, déterminé dans le contrat collectif d'assurance, entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive. Cet indice est celui mentionné à l'article 22.2.b.

22.5.c) Montant de la rente

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation, en cas de décès d'un salarié cadre ou non-cadre, est de 10% du salaire de référence quel que soit l'âge de l'enfant.

En toute hypothèse, pour les garanties prévues au présent article, le salaire de référence retenu est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est doublé pour les orphelins de père et de mère, en cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.

22.5.d) Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont définis à l'article 6.2.

22.5.e) Extension de la garantie pour les enfants handicapés et en invalidité 2ème et 3ème catégorie

Le bénéfice de la rente éducation, équivalente à 10% du salaire de référence du salarié décédé, est également accordé aux enfants handicapés et reconnus invalides 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale, du salarié et ceux de son conjoint, quel que soit leur âge et sans limitation de durée.

Article 23. Revalorisation des prestations

23.1 Revalorisation des prestations en cours de versement

Les indemnités journalières complémentaires pour incapacité, les rentes d'invalidités complémentaires et les rentes éducation, sont revalorisées au 1er janvier de chaque année, sur la base d'un indice de revalorisation déterminé dans le contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur.

Cet indice est le même pour ces trois prestations, ainsi que pour les salaires de référence mentionnés aux articles 22.1.b, 22.2.b, 22.3.b et 22.5.b.

23.2 Revalorisation des prestations en cas de changement d'organisme assureur

Conformément à l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service à la date du changement d'organisme, y compris les prestations décès prenant la forme de rente, continueront à être revalorisées sur la base de l'indice défini à l'article 22.2.b.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes 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.

En l'absence d'organisme assureur repreneur, en application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les dispositions contractuelles ne peuvent prévoir la cessation de la revalorisation des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du contrat, et la revalorisation doit être prise en charge par le dernier organisme assureur de l'entreprise.

En cas de changement d'organisme assureur, l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale impose à l'employeur d'organiser la poursuite des revalorisations des prestations. Dès lors, la prise en charge de la revalorisation des prestations selon les dispositions contractuelles convenues, par l'organisme assureur prenant, est conforme aux dispositions d'ordre public des articles 7 de la loi du 31 décembre 1989 et L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale.

Article 24. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- du fait de la rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité visées à l'article 25.1 du présent accord ;
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail visées à l'article 19 du présent accord ;
- du fait de la liquidation, par le salarié, de sa pension de retraite relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, sauf en cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul emploi-retraite tel que défini par l'article L. 161-22 du Code de la sécurité sociale ou en cas de retraite progressive, telle que définie par l'article L. 351-15 du même code ;
- en cas de non-paiement de la cotisation prévoyance, par l'entreprise, dans les conditions prévues par les dispositions légales applicables en la matière ;
- en cas de décès du salarié ;
- en tout état de cause, du fait de la dénonciation du présent accord et/ou de la résiliation du contrat d'assurance, selon les conditions et modalités définies par la loi ou ledit contrat, sans préjudice des dispositions des articles 7 et 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Article 25. Maintien des garanties prévoyance

25.1 Portabilité

L'adhésion est maintenue, au profit des anciens salariés, dans le cadre du dispositif de « portabilité », prévu à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

En cas de rupture du contrat de travail d'un salarié, à l'exception des cas de licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie, temporairement, du maintien de son affiliation au contrat collectif de prévoyance de l'entreprise.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le droit à portabilité est conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par cet article.

Pour rappel, l'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité dans le certificat de travail.

25.2 Maintien des garanties prévoyance conforme aux articles 7 et 7-1 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Lorsque les salariés sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention, souscrit en application du présent accord, est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Les modalités de revalorisation des prestations, dans ce cas, se font conformément aux dispositions de l'article 23 du présent chapitre.

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents.
Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2 de la loi du 31 décembre 1989, dans le cadre d'un ou de plusieurs contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement comportant la couverture des risques décès, incapacité de travail et invalidité, la couverture du risque décès doit inclure une clause de maintien de la garantie décès en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité telle que définie dans le contrat, la convention ou le bulletin d'adhésion couvrant le risque décès.

Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Article 26. Information des salariés

En sa qualité de souscripteur, l'employeur est tenu de remettre à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme complémentaire, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application 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.

Les salariés de l'entreprise sont informés, préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Chapitre IV – Mise en place de garanties présentant un degré élevé de solidarité (DES)

Article 27. Objet et modalités de financement des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité

Poursuivant ce qui avait été mis en place dans le cadre du régime conventionnel complémentaire de frais de soins de santé, et conformément aux dispositions des articles L 912-1 et R. 912-2 du Code de la sécurité sociale, le présent accord institue des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité (DES), pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Les signataires du présent accord affirment leur attachement à mettre en œuvre une politique d'action sociale correspondant à la situation spécifique de la branche et venant en supplément des actions pouvant déjà être développées par ailleurs.

Les entreprises visées à l'article 2 sont tenues d'affecter au moins 2 % de la cotisation HT sur les primes d'assurance des contrats collectifs frais de soins de santé et prévoyance lourde au titre des garanties socles et des garanties additionnelles obligatoires, ou un budget équivalent, pour le financement des actions et prestations au titre du degré élevé de solidarité, telles que définies par le présent accord.

Ces actions et prestations sont financées dans la limite des fonds disponibles.

Les éléments relevant du degré élevé de solidarité seront mentionnés dans la notice d'information remise ou salarié par l'employeur et établie par l'organisme assureur.

Au moins une fois par an, les entreprises établissent, selon le périmètre de consolidation qu'elles retiennent (groupe, entreprise ou établissement), un document par lequel elles retracent les éléments de financement consacrés aux prestations à caractère non directement contributif détaillant le degré élevé de solidarité, ainsi que la liste des actions et des prestations déployées ou proposées durant l'exercice écoulé. Il est fortement recommandé aux entreprises de prévoir, dans les contrats collectifs qui les lient à leurs organismes assureurs, que ces derniers transmettront les informations afférentes dans un document que l'employeur retransmettra, aux instances représentatives du personnel ou, à défaut, aux salariés.

Les partenaires sociaux définiront ensemble les garanties et prestations à caractère non directement contributif qui devront être mises en place par les entreprises visées à l'article 2. Ces garanties sont listées à **l'Annexe 3** du présent accord.

Chapitre V – Dispositions finales

Article 28. Condition, durée, révision et dénonciation

La validité du présent accord est subordonnée à l'entrée en vigueur effective des dispositions nationales relatives à la protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN de la métallurgie en date du 7 février 2022.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé en tout ou partie par avenant conclu entre les parties suivant les règles légales et conventionnelles en vigueur.

Toutefois, les articles 14, 22 et 27 du présent accord pourront faire l'objet d'une dénonciation unilatérale par l'une ou l'autre des parties, en cas d'évolution significative du coût de la protection sociale complémentaire dans le champ d'application défini à l'article 2, suivant les règles légales et conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord tel que défini à l'article 2, resteront en tout état de cause tenues de respecter les dispositions nationales en vigueur en matière de protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN de la métallurgie.

Article 29. Entrée en vigueur

Le présent accord entre en vigueur à compter du premier jour du mois suivant la date de publication de son arrêté d'extension au Journal Officiel et au plus tôt le 1er janvier 2023.

Article 30. Formalités de notification et de dépôt

Après sa signature, le présent avenant sera notifié par la partie la plus diligente à l'ensemble des organisations représentatives, puis fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, auprès des services centraux du Ministre chargé du Travail et d'une remise aux secrétariats-greffes des Conseils des Prud'hommes de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Article 31. Suivi et rendez-vous

Les parties conviennent d'évoquer le suivi du présent accord, et de se donner rendez-vous a minima une fois par an.

Également de se réunir à chaque fois que l'une d'entre elles en exprimera le besoin au regard des dispositions de l'accord, en particulier en cas d'évolution des règles nationales de la protection sociale complémentaire dans la branche, ou des règles légales et règlementaires en la matière.

Article 32. Extension

Les parties conviennent de demander l'extension du présent accord.

Fait à Grenoble, le 29 août 2022

UDIMEC	Organisation(s) Syndicale(s) Signataires :
Elnou HENRY Déléguée Générale	CFDT
	CFE-CGC
	CFTC
	CGT
	FO

Liste des annexes : ***(annexes 1 et 2 modifiées par l'Avenant n°1 du 22/2/2023)***

Annexe 1 : Grille des garanties minimales frais de soins de santé (socle territorial obligatoire)

Annexe 2 : Grille des garanties minimales prévoyance lourde (socle territorial obligatoire)

Annexe 3 : Garanties collectives non directement contributives présentant un degré élevé de solidarité (DES)

Grille des garanties minimales « FRAIS DE SOINS DE SANTE » (socle territorial obligatoire)

Personnel NON-CADRE et CADRE

- ANNULE et REMPLACE celle de l'Accord initial du 29/08/2022 -

- Régime Socle -

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour, salle d'opération		150 % BR	
Forfait patient urgence (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)		60€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 17 ans (sur présentation d'un justificatif)		60€ par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
		CONVENTIONNE	**NON CONVENTIONNE**
Honoraires médicaux :			
▶ **remboursés SS**			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
▶ **non remboursés SS**			
Chiropractie, Ostéopathie, Psychomotricité, Étiopathie, Acupuncture, Tabacologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS ou pour les étiopathes, par un professionnel diplômé admis au registre national des étiopathes et/ou sur présentation des pièces requises)		25 € par acte, limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR	
Forfait actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
▶ **remboursés SS**		100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
▶ **remboursée SS**		100 % BR	
▶ **non remboursée SS**			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		100 % FR	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		RSS + Crédit de 600 € par année civile (au minimum 200 % BR)	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
	CONVENTIONNE	**NON CONVENTIONNE**
Equipements 100 % Santé (*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (***)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	1 700 € (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100 % BR	

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la règlementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même règlementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
▶ Panier maitrisé (**)		
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	300 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR dans la limite des HLF	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	300 % BR	
Inlay core	300 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention (y compris la parodontologie remboursée SS)	125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	260 % BR	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	Crédit de 300 € par année civile	
Orthodontie non remboursée SS	250 % BR reconstituée	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) **(**)**	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) **(**)**		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***)		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) **(**)**	100 € maximum	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-dessous en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 200 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 150 € par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

• La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

• Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

• Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

• Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

• La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	TYPE DE VERRES	Montant en € par verre (RSS inclus)
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 **(*)**	SIMPLE	75 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	COMPLEXE	125 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	SIMPLE	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	SIMPLE	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	COMPLEXE	125 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	COMPLEXE	125 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	COMPLEXE	125 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	COMPLEXE	125 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	TRES COMPLEXE	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	COMPLEXE	150 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	COMPLEXE	150 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	TRES COMPLEXE	175 €
		SPH > 0 et S > + 8	TRES COMPLEXE	175 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	TRES COMPLEXE	175 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Cure thermale remboursée SS	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	RSS + Forfait de 250 €
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 450 €
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Assistance	oui

Annexe 2
- Modifiée par l'Avenant n°1 du 22/02/2023

Grille des garanties minimales « PREVOYANCE LOURDE » (socle territorial obligatoire)

Personnel NON-CADRE et CADRE

- ANNULE et REMPLACE celle de l'Accord initial du 29/08/2022 -

- Régime Socle -

Personnel NON-CADRE	Niveau d'indemnisation
DECES toutes causes Quelle que soit la situation de famille	**100%** du salaire de référence T1/T2
IAD (le versement de ce capital par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes)	**100%** du capital décès toutes causes
ALLOCATION OBSEQUES En cas de décès du salarié, conjoint ou enfant à charge	**100%** PMSS (dans la limite des frais réels)
RENTE EDUCATION (en cas de décès du salarié) Rente temporaire aux enfants à charge jusqu'à 25 ans (révolu) (1)	Montant annuel **10%**
Orphelin des deux parents (2)	Doublement de la rente
Rente viagérisée sans limite d'âge (3) Enfant handicapé ou invalide 2ème et 3ème catégorie	OUI
Base de calcul de la rente	Salaire de référence T1/T2 (au minimum égal au plafond annuel Sécurité sociale)
INCAPACITE (en cas d'arrêt de travail du salarié pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale) En relais des droits au maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles pour le salarié en bénéficiant (4) Franchise de 90 jours continus pour le salarié n'ayant pas 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise	Dans la limite du net : **75%** du salaire de référence T1/T2 Prestation servie sous déduction des IJSs brutes et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits à IJSs)
INVALIDITE (en cas d'invalidité ou d'IPP prise en charge par la Sécurité sociale dans les cas visés ci-dessous)	Dans la limite du net :
1ère catégorie d'invalidité	**42%** du salaire de référence T1/T2– RSs brute (5)
2ème catégorie d'invalidité	**70%** du salaire de référence T1/T2– RSs brute (5)
3ème catégorie d'invalidité	**70%** du salaire de référence T1/T2– RSs brute (5)
IPP comprise entre 33% et 66%	**N/66ème** de la rente 2ème catégorie – RSs brute (5)
IPP supérieure à 66%	**70%** du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (5)

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale.
Salaire de référence : salaire brut de référence tel que défini à l'Accord.
IJSs : Indemnité journalière de la Sécurité sociale.
RSs : Rente de la Sécurité sociale.
IPP : Incapacité permanente professionnelle.
IAD : Invalidité absolue et définitive du salarié avec reconnaissance par la Sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie ou taux d'IPP à 100 % suite accident du travail/maladie professionnelle.
Notion de conjoint et d'enfant à charge : cf définition mentionnée à l'article 6 de l'Accord.
N = taux d'incapacité permanente professionnelle du participant reconnu par la Sécurité sociale.

INAPTITUDE AU TRAVAIL : En cas d'inaptitude au travail du salarié déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au salarié inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433-1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas le salarié bénéficiaire de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale susvisée, ouvre droit au versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par l'Accord. Le montant de l'indemnité journalière complémentaire correspond à celui défini au titre de la garantie incapacité temporaire de travail. Elle est servie selon les mêmes modalités, étant entendu que l'indemnité temporaire d'inaptitude se substitue dans le calcul de la prestation visée, à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale d'incapacité temporaire de travail.

(1) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information.
(2) En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.
(3) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.
(4) ou lorsque ces droits deviennent inférieurs à 75 % en cas d'arrêt de travail intervenant avant le 01.01.2024 au titre des obligations conventionnelles applicables antérieurement
(5) et sous déduction de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature.

Personnel CADRE	Niveau d'indemnisation
DECES toutes causes Quelle que soit la situation de famille	**200%** du salaire de référence T1/T2
IAD (le versement de ce capital par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes)	**100%** du capital décès toutes causes
ALLOCATION OBSEQUES En cas de décès du salarié, conjoint ou enfant à charge	**100%** PMSS (dans la limite des frais réels)
RENTE EDUCATION (en cas de décès du salarié) Rente temporaire aux enfants à charge jusqu'à 25 ans (révolu) (1)	Montant annuel **10%**
Orphelin des deux parents (2)	Doublement de la rente
Rente viagérisée sans limite d'âge (3) Enfant handicapé ou invalide 2ème et 3ème catégorie	OUI
Base de calcul de la rente	Salaire de référence T1/T2 (au minimum égal au plafond annuel Sécurité sociale)
INCAPACITE (en cas d'arrêt de travail du salarié pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale) En complément et en relais des droits au maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles pour le salarié en bénéficiant Franchise de 90 jours continus pour le salarié n'ayant pas 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise	Dans la limite du net : **100 %** du salaire de référence T1/T2 jusqu'au 180ème jour d'arrêt de travail puis **75 %** du salaire de référence T1/T2 Prestation servie sous déduction des IJSs brutes et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits à IJSS)
INVALIDITE (en cas d'invalidité ou d'IPP prise en charge par la Sécurité sociale dans les cas visés ci-dessous)	Dans la limite du net :
1ère catégorie d'invalidité	**45%** du salaire de référence T1/T2– RSs brute (4)
2ème catégorie d'invalidité	**75%** du salaire de référence T1/T2– RSs brute (4)
3ème catégorie d'invalidité	**75%** du salaire de référence T1/T2– RSs brute (4)
IPP comprise entre 33% et 66%	**N/66ème** de la rente 2ème catégorie – RSs brute (4)
IPP supérieure à 66%	**75%** du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (4)

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale.
Salaire de référence : salaire brut de référence tel que défini à l'Accord.
IJSs : Indemnité journalière de la Sécurité sociale.
RSs : Rente de la Sécurité sociale**.**
IPP : Incapacité permanente professionnelle.
IAD : Invalidité absolue et définitive du salarié avec reconnaissance par la Sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie ou taux d'IPP à 100 % suite accident du travail/maladie professionnelle.
Notion de conjoint et d'enfant à charge : cf définition mentionnée à l'article 6 de l'Accord.
N = taux d'incapacité permanente professionnelle du participant reconnu par la Sécurité sociale.

INAPTITUDE AU TRAVAIL : En cas d'inaptitude au travail du salarié déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au salarié inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433-1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas le salarié bénéficiaire de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale susvisée, ouvre droit au versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par l'Accord. Le montant de l'indemnité journalière complémentaire correspond à celui défini au titre de la garantie incapacité temporaire de travail. Elle est servie selon les mêmes modalités, étant entendu que l'indemnité temporaire d'inaptitude se substitue dans le calcul de la prestation visée, à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale d'incapacité temporaire de travail.

(1) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information.
(2) En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.
(3) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.
(4) et sous déduction de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature

Annexe 3

Garanties collectives non directement contributives présentant un DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE (DES)

Les parties ont choisi de doter le régime de protection sociale complémentaire instauré, d'un dispositif de prestation à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité (DES).

Il s'agit, comme le précise l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale de prévoir l'institution de garanties collectives présentant un DES et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Ces garanties ont vocation à être mises en œuvre dans l'ensemble des entreprises visées à l'article 2 du présent accord qu'elles que soient les modalités de couverture assurantielles retenues par l'entreprise pour couvrir ses salariés en protection sociale complémentaire.

A ce titre, les parties entendent fixer un cadre qui, d'une part, s'inscrive dans les objectifs assignés au nouveau dispositif conventionnel de renforcer l'attractivité et la compétitivité de la branche et, d'autre part, définisse des axes déclinables dans les entreprises voire précise certaines actions qui pourront être organisées par les entreprises dans le cadre du DES.

1. Degré élevé de solidarité et attractivité et compétitivité de la branche

L'attractivité et la compétitivité de la branche peuvent s'approcher de plusieurs façons, qu'il s'agisse de populations cibles spécifiques ou d'approches davantage liées aux politiques de santé et aux métiers exercés.

A ce titre, s'agissant des populations qui pourraient être plus spécifiquement ciblées par la mise en place de garanties non directement contributives, on peut citer :

- Les alternants : l'alternance constitue en effet un modèle de recrutement pour la branche. Renforcer les outils à dispositions des entreprises pour rendre l'alternance plus performante dans un objectif de formation et de recrutement contribuera à l'attractivité de la branche ;
- Les femmes : la féminisation de la branche (22,7% en 2019) reste encore faible. Des mesures rendant la branche plus attractive pourraient être recherchées notamment au travers du DES ;
- Les aidants : l'augmentation du nombre des aidants auprès de leurs aînés induit par l'augmentation de l'espérance de vie de ces derniers concerne davantage de salariés dans les entreprises. Le recul probable de l'âge légal de départ en retraite dans les années à venir devrait encore accroître le nombre de salariés concernés, qui devront articuler différemment leur vie privée et leur activité professionnelle. Offrir des services aux salariés aidants entre également dans les outils d'une stratégie d'emploi des séniors et contribue à l'attractivité de la branche ;
- Les salariés en risque de désinsertion professionnelle : dont on sait que les outils médico-administratifs mis à disposition ne sont pas encore complètement performants.

S'agissant du second axe identifié et relatif aux politiques de santé et aux métiers exercés, les parties souhaitent s'inspirer en premier lieu de la définition de la santé retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa déclaration fondatrice d'Alma Ata en 1978 : « La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. » En effet, les entreprises contribuent à cet « état complet de bien-être », en particulier selon les axes des branches de la sécurité sociale avec la prévention des risques professionnels pour la branche AT/MP ou la complémentaire santé pour le risque maladie.

Les prestations à caractère non-directement contributif présentant un DES ont également leur rôle à jouer, en particulier dans le cadre d'actions de prévention, pour contribuer à cet « état complet de bien-être » : des prestations retenues dans ce cadre participeraient également des actions permettant d'améliorer l'attractivité et la compétitivité de la branche.

2. Cadrage des actions à retenir dans le cadre du DES de la branche

Pour la mise en œuvre des orientations précisées précédemment, dans le respect du 1er alinéa de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale, les actions à retenir par les entreprises dans le cadre du DES et qui seront financées par les sommes précomptées à ce titre sur les primes d'assurance des contrats collectifs frais de santé et prévoyance lourde, ou par un budget équivalent financé par l'entreprise, doivent s'inscrire sur un ou plusieurs des axes suivants :

- Financement de tout ou partie de la part salariale de la prime d'assurance relative aux frais de soins de santé ou à la prévoyance de certaines catégories de salariés, en particulier des alternants ;

- Prévention en santé, au titre :
  - de la prévention primaire : en particulier pour le dépistage des pathologies relevant du domaine cardiovasculaire, de la santé mentale, de pathologies spécifiques comme l'endométriose...
  - de la prévention secondaire : notamment au travers d'action d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur certaines pathologies comme le diabète...
  - de la prévention professionnelle : au travers d'actions de prévention des risques psycho-sociaux (RPS), de prévention des troubles musculosquelettique (TMS), de programme d'échauffement musculaire, d'actions à mener sur l'ergonomie du poste de travail...

  Ces actions de prévention n'ont pas vocation à se substituer aux dispositifs de prévention du régime général de sécurité sociale, mais à intervenir en articulation avec ceux-ci. Les actions de prévention qui peuvent ainsi compléter les dispositifs du régime général concernent :
  - Aussi bien, en amont de ces dispositifs, le dépistage de risques et l'orientation des salariés vers les actions de prévention proposées :
    - par l'assurance maladie ou par des opérateurs financés par l'assurance maladie ou l'Etat, dans le cadre de la branche maladie ;
    - dans le cadre de la branche AT/MP et relevant en particulier du Comité technique national de la métallurgie.
  - Enfin, des actions spécifiques non dispensées par le régime général.

Sont également prévues des prestations sociales concernant :

- Les prestations d'assistance sociale, par exemple dans l'accompagnement des familles en cas de décès ;
- L'aide aux aidants à la fois au travers d'accompagnement du salarié à assumer son statut d'aidant en particulier s'agissant de l'évolution de sa relation avec l'aidé (par exemple par prestation d'assistance sociale) ; que par des prestations d'aide à l'orientation du couple aidant/aidé, relative au parcours médico-administratif de l'aidé ;
- La prévention de la désinsertion professionnelle au travers d'actions d'aide au retour à l'emploi ou d'aide à l'orientation dans l'offre existante, de financement de prestations d'aide à l'autonomie ;
- L'aide aux salariés ayant été reconnus en situation d'inaptitude par la sécurité sociale : ces aides pourront prendre la forme de prestations en espèces pour ceux ne bénéficiant pas de l'indemnité temporaire d'inaptitude et de son complément prévu à l'article 22.1.f du présent accord, et de prestations en nature pour l'ensemble des salariés concernés.