



Paris, le 18 mai 2015

CIRCULAIRE N°15/06

PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE : SIGNATURE DE DEUX ACCORDS

- Réf. Accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015
- Réf. Accord relatif à un régime de complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015

* * *

Le CNVS porte à la connaissance de ses adhérents la signature de deux accords de branche, l'un portant sur la Prévoyance et le second sur une complémentaire Frais de Santé.

1. Aboutissement des négociations

Ouvertes il y a plus de deux ans par le CNVS avec les partenaires sociaux (cf. Circulaire CNVS n°14/05), les négociations portant sur l'instauration d'un régime de complémentaire Frais de santé et d'un régime de Prévoyance dans la branche se sont clôturées sur un accord global le 1^{er} avril dernier.

Des négociations et un accord qui étaient devenus d'autant plus indispensables que la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, relative à la sécurisation de l'emploi, impose aux entreprises la mise en place à compter du 1^{er} janvier 2016, d'une complémentaire santé afin d'assurer une couverture minimale au profit de l'ensemble des salariés.

Passées deux années de négociations, deux accords ont été signés entre le CNVS et trois organisations syndicales de salariés, la CFE-CGC, la CGT et FO ; la CFDT et la CFTC s'étant déclarées non signataires.

Bien qu'il existe deux accords de branche distincts, ces derniers ont été conclus concomitamment et prévoient notamment un comité paritaire de suivi des régimes commun.

Par ailleurs, **les accords mettent en place un haut degré de solidarité**, conformément aux obligations légales.

En effet, par application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, les accords de branche instaurant des garanties collectives au bénéfice des salariés et prévoyant une recommandation doivent présenter un degré élevé de solidarité.

Il s'agit ici de prestations à caractère non directement contributif, c'est-à-dire d'avantages conférés aux salariés qui ne sont pas strictement proportionnels aux cotisations versées, et qui reposent sur des mécanismes de solidarité.

En outre, les accords permettent, et c'est une réelle novation, **la création d'un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche**. Ce fonds d'actions sociales est commun au régime de Prévoyance et au régime de complémentaire Frais de santé, et géré par les organismes assureurs co-recommandés.

Celui-ci a notamment pour vocation de permettre aux entreprises et aux salariés de la branche de bénéficier d'actions et d'outils à caractère non directement contributif tels que par exemple, des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé.

2. Co-recommandation et gestion déléguée

Une procédure de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats, et sur la base d'un cahier des charges établi en concertation, a permis d'aboutir à **la co-recommandation par les partenaires sociaux, de deux organismes assureurs : KLESIA Prévoyance et MALAKOFF-MEDERIC Prévoyance**.

Par ailleurs, la gestion administrative des régimes est confiée à un organisme tiers, indépendant, choisi conjointement par les deux organismes assureurs co-recommandés, sur la base de critères établis par les partenaires sociaux de la branche.

La délégation de gestion permet d'être au plus proche des besoins des entreprises et des bénéficiaires des régimes. L'un des avantages de la délégation de gestion est également de parvenir à une gestion de la globalisation des résultats en matière de co-recommandation et par conséquent de co-assurance. Cela permet la consolidation de tous les comptes pour un pilotage des régimes et assure au CNVS de pouvoir défendre les intérêts des entreprises.

Ce ne sont pas les co-assureurs qui géreront tout ou partie des prestations d'assurance dans le cadre de la délégation.

Par ailleurs, la délégation de gestion laisse la possibilité à la branche de changer à tout moment d'organisme assureur co-recommandé, sans avoir à changer de gestionnaire, et inversement. Cela assure à la branche une plus grande facilité de changer de prestataire en cas d'insatisfaction notoire, et ce, avec une plus grande simplicité administrative.

3. Niveaux de garanties

- **Complémentaire Frais de santé**

L'accord de complémentaire Frais de santé instaure un régime collectif obligatoire dit « Salarié isolé ».

Pour autant, les entreprises auront la possibilité d'étendre les garanties de la formule « Salarié isolé » de manière obligatoire et collective en souscrivant à une formule « Duo » ou « Famille ».

A défaut d'une extension collective par l'entreprise, la branche a mis en place la possibilité pour le salarié de souscrire de manière individuelle et facultative aux formules « Duo » ou « Famille ».

Par ailleurs, l'entreprise aura la possibilité de relever le niveau des garanties de base conventionnelle en souscrivant à l'un des deux régimes optionnels collectifs à adhésion obligatoire. A défaut, le salarié pourra y souscrire de manière individuelle et facultative.

En tout état de cause, **l'entreprise devra proposer a minima une couverture correspondant au niveau de garanties de la base conventionnelle obligatoire dite « Salarié isolé ».**

- **Prévoyance**

L'accord de Prévoyance qui couvre les risques dits « lourds » (incapacité, invalidité et décès), instaure un régime collectif obligatoire dit « Base obligatoire », correspondant à **un niveau de garanties que l'entreprise devra a minima proposer à ses salariés.**

Par ailleurs, la branche a mis en place la possibilité pour l'entreprise de souscrire à deux régimes optionnels collectifs à adhésion obligatoire.

4. Cotisations

- **Taux de cotisations**

L'ensemble des taux de cotisations sont fixés dans les accords de branche ; vous trouverez ci-dessous les taux de cotisations correspondant aux régimes de base conventionnels obligatoires.

En matière de Prévoyance, pour le régime obligatoire de base du collègue non cadre, le taux de cotisation est fixé à 0.84 % du salaire de référence.

Le salaire de référence pour le calcul des prestations est égal aux salaires bruts (y compris primes, gratifications et rappels de salaire dus au titre des 12 mois civils précédant l'événement), plafonnés à 4 fois le plafond de la Sécurité Sociale ayant donné lieu à cotisations au titre des 12 mois civils précédant l'événement, ou reconstitués en tenant compte des augmentations générales de salaire dont le salarié aurait bénéficié s'il avait été en activité.

S'agissant du régime obligatoire de base du collège cadre, le taux global de la cotisation est fixé à :

- 1.03% de la part du salaire de référence, limitée à un plafond de la Sécurité Sociale ;
- 1.61% du salaire de référence pour la part supérieure à un plafond de la Sécurité Sociale, et limitée à 3 plafonds.

En matière de Frais de santé, le taux de cotisation pour les garanties du régime collectif obligatoire (régime général) « Salarié isolé » est fixé à 1.23% du plafond mensuel de sécurité sociale (3 170€ en 2015).

Cependant, le CNVS s'emploie actuellement à ce que le taux d'appel des cotisations soit inférieur aux taux contractuels figurant dans les accords.

- **Gel des taux de cotisations**

Dans le cadre des négociations conduites par le CNVS, les deux organismes assureurs co-recommandés par la branche ont pris l'engagement **durant les premières années, de geler les taux de cotisations qui reposent sur le plafond mensuel de sécurité sociale en matière de frais de santé, et sur le salaire de référence en matière de prévoyance.**

Ces taux de cotisations seront bloqués pendant trois années en matière de Prévoyance, et pendant deux années en matière de Frais de santé.

- **Répartition des cotisations entre employeurs et salariés**

La répartition globale des cotisations se fera à parts égales, c'est-à-dire à hauteur de 50% à la charge des employeurs et 50% à la charge des salariés, pour le régime de Prévoyance comme pour le régime de complémentaire Frais de santé.

Cependant, il est rappelé aux entreprises qu'elles ont la possibilité, si elles le souhaitent, de prévoir par accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur, une répartition différente de la cotisation globale qui soit plus favorable pour les salariés.

5. Perspectives

Le CNVS informe ses adhérents que les conventions d'assurance permettant la mise en œuvre des accords de branche Prévoyance et Frais de santé sont en cours d'élaboration.

Les régimes de branche Prévoyance et Frais de santé entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Cependant, l'obligation de proposer une couverture en Prévoyance et Frais de santé aux salariés n'incombera aux entreprises qu'à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les entreprises qui le souhaitent pourront dès lors entrer dans les régimes de branche.

Celles qui ont déjà souscrit un contrat d'assurance pour couvrir tout ou partie des risques pourront :

- soit rejoindre les régimes de branche ;
- soit s'assurer que leurs salariés pourront bénéficier à compter du 1^{er} janvier 2016, au moins d'un niveau de garantie équivalent à celui du régime collectif obligatoire pour un salarié dit « isolé » en matière de Frais de santé, et à celui du niveau de garantie de base en matière de Prévoyance, prévus dans les accords.

Nous invitons les entreprises ayant déjà souscrit un contrat d'assurance selon le choix qu'elles feront de rejoindre ou non les régimes de branche, à **vérifier dans leur contrat la date limite de résiliation ou de modification de leur contrat pour mise en conformité effective au 1^{er} janvier 2016.**

Enfin, il est fortement préconisé aux entreprises d'adhérer aux régimes de branche et d'y affilier la totalité de leurs salariés, afin notamment de bénéficier :

- du gel de leurs cotisations durant les premières années ;
- d'une plus grande mutualisation des risques et donc des coûts offrant un fort degré de solidarité ;
- et de profiter du pilotage par la Branche de ces deux régimes, une mission à laquelle le CNVS sera particulièrement attentif afin que les intérêts des entreprises soient préservés.

Les parties signataires ont convenu de demander au Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension de ces deux accords.

* * *
*

Le CNVS reste à votre disposition pour toute précision complémentaire, en nous contactant directement par téléphone ou à l'adresse mail suivante : contact@cnvs.info .

**ACCORD RELATIF A UN REGIME DE PREVOYANCE
DANS LA BRANCHE DES INDUSTRIES ET DES COMMERCE EN GROS DES VINS,
CIDRES, SPIRITUEUX, SIROPS, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES
DU 1^{ER} AVRIL 2015**

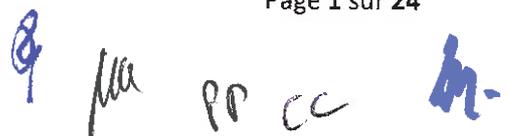
SOMMAIRE :

Préambule
Article 1 – Champ d’application
Article 2 – Degré élevé de solidarité
Article 3 – Gestion du régime
Article 4 – Bénéficiaires à titre obligatoire
Article 5 – Prestations du régime de prévoyance
Article 6 – Cotisations
Article 7 – Revalorisation des prestations
Article 8 – Conditions de suspension et de cessation des garanties
Article 9 – Portabilité des droits de prévoyance
Article 10 – Comité paritaire de suivi du régime
Article 11 – Durée et entrée en vigueur
Article 12 – Révision
Article 13 – Dénonciation de l’accord
Article 14 – Dépôt et extension

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses ont élaboré, négocié et conclu un accord instituant principalement un régime obligatoire de prévoyance (incapacité, invalidité, décès) afin d’apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

Concomitamment, il a été également conclu un accord relatif à un régime complémentaire de frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.



En effet, il est apparu essentiel aux partenaires sociaux de :

- instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif ;
- rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs ;
- faciliter l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'organismes assureurs recommandés après une procédure de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance en 2014, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats.

C'est ainsi que les partenaires sociaux ont procédé à l'appel d'offres auprès d'organismes assureurs sur la base d'un cahier des charges, établi en concertation.

Bien évidemment, au-delà de ces régimes de base obligatoires, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles instituées par le présent accord.

Article 1 – Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 février 1969 et remplace l'accord du 14 février 2003 en vigueur à la date de signature du présent accord, et ne peut être la cause de dispositions moins favorables tant en matière de garanties que de répartition des cotisations entre employeurs et salariés.

Il est préconisé aux entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale, d'adhérer à un organisme assureur recommandé par la branche, et d'y affilier la totalité de leurs salariés au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les entreprises ayant instauré un régime de prévoyance obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, ont la possibilité de ne pas adhérer aux organismes recommandés par la branche, dès lors que les garanties assurées couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord.

Enfin, les entreprises ayant instauré un régime de prévoyance obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, mais dont les garanties assurées ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord, devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause, le choix de l'organisme assureur incombe à l'employeur, qui recueille préalablement l'avis des représentants du personnel lorsqu'ils existent. L'organisme choisi par l'entreprise assure la collecte des cotisations et le versement des prestations correspondant au moins aux dispositions prévues par le présent accord.

Article 2 – Degré élevé de solidarité

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire de prévoyance au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif, responsable et solidaire.

Ce régime a pour vocation de permettre aux entreprises, au travers d'un degré élevé de solidarité de bénéficier d'actions et d'outils à caractère non contributif pour les entreprises et pour les salariés relevant de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

La Commission Sociale Paritaire a décidé de constituer un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche et géré par les organismes d'assurance recommandés.

Ce fonds d'actions sociales est commun au régime de prévoyance de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, et au régime de complémentaire frais de santé de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Son financement annuel est assuré par une part égale à 2% des cotisations versées au titre de l'année et à 5% des résultats créditeurs des régimes de prévoyance et de complémentaire frais de santé de la branche. Il permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la Commission Sociale Paritaire, dans la limite du montant disponible du fonds d'actions sociales.

Ce financement annuel incombe également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, et ayant choisi d'adhérer à un organisme assureur autre que ceux co-recommandés. Ces entreprises verseront cette part des cotisations à leur organisme qui la reversera aux organismes co-recommandés. Cela doit donc permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses, de bénéficier du fonds d'actions sociales.

La Commission Sociale Paritaire en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel sur les comptes des régimes de branche, et vérifie que la mise en œuvre par les

organismes d'assurance auprès desquels le fonds a été placé en gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

La Commission Sociale Paritaire a décidé que le fonds d'actions sociales assurerait le financement :

- Des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;
- D'un forfait de sevrage alcoolique par bénéficiaire, permettant le remboursement total ou partiel du coût non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- Des prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - o Soit à titre individuel, l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés et ayants droit ;
 - o Soit à titre collectif, pour les salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Il est constitué, au sein du régime de prévoyance, un observatoire de la santé au travail, permettant plus aisément aux entreprises de se situer dans l'environnement de la branche.

Par ailleurs, les partenaires sociaux et les organismes co-recommandés mettent en œuvre tout type d'actions de prévention collective accessibles aux salariés et aux entreprises ayant adhéré à l'un des organismes co-recommandés par la branche. Pour se faire, il sera fait appel aux organismes co-recommandés qui useront de leur propre fonds d'actions sociales déjà constitué.

Tout comme les actions mises en œuvre au travers du fonds d'actions sociales dédié à la branche, ces actions de prévention pourront notamment porter sur les dépendances et la perte d'autonomie y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Par ailleurs, une sensibilisation sur la thématique du handicap à destination des employeurs et des salariés sera proposée chaque année par les organismes assureurs.

Article 3 – Gestion du régime

Article 3.1 - Les organismes co-recommandés

La procédure de mise en concurrence mise en œuvre conformément aux articles D. 912-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale a permis à la Commission Sociale Paritaire de procéder à la co-recommandation de plusieurs organismes d'assurance pour une durée de cinq années.

Il s'agit de : - KLESIA Prévoyance : institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 4-22, rue Marie-Georges Picquart – 75017 PARIS

- Malakoff-Médéric Prévoyance : institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 21, rue Laffitte – 75317 PARIS

Ces deux organismes assurent l'ensemble des risques à l'exception de la rente éducation et de la rente de conjoint qui sont assurées par l'OCIRP (Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 17, rue de Marignan – 75008 PARIS).

Conformément à l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité Sociale, les partenaires sociaux réexamineront les modalités d'organisation de la recommandation dans un délai qui ne pourra pas excéder cinq ans à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au moins six mois avant le terme de la recommandation.

Article 3.2 - Gestion administrative

La gestion administrative est déléguée auprès d'un tiers indépendant par les organismes assureurs co-recommandés.

Il lui sera confié tant la gestion du régime mis en place dans le cadre du présent accord, que celle qui résulte de l'accord relatif à un régime complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Article 4 – Bénéficiaires à titre obligatoire

Le bénéfice des garanties visées à l'article 5 du présent accord, est ouvert au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969, dès lors qu'ils ont une ancienneté d'au moins trois mois à compter de leur inscription dans les effectifs de l'entreprise.

Sont bénéficiaires du régime de base obligatoire de prévoyance :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise (ayant une ancienneté d'au moins trois mois),
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail et maladie professionnelle) et indemnisés par la Sécurité Sociale,
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quel qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant la période, du maintien de salaire, total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise,
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail, ou sous réserve du Procès-Verbal du Conseil d'Administration, les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité Sociale, sont assimilés à des salariés.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire.

L'employeur peut également souscrire, afin de mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire, à l'un des deux niveaux optionnels présentant des garanties plus élevées.

En application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties Prévoyance pourront être acquises dans le cadre d'un contrat collectif et à adhésion obligatoire, aux salariés cadres et non cadres dès la date d'entrée des salariés dans les effectifs de l'entreprise.

Si tel n'est pas le cas, s'ils le souhaitent, les salariés cadres et non cadres pourront dans le cadre d'un régime Prévoyance facultatif, bénéficier des garanties acquises aux salariés cadres et non cadres dès leur date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise. Ils seront alors redevables de l'intégralité de la cotisation correspondante, excepté si l'employeur souhaite en prendre en charge une partie.

Article 5 – Prestations du régime de prévoyance : Garantie Incapacité temporaire totale de travail - Décès - Invalidité, Rente de conjoint et Rente éducation

Article 5.1 - Assiette des prestations : salaire de référence

A défaut d'indications particulières dans les articles du présent accord qui suivent, et notamment ceux présentant des tableaux de garanties, il sera retenu pour le calcul des garanties le salaire de référence du salarié.

Le salaire de référence pour le calcul des prestations est égal aux salaires bruts (y compris primes, gratifications et rappels de salaire dus au titre des 12 mois civils précédant l'événement), plafonnés à 4 fois le plafond de la Sécurité Sociale ayant donné lieu à cotisations

au titre des 12 mois civils précédant l'événement, ou reconstitués en tenant compte des augmentations générales de salaire dont le salarié aurait bénéficié s'il avait été en activité.

Selon la nature ou le niveau de la garantie, ce salaire peut être brut ou net des cotisations de la Sécurité Sociale.

Article 5.2 - Garantie incapacité temporaire totale de travail

Le régime conventionnel de base prévoit le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité Sociale, en cas d'arrêt total temporaire de travail du salarié par suite de maladie ou d'accident du travail ou de maladie professionnelle, dès lors qu'il bénéficie des prestations en espèces prévues à l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale (maladie et accident de droit commun) ou à l'article L. 433-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Le régime de prévoyance garantit le versement d'indemnités journalières dont le montant est défini dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord, sur la base du salaire brut de référence, sous déduction des indemnités journalières brutes versées par le régime général de la Sécurité Sociale.

Ces indemnités journalières complémentaires seront versées à l'issue d'une période de franchise en nombre de jours d'arrêt de travail continu, définie dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord.

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la Sécurité Sociale et du régime de prévoyance ou de toute autre rémunération, ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle salariée.

Lorsque le régime de base suspend ses prestations, les prestations complémentaires sont elles aussi suspendues.

Dans tous les cas, le versement des indemnités journalières complémentaires cesse au plus tard :

- dès la fin du versement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, et au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité Sociale,
- à la date de reprise du travail,
- au décès du salarié, (hormis les indemnités dues avant la survenance du décès)
- à la liquidation de la pension vieillesse,
- au versement d'une rente accident du travail.

Pour les salariés non cadres ne justifiant pas de l'ancienneté nécessaire pour bénéficier de l'indemnisation au titre du maintien de salaire conventionnel, résultant de l'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs

de France, l'indemnisation prévue par le régime de prévoyance de branche débutera à l'issue d'une franchise en nombre de jours d'arrêt de travail continu, définie dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord.

Article 5.3 - Garantie Invalidité

Le régime conventionnel de base prévoit le paiement d'une rente lorsque le salarié justifie d'une invalidité permanente telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale, et pour laquelle il perçoit de la part de la Sécurité Sociale une pension d'invalidité, sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne dans le cas d'une invalidité de 3^{ème} catégorie) versée par la Sécurité Sociale.

En cas d'invalidité permanente définie à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale, il est versé au salarié une rente complétant celle servie par la Sécurité Sociale, dont le montant est défini dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord (exceptés les cas où il est expressément fait référence au salaire net dans les tableaux).

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité Sociale et pendant toute la durée de l'invalidité du salarié.

En tout état de cause, le versement des prestations prévues ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle salariée.

Le versement de la rente cesse au plus tard :

- lorsque le salarié n'est plus reconnu invalide par la Sécurité Sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la Sécurité Sociale ;
- à la date de transformation de la pension invalidité en pension vieillesse par la Sécurité Sociale ;
- au jour du décès.

Article 5.4 - Garantie Décès toutes causes

Le régime de base obligatoire de prévoyance prévoit le paiement d'un capital en cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause. Le capital garanti comprend un capital de base, auquel peuvent s'ajouter des majorations de capital en fonction de la situation de famille du salarié à la date du décès.

Le capital de base est défini dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord.

En cas de survenance d'une invalidité absolue et définitive (IAD), le régime obligatoire de base prévoit le paiement anticipé du capital décès au salarié, si lui ou son représentant en fait la

demande suivant la notification de la Sécurité Sociale (sauf cas de force majeure). Le paiement anticipé du capital décès entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties dont bénéficie le salarié, sauf les garanties double effet, Rente éducation et Rente de conjoint.

Bénéficiaires du capital décès

Le salarié a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser au titre du présent accord.

En dehors d'une désignation particulière expresse dûment notifiée par le participant, le capital décès est versé selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint du salarié légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- ou au partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- ou à défaut au concubin du salarié ;
- ou à défaut, aux enfants du salarié nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants du participant par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers déterminés par l'ordre de dévolution successorale.

Article 5.5 - Garantie double effet

En cas de décès du conjoint avant l'âge de liquidation de ses droits à la pension retraite, simultané ou postérieur à celui du salarié, le régime prévoit qu'un capital supplémentaire est versé aux enfants du salarié ou à leur tuteur.

Le montant de ce capital supplémentaire est défini dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord.

Cette garantie cesse à la date de remariage du conjoint ou de la signature par celui-ci d'un nouveau PACS, ou à la liquidation des droits à la pension retraite du conjoint.

Article 5.6 - Garantie frais d'obsèques

Le régime de base obligatoire de prévoyance prévoit le versement d'une allocation en cas de décès du salarié inscrit aux effectifs de l'entreprise, de son conjoint ou d'un enfant à charge, quelle qu'en soit la cause.

Le montant de cette allocation est défini dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord.

L'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif établi par une société de pompes funèbres, sans pouvoir excéder les sommes engagées.

Article 5.7 - Garantie Rente de conjoint

En cas de décès du salarié, le régime obligatoire prévoit le versement au conjoint survivant d'une rente, dont le montant annuel est calculé en appliquant le pourcentage défini à l'article 5.9 du présent accord à l'assiette de prestations.

Il est versé au conjoint survivant une rente viagère ou une rente temporaire.

Est considéré comme conjoint, pour le régime de prévoyance :

- Le conjoint judiciairement non séparé de corps ;
Soit la personne mariée au salarié ou liée au salarié par un pacte civil de solidarité.
- Le concubin pourrait être assimilé à un conjoint s'il s'agit de la personne vivant maritalement avec le salarié sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - que le salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif.

Article 5.8 - Garantie Rente éducation

Le régime de base obligatoire prévoit le service d'une rente aux enfants à charge du salarié en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) du salarié durant la période de garantie.

Cette rente est une rente temporaire versée pour chacun des enfants à charge du salarié dont le montant est calculé en appliquant le pourcentage défini dans les tableaux figurant à l'article 5.9 du présent accord.

Les cas suivants font apparaître les enfants réputés à charge du salarié pour l'ensemble des garanties prévues dans le présent accord et notamment pour la garantie de rente éducation indépendamment de la position fiscale :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis- c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs - du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du participant, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- Jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition.

- Jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

- Sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent participant.

Article 5.9 - Niveaux de garanties du régime

- Pour le collègue non cadre :
 - Base obligatoire

Nature de la garantie	Pourcentage de la garantie
Garanties Décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge	100% du salaire annuel brut de référence
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	100% du salaire annuel brut de référence
Tout salarié avec un enfant à charge	110% du salaire annuel brut de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	10% du salaire annuel brut de référence
Invalidité absolue et définitive	100% du capital décès toutes causes
Garantie Double effet	100% du capital décès toutes causes
Garantie Frais d'obsèques	100% Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
Garantie Rente de Conjoint	
Rente temporaire versée jusqu'à l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein (sans condition de pension de réversion)	10% du salaire annuel brut de référence
Garantie Rente Education	
De 0 au 16 ^{ème} anniversaire	6% du salaire annuel brut de référence
Du 16 ^{ème} anniversaire au 26 ^{ème} anniversaire	8% du salaire annuel brut de référence
La rente est versée sous conditions après le 18 ^{ème} anniversaire	
Garantie Incapacité de travail	
En relais du maintien de salaire prévu dans la convention collective	Franchise maximum de 115 jours
Indemnité journalière y compris part Sécurité Sociale	75% du salaire brut de référence
Garantie Invalidité	
1 ^{ère} catégorie	Néant
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	60% du salaire brut de référence

○ Niveau 1 optionnel collectif

Nature de la garantie	Pourcentage de la garantie
Garanties Décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge	150% du salaire annuel brut de référence
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	200% du salaire annuel brut de référence
Tout salarié avec un enfant à charge	250% du salaire annuel brut de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	50% du salaire annuel brut de référence
Invalidité absolue et définitive	100% du capital décès toutes causes
Garantie Double effet	100% du capital décès toutes causes
Garantie Frais d'obsèques	100% Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
Garantie Rente de Conjoint	
Rente viagère en relais des pensions de réversion	$0.25\% \text{ TA} \times (\text{agefin} - X)$
Où agefin = âge légal de liquidation de la retraite à taux plein	$+ 0.50\% \times \text{TB} (\text{agefin} - X)$
Où X = âge du salarié au moment du décès	
Garantie Rente Education	
De 0 au 16 ^{ème} anniversaire	10% du salaire annuel brut de référence
Du 16 ^{ème} anniversaire au 26 ^{ème} anniversaire	12% du salaire annuel brut de référence
La rente est versée sous conditions après le 18 ^{ème} anniversaire	
Garantie Incapacité de travail	
En relais du maintien de salaire prévu dans la convention collective	Franchise maximum de 90 jours
Ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation	
Non bénéficiaire de la CCN (ancienneté inférieure à 1 an)	Franchise de 90 jours
Indemnité journalière y compris part Sécurité Sociale	75% du salaire brut de référence
Garantie Invalidité	
1 ^{ère} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	42% du salaire brut de référence
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	70% du salaire brut de référence

○ Niveau 2 optionnel collectif

Nature de la garantie	Pourcentage de la garantie
Garanties Décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge	250% du salaire annuel brut de référence
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	250% du salaire annuel brut de référence
Tout salarié avec un enfant à charge	300% du salaire annuel brut de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	50% du salaire annuel brut de référence
Invalidité absolue et définitive	100% du capital décès toutes causes
Garantie Double effet	100% du capital décès toutes causes
Garantie Frais d'obsèques	100% Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
Garantie Rente de Conjoint	
Rente viagère (sans condition de pension de réversion)	10% du salaire annuel brut de référence
Garantie Rente Education	
De 0 au 16 ^{ème} anniversaire	12% du salaire annuel brut de référence
Du 16 ^{ème} anniversaire au 26 ^{ème} anniversaire	14% du salaire annuel brut de référence
La rente est versée sous conditions après le 18 ^{ème} anniversaire	
Garantie Incapacité de travail	
En relais et complément du maintien de salaire prévu dans la convention collective	Franchise maximum de 90 jours
Ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation	
Non bénéficiaire de la CCN (ancienneté inférieure à 1 an)	Franchise de 90 jours
Indemnité journalière y compris part Sécurité Sociale	80% du salaire brut de référence
Garantie Invalidité	
1 ^{ère} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	48% du salaire brut de référence
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	80% du salaire brut de référence

- Pour le collège cadre :
 - Base obligatoire

Nature de la garantie	Pourcentage de la garantie
Garanties Décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge	200% du salaire annuel brut de référence
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	200% du salaire annuel brut de référence
Tout salarié avec un enfant à charge	300% du salaire annuel brut de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	100% du salaire annuel brut de référence
Invalidité absolue et définitive	100% du capital décès toutes causes
Garantie Double effet	100% du capital décès toutes causes
Garantie Frais d'obsèques	100% Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
Garantie Rente de Conjoint	
Rente temporaire versée jusqu'à l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein (sans condition de pension de réversion)	10% du salaire annuel brut de référence
Garantie Rente Education	
De 0 au 16 ^{ème} anniversaire	5% du salaire annuel brut de référence
Du 16 ^{ème} anniversaire au 18 ^{ème} anniversaire	10% du salaire annuel brut de référence
Du 18 ^{ème} anniversaire au 26 ^{ème} anniversaire	15% du salaire annuel brut de référence
La rente est versée sous conditions après le 18 ^{ème} anniversaire	
Garantie Incapacité de travail	
Franchise continue de 90 jours	
Ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation	
Indemnité journalière y compris part Sécurité Sociale	70% du salaire brut de référence
Garantie Invalidité	
1 ^{ère} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	52.5% du salaire brut de référence
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	70% du salaire brut de référence

o Niveau 1 optionnel collectif

Nature de la garantie	Pourcentage de la garantie
Garanties Décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge	270% du salaire annuel brut de référence
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	360% du salaire annuel brut de référence
Tout salarié avec un enfant à charge	440% du salaire annuel brut de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	80% du salaire annuel brut de référence
Invalidité absolue et définitive	100% du capital décès toutes causes
Garantie Double effet	100% du capital décès toutes causes
Garantie Frais d'obsèques	100% Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
Garantie Rente de Conjoint	
Rente viagère (sans condition de pension de réversion)	$0.25\% TA \times (\text{agefin} - X)$
Où agefin = âge légal de liquidation de la retraite à taux plein	$+ 0.50\% TB \times (\text{agefin} - X)$
Où X = âge du salarié au moment du décès	
Garantie Rente Education	
De 0 au 16 ^{ème} anniversaire	12% du salaire annuel brut de référence
Du 16 ^{ème} anniversaire au 26 ^{ème} anniversaire	14% du salaire annuel brut de référence
La rente est versée sous conditions après le 18 ^{ème} anniversaire	
Garantie Incapacité de travail	
Franchise continue de 90 jours	
Ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation	
Indemnité journalière y compris part Sécurité Sociale	75% du salaire net de référence
Garantie Invalidité	
1 ^{ère} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	75% du salaire net de référence
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	100% du salaire net de référence

g M
 P P ce M

○ Niveau 2 optionnel collectif

Nature de la garantie	Pourcentage de la garantie
Garanties Décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge	400% du salaire annuel brut de référence
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	400% du salaire annuel brut de référence
Tout salarié avec un enfant à charge	400% du salaire annuel brut de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	100% du salaire annuel brut de référence
Invalidité absolue et définitive	100% du capital décès toutes causes
Garantie Double effet	100% du capital décès toutes causes
Garantie Frais d'obsèques	100% Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
Garantie Rente de Conjoint	
Rente viagère (sans condition de pension de réversion)	10% du salaire annuel brut de référence
Garantie Rente Education	
De 0 au 16 ^{ème} anniversaire	10% du salaire annuel brut de référence
Du 16 ^{ème} anniversaire au 18 ^{ème} anniversaire	15% du salaire annuel brut de référence
Du 18 ^{ème} anniversaire au 26 ^{ème} anniversaire	20% du salaire annuel brut de référence
La rente est versée sous conditions après le 18 ^{ème} anniversaire	
Garantie Incapacité de travail	
Franchise continue de 90 jours	
Ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation	
Indemnité journalière y compris part Sécurité Sociale	100% du salaire net de référence
Garantie Invalidité	
1 ^{ère} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	60% du salaire net de référence
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie, y compris part Sécurité Sociale	100% du salaire net de référence

Article 6 – Cotisations

Les taux de cotisation ci-après sont maintenus pendant trois ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constante.

Article 6.1 - Taux de cotisation du collègue non cadre

Le taux global de la cotisation pour le régime obligatoire de base du collègue non cadre est fixé à 0.84 % du salaire de référence précisé à l'article 5.1 du présent accord.

Si l'employeur retient un niveau de couverture obligatoire collective optionnelle :

- taux global de la cotisation fixé à 1.32% de la fraction du salaire de référence précisé à l'article 5.1 du présent accord limité à un plafond de la Sécurité Sociale et à 1.53% de la part du salaire de référence excédant le plafond de la Sécurité Sociale pour le niveau optionnel 1 ;
- taux global de la cotisation fixé à 1.81 % du salaire de référence pour le niveau optionnel 2.

Le taux de cotisation intègre le financement des actions dédiées à la mise en œuvre de la politique de solidarité définie dans le cadre de l'article 2 du présent accord.

À défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, la cotisation globale prévue et définie dans le présent article est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

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

Article 6.2 - Taux de cotisation du collègue cadre

Le taux global de la cotisation pour le régime obligatoire de base du collègue cadre est fixé à :

- 1.03% de la part du salaire de référence défini à l'article 5.1 du présent accord, limitée à un plafond de la Sécurité Sociale ;
- 1.61% du salaire de référence défini à l'article 5.1 du présent accord pour la part supérieure à un plafond de la Sécurité Sociale, et limitée à 3 plafonds.

Salaire de référence plafonné à 4 plafonds



Si l'employeur retient un niveau de couverture obligatoire collective optionnelle :

- taux global de la cotisation fixé à 1.31% de la part du salaire de référence, défini à l'article 5.1 du présent accord, limitée à un plafond de la Sécurité Sociale et 2.08% de la part du salaire de référence supérieure au plafond de la Sécurité Sociale pour le niveau optionnel 1
- taux global de la cotisation fixé à 1.65% de la part du salaire de référence, défini à l'article 5.1 du présent accord, limitée à un plafond de la sécurité sociale et 2.24% de la part du salaire de référence supérieure au plafond de la Sécurité Sociale pour le niveau optionnel 2

Le taux de cotisation intègre le financement des actions dédiées à la mise en œuvre de la politique de solidarité définie dans le cadre de l'article 2 du présent accord.

S'agissant des salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale des cadres du 14 mars 1947, il est rappelé que l'employeur est tenu de prendre à sa charge exclusive une cotisation égale à 1,50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité Sociale et d'en affecter plus de la moitié à la couverture du risque décès (article 7 de la CCN du 14 mars 1947).

En d'autres termes, à défaut de modifications législatives ou conventionnelles ultérieures, l'employeur doit prendre en charge une cotisation égale à 1,50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité Sociale ; cette cotisation doit être affectée à la couverture de garanties prévoyance (prévoyance lourde et frais de santé) et plus particulièrement, pour plus de la moitié, à une couverture décès.

À défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, la cotisation globale définie dans le présent article est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

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

Article 7 – Revalorisation des prestations

En cas de changement d'organisme, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme choisi par les partenaires sociaux, conformément à l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 8 – Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 8.1 - Suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Toutefois en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur), la garantie est maintenue.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Par exception, les garanties décès sont maintenues sans contrepartie de cotisation dans les cas de suspension du contrat de travail pour les motifs suivants, et pour une durée n'excédant pas celle prévue par le Code du travail pour les cas cités ci-dessous :

- congé parental d'éducation ;
- congé de présence parentale (enfant gravement malade, accidenté ou atteint d'un handicap grave) ;
- congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Article 8.2 - Cessation des garanties

Les garanties cessent sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties prévoyance (cf. article 9) :

- en cas de rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- en cas de liquidation normale ou anticipée de la pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire du salarié ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 9 – Portabilité des droits de prévoyance

Les garanties prévoyance sont maintenues, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 9.1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à couverture chez l'entreprise adhérente avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, l'entreprise adhérente signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Article 9.2 - Garanties maintenues

Dans le cadre de la portabilité, l'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime, sans dissociation possible, au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Elles suivront s'il y a lieu l'évolution des garanties des salariés actifs de l'entreprise adhérente. Les prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.

Article 9.3 - Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de 12 mois,
- à la date de reprise d'une nouvelle activité professionnelle par l'ancien salarié,
- en cas de cessation du versement des allocations chômage pour tout autre motif ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation au titre de l'assurance-chômage par Pôle Emploi (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi),
- en cas de décès du salarié.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'organisme assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Article 9.4 - Financement de la portabilité

La portabilité des garanties prévoyance est financée par un mécanisme de mutualisation avec les salariés en activité dans l'entreprise, qui ne nécessite pas de cotisation supplémentaire.

Article 10 – Comité paritaire de suivi du régime

Un Comité paritaire de suivi du régime est créé et est composé de deux membres par organisation syndicale de salariés signataire du présent accord, ainsi que de deux membres dans la délégation patronale.

Il est chargé de piloter le régime de prévoyance de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, de vérifier la bonne gestion technique, financière et administrative du régime par les organismes d'assurance co-recommandés, de préconiser toute mesure de nature à assurer l'équilibre du régime de prévoyance à la Commission Sociale Paritaire de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Il reçoit le rapport annuel remis par les organismes d'assurance co-recommandés, analyse les remarques et propositions de ceux-ci et peut demander toutes études aux organismes d'assurance co-recommandés de façon à apprécier l'équilibre du régime de prévoyance. En particulier, le Comité est destinataire des rapports trimestriels d'activité de gestion administrative.

Ce Comité se réunit au moins deux fois par an et son secrétariat est assuré par l'un des organismes d'assurance co-recommandé.

Le Comité est compétent pour suivre le régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, ainsi que le régime de complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Article 11 – Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Article 12 – Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Article 13 – Dénonciation de l'accord

Toute organisation signataire du présent accord peut dénoncer l'accord à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (employeurs ou salariés), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du Code du travail.

Article 14 – Dépôt et extension

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du Code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires auprès des services du Ministre chargé du travail et remis au Secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent accord.

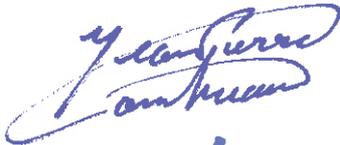
Fait à Paris, le 1^{er} avril 2015

Pour le Conseil National des Industries et
Commerces en Gros des Vins, Cidres,
Spiritueux, Sirops, Jus de Fruits
et Boissons Diverses

Pour la F.G.T.A.-F.O.
Christian CRETIER



Jean Pierre COINTREAU



Pour la F.G.A.-C.F.D.T.
Pascal SOUZY

Brice BAVEUX



Pour la CSFV - CFTC
Jean-Marie ARGENCE

Pour la C.F.E.-C.G.C.
Jean-Michel LOISEAU



Pour la ENAF - CGT
Philippe PEUCHOT



**ACCORD RELATIF A UN REGIME DE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE DANS
LA BRANCHE DES INDUSTRIES ET DES COMMERCES EN GROS DES VINS,
CIDRES, SPIRITUEUX, SIROPS, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES
DU 1^{ER} AVRIL 2015**

SOMMAIRE :

Préambule

Article 1 – Champ d’application et adhésion

Article 2 – Degré élevé de solidarité

Article 3 – Gestion du régime

Article 4 – Bénéficiaires

Article 5 – Garanties Frais de santé

Article 6 – Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 7 – Maintien des garanties ouvrant droit à portabilité

Article 8 – Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires

Article 9 – Comité paritaire de suivi du régime

Article 10 – Durée et entrée en vigueur

Article 11 – Révision

Article 12 – Dénonciation de l’accord

Article 13 – Dépôt et extension

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses ont élaboré, négocié et conclu un accord instituant principalement un régime obligatoire de remboursement des frais de santé afin d’apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

Concomitamment, il a été également conclu un accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

En effet, il est apparu essentiel aux partenaires sociaux de :

- instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif ;
- rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l’égard des actuels et futurs collaborateurs ;

- faciliter l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'organismes assureurs recommandés après une procédure de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance en 2014, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats.

C'est ainsi que les partenaires sociaux ont procédé à l'appel d'offres auprès d'organismes assureurs sur la base d'un cahier des charges, établi en concertation.

Bien évidemment, au-delà de ces régimes de base obligatoires, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles instituées par le présent accord.

Enfin, les partenaires sociaux, analyseront les informations transmises au Comité de suivi du régime, et se réuniront afin d'envisager la création d'un régime de frais de santé pour les anciens salariés retraités, qui bénéficiaient avant le terme de leur contrat de travail du régime des salariés actifs.

Article 1 – Champ d'application et adhésion

Le présent accord s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969 et remplace l'accord du 14 Février 2003 en vigueur à la date de signature du présent accord, et ne peut être la cause de dispositions moins favorables tant en matière de garanties que de répartition des cotisations entre employeurs et salariés.

Il est préconisé aux entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale, d'adhérer à un organisme assureur recommandé par la branche, et d'y affilier la totalité de leurs salariés.

Les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, ont la possibilité de ne pas adhérer au régime recommandé par la branche, dès lors que les garanties assurées couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord.

Enfin, les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, mais dont les garanties assurées ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord, devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause, le choix de l'organisme assureur incombe à l'employeur, qui recueille préalablement l'avis des représentants du personnel lorsqu'ils existent. L'organisme choisi par l'entreprise assure la collecte des cotisations et le versement des prestations correspondant au moins aux dispositions prévues par le présent accord.

Article 2 – Degré élevé de solidarité

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire relatif au remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif, responsable et solidaire.

Ce régime a pour vocation de permettre aux entreprises, au travers d'un degré élevé de solidarité de bénéficier d'actions et d'outils à caractère non contributif pour les entreprises et les salariés relevant de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons Diverses.

La Commission Sociale Paritaire a décidé de constituer un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche et géré par les organismes d'assurance recommandés.

Ce fonds d'actions sociales est commun au régime de complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, et au régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Son financement annuel est assuré par une part égale à 2% des cotisations versées au titre de l'année et à 5% des résultats créditeurs des régimes de prévoyance et de complémentaire frais de santé de la branche. Il permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la Commission Sociale Paritaire, dans la limite du montant disponible du fonds d'actions sociales.

Ce financement annuel incombe également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, et ayant choisi d'adhérer à un organisme assureur autre que ceux co-recommandés. Ces entreprises verseront cette part des cotisations à leur organisme qui la reversera aux organismes co-recommandés. Cela doit donc permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la Branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons Diverses, de bénéficier du fonds d'actions sociales.

La Commission Sociale Paritaire en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel sur les comptes des régimes de branche, et vérifie que la mise en œuvre par les

organismes d'assurances auprès desquels le fonds a été placé en gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

La Commission Sociale Paritaire a décidé que le fonds d'actions sociales assurerait le financement :

- Des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;
- D'un forfait de sevrage alcoolique par bénéficiaire, permettant le remboursement total ou partiel du coût non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- Des prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - o Soit à titre individuel, l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés et ayants droit ;
 - o Soit à titre collectif, pour les salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Il doit être constitué, au sein du régime, un observatoire de la santé au travail, permettant plus aisément aux entreprises de se situer dans l'environnement de la branche.

Par ailleurs, les partenaires sociaux et les organismes co-recommandés mettent en œuvre tout type d'actions de prévention collective accessibles aux salariés et aux entreprises ayant adhéré à l'un des organismes co-recommandés par la branche. Pour se faire, il sera fait appel aux organismes co-recommandés qui useront de leur propre fonds d'actions sociales déjà constitué.

Tout comme les actions mises en œuvre au travers du fonds d'actions sociales dédié à la branche, ces actions de prévention pourront notamment porter sur les dépendances et la perte d'autonomie y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Par ailleurs, une sensibilisation sur la thématique du handicap à destination des employeurs et des salariés sera proposée chaque année par les organismes assureurs.

Article 3 – Gestion du régime

Article 3.1 - Les organismes co-recommandés

La procédure de mise en concurrence mise en œuvre conformément aux articles D. 912-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale a permis à la Commission Sociale Paritaire de procéder à la co-recommandation de plusieurs organismes d'assurance pour une durée de cinq années.

Il s'agit de : - KLESIA Prévoyance : institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 4-22, rue Marie-Georges Picquart – 75017 PARIS

- Malakoff-Médéric Prévoyance : institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 21, rue Laffitte – 75317 PARIS

Afin de mettre en œuvre le régime, ces organismes assureurs sont co-recommandés par les parties signataires du présent accord.

Ces organismes co-recommandés assurent les garanties prévues par le présent accord.

Conformément à l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité Sociale, les partenaires sociaux réexamineront les modalités d'organisation de la recommandation dans un délai qui ne pourra pas excéder cinq ans à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au moins six mois avant le terme de la recommandation.

Article 3.2 - Gestion administrative

La gestion administrative est déléguée auprès d'un tiers indépendant par les organismes assureurs co-recommandés.

Il lui sera confié tant la gestion du régime mis en place dans le cadre du présent accord, que celui qui résulte de l'accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Article 4 – Bénéficiaires

Le bénéfice des garanties visées à l'article 5 du présent accord, est ouvert au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969, dès lors qu'ils ont une ancienneté d'au moins trois mois à compter de leur inscription dans les effectifs de l'entreprise.

Sont bénéficiaires du régime de base obligatoire de frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise (ayant une ancienneté d'au moins trois mois),
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail et maladie professionnelle) et indemnisés par la Sécurité Sociale,
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quel qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant la période, du maintien de salaire, total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise,
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail, ou sous réserve du Procès-Verbal du Conseil d'Administration, les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité Sociale, sont assimilés à des salariés.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire.

L'employeur peut également souscrire, afin de mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire, à l'un des deux niveaux optionnels présentant des garanties plus élevées.

En application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties frais de santé pourront être acquises dans le cadre d'un contrat collectif et à adhésion obligatoire, aux salariés cadres et non cadres dès la date d'entrée des salariés dans les effectifs de l'entreprise.

Si tel n'est pas le cas, les salariés cadres et non cadres pourront dans le cadre d'un régime frais de santé facultatif, bénéficier des garanties acquises aux salariés cadres et non cadres dès leur date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise. Ils seront alors redevables de l'intégralité de la cotisation correspondante, excepté si l'employeur souhaite en prendre en charge une partie.

Article 5 – Garanties Frais de santé

Article 5.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

Les salariés définis à l'article 4 bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel.

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite, soit individuellement par chaque salarié, soit collectivement par l'employeur (cf. art. 5.3).

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 5.2 - Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément aux dispositions légales en vigueur (notamment l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale), certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur lequel doit préalablement les informer des conséquences de leur choix.

À défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel) ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de complémentaire frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité Sociale, à condition de le justifier chaque année.

PP

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche.

A défaut de fournir les éléments dans les délais, l'employeur procédera à l'affiliation du salarié.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an les informations permettant de justifier leur situation. A défaut de justificatif, l'employeur procédera à l'affiliation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande.

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

Article 5.3 - Extension des garanties frais de santé

Conformément à l'article 5.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Une extension optionnelle de garantie frais de santé peut être souscrite, soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

- Couverture « Duo » :

La couverture « Duo » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint, ou bien, du salarié et d'un enfant à charge.

- Couverture « Famille » :

La couverture « Famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

Article 5.3-1 - Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint judiciairement non séparé de corps ;
Soit la personne mariée au salarié ou liée au salarié par un pacte civil de solidarité.
- Le concubin pourrait être assimilé à un conjoint s'il s'agit de la personne vivant maritalement avec le salarié sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - o qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - o que le salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif.

Article 5.3-2 - Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants du salarié :

- Agés de moins de 21 ans reconnus comme tels par la législation fiscale ;
- Agés de moins de 25 ans s'ils justifient de poursuite d'études et d'une affiliation au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ;
- Handicapés âgés de moins de 25 ans, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil avant leur 21^{ème} anniversaire et à la charge du salarié.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 25^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil.

Article 5.4 - Conditions et tableaux des garanties

Les actes et frais de santé relevant des postes mentionnés aux tableaux des garanties ci-après sont couverts par le régime.

Les prestations sont limitées aux frais réels restants à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

En d'autres termes, sont exclus de la garantie toutes les dépenses soins ou interventions non prises en charge par la Sécurité Sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Les prestations présentent un niveau de garanties supérieur au panier de soins minimum tel que défini dans le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, aucune information ne pouvant être recueillie à cette fin.

Les tableaux ci-dessous font apparaître le niveau de base des garanties conventionnelles, que doit a minima respecter l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord. Les autres niveaux optionnels de garanties seront proposés aux entreprises adhérant au régime recommandé par la branche.

Définitions :

- FR :** Frais réels : totalité des dépenses engagées pour les prestations de santé
- TM :** Ticket modérateur
- SS :** Montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire
- BR :** Base de remboursement : tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CAS :** Contrat d'accès aux soins : convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les médecins libéraux non conventionnés de secteur 2, dont l'objet est d'améliorer le remboursement des honoraires de consultation et d'actes médicaux

Article 5.4-1 - Régime collectif obligatoire

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)		Régime de base conventionnel
Hospitalisation	Frais de séjour	Etablissement conventionné : 100% FR - SS Etablissement non conventionné : 100% BR - SS
	Honoraires des praticiens	Adhérent au CAS : 300% BR Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Soins post-opératoires	30% BR
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
	Chambre particulière (2)	70 € / jour
	Lit accompagnant (3)	25 € / jour
	Transport en ambulance (accepté SS)	35% BR
	Transport en ambulance (refusé SS)	100% BR

Note (1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée

Note (2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :
 - 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé
 - 60 jours en rééducation

Note (3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins

ACTES MEDICAUX		Régime de base conventionnel
Soins courants	Consultations et visites médecins généralistes	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR
	Consultations et visites médecins spécialistes	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR
	Analyses et examens de laboratoire	60% BR
	Actes techniques d'imagerie médicale	60% BR
	Honoraires médecins radiologues	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR
	Auxiliaires médicaux	60% BR
	Actes de spécialistes	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR

GARANTIES COMPLEMENTAIRES		Régime de base conventionnel
Compléments de garantie	Orthopédie - appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires)	100% BR
	Frais pharmaceutiques	100% TM
	Vaccins acceptés SS	35% BR
	Vaccins refusés SS (4)	50 € / an / bénéficiaire
Allocations et forfaits	Allocation maternité (5)	156,45 €
	Cures thermales acceptées SS (6)	156,45 € / an / bénéficiaire
	Ostéodensitométrie (7)	50 € / an / bénéficiaire
	Forfait médecine douce (8) (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	3 x 20 € / an / bénéficiaire

Note (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (5) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple

Note (6) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (7) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (8) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en € par prestation

DENTAIRE	Type d'acte	Régime de base conventionnel
Prothèses	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur incisives, canines, 1ères prémolaires (n° dents : finissant par 1 à 4)	330% BR
	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur 2èmes prémolaires, molaires, dents de sagesse (n° dents : finissant par 5 à 8)	150% BR
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR
	Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	NEANT
	Inlay Core pris en charge par la SS	35% BR
	Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	220% BR par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BR
	PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRES (y compris les provisoires) :	
Soins	Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	100% TM
	Inlay/Onlay côtés en soins	245% BR
Hors nomenclature	Actes et scanner (tomodensitométrie)	NEANT
	Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	NEANT
	Implant racine	NEANT
	Pilier implantaire	NEANT
	Parodontologie	NEANT
Orthodontie	Orthodontie – semestre actif pris en charge ou non par la SS	100% BR par semestre actif
	Orthodontie – contention prise en charge ou non par la SS	45% BR la 1ère année 65% BR la 2ème année
	Orthodontie – autres actes pris en charge	100% BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'Opticiens :

- Dans le réseau d'Opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100% des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel.
- Hors réseau d'Opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries : prise en charge ;

- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au b).

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (y compris remboursement de la SS) Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre Progressif*		Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	35 €	sphérique résistant aux rayures	141 €	résistant aux rayures	35 €	130 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	75 €	sphérique aminci super anti-reflets	171 €	aminci super anti-reflets	75 €	170 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2						
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	100 €	sphérique super aminci super anti-reflets	200 €	super aminci super anti-reflets	100 €	200 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4						
De 6.25 à 8	Tous cylindres	120 €	sphérique ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	210 €	ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	120 €	210 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25						
Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	160 €	sphérique ultra aminci optimisé super anti-reflets haut de gamme	234 €	ultra aminci optimisé super anti-reflets haut de gamme	160 €	230 €
Monture adulte / enfant		100 € / 50€					
Lentilles, prise en charge ou non par le régime obligatoire, par an		150 €					
Chirurgie réfractive, par an		200 € / œil					

Verres Progressifs* : jusqu'à la 5ème gamme sur les 8 gammes existantes aujourd'hui.

Article 5.4-2 - Régime optionnel

Régime optionnel de niveau 1

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)		Régime optionnel de niveau 1
Hospitalisation	Frais de séjour	Etablissement conventionné : 100% FR - SS Etablissement non conventionné : 100% BR - SS
	Honoraires des praticiens	Adhérant au CAS : 100% FR - SS Non adhérant au CAS : 200% BR - SS
	Soins post-opératoires	100% FR - SS
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
	Chambre particulière (2)	100% FR
	Lit accompagnant (3)	35 € / jour
	Transport en ambulance (accepté SS)	35% BR
	Transport en ambulance (refusé SS)	100% BR

Note (1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée

Note (2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :
- 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé
- 60 jours en rééducation

Note (3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins

ACTES MEDICAUX		Régime optionnel de niveau 1
Soins courants	Consultations et visites médecins généralistes	Adhérant au CAS : 100% BR Non adhérant au CAS : 80% BR
	Consultations et visites médecins spécialistes	Adhérant au CAS : 100% BR Non adhérant au CAS : 80% BR
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	Actes techniques d'imagerie médicale	100% BR
	Honoraires médecins radiologues	Adhérant au CAS : 100% BR Non adhérant au CAS : 80% BR
	Auxiliaires médicaux	100% BR
	Actes de spécialistes	Adhérant au CAS : 100% BR Non adhérant au CAS : 80% BR

GARANTIES COMPLEMENTAIRES		Régime optionnel de niveau 1
Compléments de garantie	Orthopédie - appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires)	150% BR
	Frais pharmaceutiques	100% TM
	Vaccins acceptés SS	100% BR
	Vaccins refusés SS (4)	50 € / an / bénéficiaire
Allocations et forfaits	Allocation maternité (5)	312,90 €
	Cures thermales acceptées SS (6)	312,90 € / an / bénéficiaire
	Ostéodensitométrie (7)	75 € / an / bénéficiaire
	Forfait médecine douce (8) (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	4 x 30 € / an / bénéficiaire

Note (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (5) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple

Note (6) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (7) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (8) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en € par prestation

DENTAIRE	Type d'acte	Régime optionnel de niveau 1
Prothèses	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur incisives, canines, prémolaires (n° dents : finissant par 1 à 5)	330% BR
	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur molaires et dents de sagesse (n° dents : finissant par 6 à 8)	150% BR
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR
	Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	NEANT
	Inlay Core pris en charge par la SS	55% BR
	Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	340% BR par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BR
	PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRES (y compris les provisoires) :	2000 € / an au-delà : 55% BR
Soins	Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	100% TM
	Inlay/Onlay côtés en soins	245% BR
Hors nomenclature	Actes et scanner (tomodensitométrie)	NEANT
	Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	NEANT
	Implant racine	400 € max 1 / an
	Pilier implantaire	100 € max 1 / an
	Parodontologie	250 € / an
Orthodontie	Orthodontie – semestre actif pris en charge ou non par la SS	200% BR par semestre actif
	Orthodontie – contention prise en charge ou non par la SS	62% BR la 1ère année 93% BR la 2ème année
	Orthodontie – autres actes pris en charge	100% BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'Opticiens :

- Dans le réseau d'Opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100% des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel.
- Hors réseau d'Opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries : prise en charge ;

- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au b).

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (y compris remboursement de la SS) Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre Progressif *		Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	69 €	sphérique super anti-reflets haut de gamme	160 €	super anti-reflets haut de gamme	60 €	150 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	85 €	sphérique aminci super anti-reflets haut de gamme	190 €	aminci super anti-reflets haut de gamme	85 €	190 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2						
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	110 €	sphérique super aminci super anti-reflets haut de gamme	230 €	super aminci super anti-reflets haut de gamme	110 €	230 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4						
De 6.25 à 8	Tous cylindres	150 €	asphérique ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	250 €	ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	150 €	250 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25						
Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	190 €	asphérique ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super anti-reflets haut de gamme	280 €	ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super anti-reflets haut de gamme	190 €	280 €
Monture adulte / enfant		150 € / 100 €					
Lentilles, prise en charge ou non par le régime obligatoire, par an		250 €					
Chirurgie réfractive, par an		350 € / œil					

Verres Progressifs * : jusqu'à la 6ème gamme sur les 8 gammes existantes aujourd'hui.

Régime optionnel de niveau 2

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)		Régime optionnel de niveau 2
Hospitalisation	Frais de séjour	Etablissement conventionné : 100% FR - SS Etablissement non conventionné : 100% BR - SS
	Honoraires des praticiens	Adhérent au CAS : 100% FR - SS Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Soins post-opératoires	100% FR - SS
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
	Chambre particulière (2)	100% FR
	Lit accompagnant (3)	50 € / jour
	Transport en ambulance (accepté SS)	50% BR
	Transport en ambulance (refusé SS)	100% BR

Note (1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée

Note (2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :
 - 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé
 - 60 jours en rééducation

Note (3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins

ACTES MEDICAUX		Régime optionnel de niveau 2
Soins courants	Consultations et visites - médecins généralistes	Adhérent au CAS : 300% BR Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Consultations et visites - médecins spécialistes	Adhérent au CAS : 300% BR Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Analyses et examens de laboratoire	300% BR
	Actes techniques d'imagerie médicale	300% BR
	Honoraires médecins radiologues	Adhérent au CAS : 300% BR Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Auxiliaires médicaux	300% BR
	Actes de spécialistes	Adhérent au CAS : 300% BR Non adhérent au CAS : 200% BR - SS

GARANTIES COMPLEMENTAIRES		Régime optionnel de niveau 2
Compléments de garantie	Orthopédie - appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires)	300% BR
	Frais pharmaceutiques	100% TM
	Vaccins acceptés SS	100% BR
	Vaccins refusés SS (4)	50 € / an / bénéficiaire
Allocations et forfaits	Allocation maternité (5)	375,48 €
	Cures thermales acceptées SS (6)	375,48 € / an / bénéficiaire
	Ostéodensitométrie (7)	75 € / an / bénéficiaire
	Forfait médecine douce (8) (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	4 x 40 € / an / bénéficiaire

Note (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (5) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple

Note (6) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (7) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (8) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en € par prestation

DENTAIRE	Type d'acte	Régime optionnel de niveau 2
Prothèses	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur incisives, canines, prémolaires et 1ères molaires (n° dents : finissant par 1 à 6)	330% BR
	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur 2èmes molaires et dents de sagesse (n° dents : finissant par 7 à 8)	150% BR
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR
	Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	30 €
	Inlay Core pris en charge par la SS	73% BR
	Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	340% BR par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BR
	PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRE (y compris les provisoires) :	
Soins	Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	100% TM
	Inlay/Onlay côtés en soins	365% BR
Hors nomenclature	Actes et scanner (tomodensitométrie)	70 €
	Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	
	Implant racine	400 € max 2 / an
	Pilier implantaire	200 € max 2 / an
	Parodontologie	500 € / an
Orthodontie	Orthodontie – semestre actif pris en charge ou non par la SS	310% BR par semestre actif
	Orthodontie – contention prise en charge ou non par la SS	90% BR la 1ère année 140% BR la 2ème année
	Orthodontie – autres actes pris en charge	175% BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'Opticiens :

- Dans le réseau d'Opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100% des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel.
- Hors réseau d'Opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries : prise en charge ;

- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au b).

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (y compris remboursement de la SS) Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre Progressif *		Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	140 €	Frais réels	300 €	Frais réels	70 €	170 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	140 €		300 €		100 €	220 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2	160 €		300 €		130 €	260 €
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4			300 €		180 €	300 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4	300 €		300 €		220 €	Adulte = 320 € / Enfant = 300 €
De 6.25 à 8	Tous cylindres	300 €		Adulte = 350 € / Enfant = 300 €			
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25						
Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres						
Monture adulte / enfant		150 € / 100 €					
Lentilles, prise en charge ou non par le régime obligatoire, par an		250 €					
Chirurgie réfractive, par an		500 € / œil					

Verres Progressifs * : toutes gammes, y compris la toute dernière.

Article 5.5 - Cotisations

Les taux de cotisation de base conventionnelle obligatoire ci-dessous sont maintenus pendant deux ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constante.

Conformément aux articles 5.1 et 5.3 du présent accord, le montant de la cotisation globale pour les garanties instaurées par le présent accord est fixé dans les tableaux ci-dessous :

Régime général (en % PMSS)	Salarié - Isolé
Base conventionnelle obligatoire	1,23%

Régime Alsace-Moselle (en % PMSS)	Salarié - Isolé
Base conventionnelle obligatoire	0,80%

Pour rappel, il existe deux possibilités :

- amélioration de la base via une souscription par l'entreprise d'un contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire ;
- amélioration de la base via une souscription par le salarié d'un contrat complémentaire à titre individuel.

Article 5.5-1 - Régime optionnel collectif à adhésion obligatoire

Les taux de cotisation du régime optionnel collectif à adhésion obligatoire ci-dessous sont maintenus pendant deux ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constante.

Conformément à l'article 5.3 du présent accord, il peut être mis en place un contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire dont les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous (ces taux de cotisations incluent la cotisation du régime de base conventionnel obligatoire) :

Complémentaire collective à adhésion Obligatoire			
Régime général (en % PMSS)	Salarié - Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		2,45% <i>(soit 1,23% + 1,22%)</i>	3,51% <i>(soit 1,23% + 2,28%)</i>
Régime optionnel de niveau 1	1,44% <i>(soit 1,23% + 0,21%)</i>	2,84% <i>(soit 1,23% + 1,61%)</i>	4,11% <i>(soit 1,23% + 2,88%)</i>
Régime optionnel de niveau 2	1,76% <i>(soit 1,23% + 0,53%)</i>	3,48% <i>(soit 1,23% + 2,25%)</i>	5,01% <i>(soit 1,23% + 3,78%)</i>

Complémentaire collective à adhésion Obligatoire			
Régime Alsace-Moselle (en % PMSS)	Salarié - Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		1,59% <i>(soit 0,80% + 0,79%)</i>	2,28% <i>(soit 0,80% + 1,48%)</i>
Régime optionnel de niveau 1	0,94% <i>(soit 0,80% + 0,14%)</i>	1,85% <i>(soit 0,80% + 1,05%)</i>	2,67% <i>(soit 0,80% + 1,87%)</i>
Régime optionnel de niveau 2	1,14% <i>(soit 0,80% + 0,34%)</i>	2,26% <i>(soit 0,80% + 1,46%)</i>	3,25% <i>(soit 0,80% + 2,45%)</i>

À défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, le taux de cotisation pour la couverture des risques énumérés ci-dessus sera réparti à parts égales entre l'employeur et le salarié :

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

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les cotisations sont réduites pour tenir compte des prestations servies par le régime local.

En tout état de cause, il est rappelé que l'employeur doit mettre en place a minima une couverture de base conventionnelle obligatoire pour le salarié dit isolé.

Article 5.5-2 – Régime optionnel individuel à adhésion facultative

Dans le cas où l'employeur ne retiendrait pas les couvertures collectives obligatoires « Duo » et/ou « Famille », et si un salarié souscrit à une couverture individuelle facultative, à défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, le montant de la cotisation pour la couverture des risques énumérés ci-dessus sera réparti de la manière suivante :

- la part de l'employeur sera équivalente à 50% du montant de la cotisation de la base conventionnelle obligatoire qu'il aura mise en place pour le salarié ;
- la part restante restera intégralement à la charge du salarié.

En cas d'amélioration de la base via une souscription par le salarié d'un contrat complémentaire à titre individuel, les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous (ces taux de cotisations sont en complément de la cotisation du régime de base conventionnel obligatoire) :

Complémentaire individuelle facultative (uniquement en complément de la base CCN)			
Régime général (en %PMSS)	Salarié - Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle		1,29%	2,41%
Régime optionnel de niveau 1	0,23%	1,72%	3,07%
Régime optionnel de niveau 2	0,61%	2,48%	4,14%

Complémentaire individuelle facultative (uniquement en complément de la base CCN)			
Régime Alsace-Moselle (en %PMSS)	Salarié - isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle		0,84%	1,57%
Régime optionnel de niveau 1	0,15%	1,12%	2,00%
Régime optionnel de niveau 2	0,40%	1,62%	2,70%

Article 6 – Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 6.1 - Suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent chapitre est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur), la garantie est maintenue moyennant le versement par l'employeur et le salarié des cotisations correspondantes.

Dans ce cas la cotisation est calculée sur la base de l'assiette prévue à l'article 5.5 et selon la même répartition employeur/salarié.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné, le salarié supportant le versement des cotisations correspondantes.

Cependant, l'employeur conserve la possibilité de continuer à verser sa part s'il le souhaite.

L'employeur maintiendra dans ce cas l'affiliation du salarié concerné et le versement des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme désigné en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme désigné de la déclaration faite par l'entreprise.

Article 6.2 - Cessation des garanties

Les garanties cessent sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties frais de santé (cf. article 7), et sous réserve du maintien éventuel à titre individuel des garanties :

- en cas de rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 7 – Maintien des garanties ouvrant droit à portabilité

Les Garanties frais de santé issues d'un contrat collectif souscrit par l'employeur sont maintenues, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 7.1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du Contrat mis en place par l'entreprise,
- de l'ouverture de leurs droits à couverture dans l'entreprise avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

L'ancien salarié devra, mensuellement, fournir le justificatif de l'ouverture de ses droits aux régimes d'assurance chômage à l'assureur. A défaut, aucun remboursement ne sera dû.

Article 7.2 - Garanties maintenues

Dans le cadre de la portabilité, l'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime, sans dissociation possible, au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Article 7.3 - Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de 12 mois ;
- à la date de reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur choisi par l'entreprise.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Les ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre d'un contrat collectif souscrit par l'employeur bénéficient également du maintien des garanties et ce tant que l'ancien salarié a droit à la portabilité.

Article 7.4 - Financement de la portabilité

Le maintien des garanties est à titre gratuit, c'est-à-dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. Le financement de la portabilité est mutualisé et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires versées pour les salariés en activité dans l'entreprise et leurs ayants-droit.

Article 8 – Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires

Les organismes assureurs recommandés par la branche, ou retenus le cas échéant par les entreprises, proposent l'adhésion à des contrats collectifs ou individuels d'assurance mettant en œuvre des régimes de frais de santé supplémentaires au régime conventionnel obligatoire, moyennant une tarification spécifique, dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ces régimes prévoient des garanties supplémentaires de frais de santé au profit du salarié bénéficiaire du régime obligatoire (sous forme d'options supplémentaires au régime conventionnel obligatoire), ainsi que des garanties complémentaires au profit des ayants

droit, bénéficiant d'une extension des garanties frais de santé au titre d'une couverture « Duo » ou « Famille » en application de l'article 5.3 du présent accord.

Article 9 – Comité paritaire de suivi du régime

Un Comité paritaire de suivi du régime est créé et est composé de deux membres par organisation syndicale de salariés signataires du présent accord, ainsi que de deux membres dans la délégation patronale.

Il est chargé de piloter le régime de frais de santé de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, de vérifier la bonne gestion technique, financière et administrative du régime par les organismes d'assurance co-recommandés, de préconiser toute mesure de nature à assurer l'équilibre du régime de frais de santé à la Commission Sociale Paritaire de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Il reçoit le rapport annuel remis par les organismes d'assurance co-recommandés, analyse les remarques et propositions de ceux-ci et peut demander toutes études aux organismes d'assurance co-recommandés de façon à apprécier l'équilibre du régime de frais de santé. En particulier, le Comité est destinataire des rapports trimestriels d'activité de gestion administrative.

Ce Comité se réunit au moins deux fois par an et son secrétariat est assuré par l'un des organismes assureurs co-recommandés du régime.

Le Comité est compétent pour suivre le régime de complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, ainsi que le régime complémentaire de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Il s'assure de la bonne gestion du régime, et de la mise en œuvre de la politique de branche. Il peut émettre toutes préconisations et en informer la Commission Sociale Paritaire afin qu'elle valide les orientations. Le Comité de suivi est notamment destinataire des rapports annuels et fait part de ses observations et préconisations à la Commission Sociale Paritaire.

Article 10 – Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Article 11 – Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Article 12 – Dénonciation de l'accord

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (employeurs ou salariés), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du Code du travail.

Article 13 – Dépôt et extension

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du Code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires auprès des services du Ministre chargé du travail et remis au Secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 1^{er} avril 2015

Pour le Conseil National des Industries et
Commerces en Gros des Vins, Cidres,
Spiritueux, Sirops, Jus de Fruits
et Boissons Diverses

Jean Pierre COINTREAU



Brice BAVEUX



Pour la F.G.T.A.-F.O.
Christian CRETIER



Pour la F.G.A.-C.F.D.T.
Pascal SOUZY

Pour la CSFV - CFTC
Jean-Marie ARGENCE

Pour la C.F.E.-C.G.C.
Jean-Michel LOISEAU



Pour la R.N.A.F. - C.G.T.
Philippe PEUCHOT

