

Brochure n° 3144

Convention collective nationale

**IDCC : 1043. – GARDIENS, CONCIERGES
ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES**

ACCORD DU 6 DÉCEMBRE 2013

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1450206M

IDCC : 1043

Cet accord annule et remplace celui du 10 juin 2013 afin de se conformer à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013.

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux ont souhaité mettre en place des régimes conventionnels de protection sociale complémentaire afin de permettre aux salariés de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeubles de bénéficier de garanties en matière d'incapacité, d'invalidité, de décès et de remboursement de frais de santé.

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 de différents opérateurs d'assurance en 2013.

Dans un souci de lisibilité de l'accord, seront utilisés les termes de « régime de prévoyance » pour viser la couverture des risques incapacité, invalidité et décès, et de « régime frais de santé » s'agissant de la garantie de remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

L'article 30 de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009 est parallèlement modifié afin de tenir compte de la mise en place des régimes prévoyance et frais de santé par le présent accord.

Le présent accord a donc pour objet :

- d'une part, de modifier l'article 30 « Régime de prévoyance » de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles (partie 1) ;
- d'autre part, d'instaurer un régime de prévoyance et un régime frais de santé au bénéfice du personnel de la branche (partie 2).

PARTIE 1

MODIFICATION DE L'ARTICLE 30 DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

L'article 30 de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles, intitulé « Régimes de prévoyance », devient l'article 30.1 « Maintien de salaire ». Le paragraphe e de cet article est modifié dans les termes suivants :

« e) Pour couvrir tout ou partie des garanties conventionnelles de maintien de salaire susvisées, les employeurs ont la possibilité de souscrire un contrat d'assurance de groupe et notamment d'adhérer au régime de prévoyance complémentaire institué par le protocole conclu avec l'institution Humanis Prévoyance.

La cotisation assurée en couverture de ces garanties est exclusivement patronale. »

Il est instauré un article 30.2 intitulé « Régimes de prévoyance complémentaire » prévoyant que :

« Les salariés bénéficient de garanties collectives de prévoyance et de remboursement de frais de santé définies en annexe à la présente convention. »

PARTIE 2

RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTÉ

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice du personnel tel que défini à l'article 3 :

- d'un régime de prévoyance obligatoire couvrant les risques incapacité temporaire de travail, invalidité, décès ou invalidité permanente et absolue ;
- d'un régime frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément du régime de base de la sécurité sociale.

L'efficacité de ces deux régimes nationaux est assurée par l'instauration d'un mécanisme de mutualisation des risques. Les partenaires sociaux s'inscrivent dans une démarche globale visant à maîtriser tous les aspects de cette mutualisation, notamment en veillant à une totale transparence des relations avec les organismes assureurs.

Cette mutualisation est organisée à travers la conclusion de contrats de garanties collectives identiques pour tous les bénéficiaires visés à l'article 3. En vue de la souscription desdits contrats d'assurance, les partenaires sociaux de la branche donnent mandat au président de la commission paritaire nationale de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009 afin de procéder à la signature avec des organismes assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par des protocoles techniques et financiers et des protocoles de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux employeurs relevant de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009.

Article 3

Salariés bénéficiaires

3.1. Définition des bénéficiaires

Le régime de prévoyance et le régime frais de santé institués par le présent accord bénéficient à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail relevant de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles.

L'accès au régime de frais de santé est conditionné à la justification d'une ancienneté, appréciée au niveau de chaque employeur, de 2 mois. Aucune condition d'ancienneté ne conditionne l'accès au régime de prévoyance.

Les salariés ne totalisant pas l'ancienneté requise auront toutefois la possibilité d'adhérer dès leur embauche au régime sous réserve d'acquitter l'intégralité de la cotisation (part salariale et part patronale) prévue à l'article 9.3.

3.2. Suspension du contrat de travail

3.2.1. Suspensions rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des régimes de prévoyance et frais de santé est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre du présent régime (par exemple, arrêt maladie...), ou par la perception d'indemnités journalières de sécurité sociale.

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

3.2.2. Suspensions non rémunérées ou indemnisées

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni de perception d'indemnités journalières complémentaires comme, par exemple, les salariés en congés sans solde (par exemple, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation...) ou les salariés en état d'invalidité peuvent également continuer à adhérer au régime sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

3.3. Caractère obligatoire de l'adhésion

Sous réserve des dispositions de l'article 8 relatif au régime frais de santé, l'adhésion des salariés aux régimes de prévoyance et frais de santé est obligatoire.

Article 4

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

4.1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance et de frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

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

Ce maintien de garanties sera financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de prévoyance et du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir, en cas d'incapacité, des indemnités journalières complémentaires d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

4.2. Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture frais de santé instaurée par le présent accord sera maintenue :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur. Les parties ont néanmoins souhaité invoquer cette obligation dans le présent accord à titre d'information.

TITRE II

RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Article 5

Financement

5.1. Assiette de la cotisation

L'assiette de la cotisation au régime de prévoyance est constituée du salaire brut servant de base au calcul des cotisations de sécurité sociale dans la limite de la tranche B (à savoir quatre fois le plafond de la sécurité sociale).

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail, la cotisation est assise sur la moyenne du salaire brut des 12 derniers mois au cours desquels une activité a été exercée.

Les indemnités versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclues de l'assiette des cotisations.

5.2. Taux de cotisation et répartition

(En pourcentage.)

	TRANCHE A	TRANCHE B
Décès ou invalidité permanente absolue (y compris double effet)	0,29	0,29
Rente d'éducation	0,06	0,06
Frais d'obsèques	0,16	0,16
Incapacité temporaire	0,38	0,38
Invalidité permanente	0,50	0,50
Cotisation prévoyance	1,39	1,39

Ces taux incluent la reprise des risques en cours pour les entreprises rejoignant le régime conventionnel en application de l'article 7.2 du présent accord ainsi que la mutualisation du financement de la portabilité.

Ces cotisations sont prises 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.

5.3. Evolution des cotisations

Les taux de cotisation prévus à l'article 5.2 sont maintenus pour 3 ans à compter de la date d'effet de l'accord.

Toute modification du taux de cotisation proposée par l'organisme assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

La commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé peut décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 5.2 pour une durée maximale de 1 an, dans les conditions prévues par son règlement intérieur.

Article 6

Prestations

Les prestations faisant l'objet du présent accord sont celles prévues par le contrat d'assurance national et sont regroupées dans les catégories suivantes :

- incapacité temporaire (ces prestations viennent en relais des dispositions de l'article 30.1 de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles relatives au maintien de salaire) ;
- invalidité permanente ;
- capital décès ou invalidité permanente et absolue, rente d'éducation, allocation frais d'obsèques.

6.1. Dispositions générales et définitions

6.1.1. Assiette

Les prestations hors allocation frais d'obsèques sont calculées sur la base du salaire de référence ci-dessous défini. La prestation frais d'obsèques est calculée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le salaire de référence est égal au salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou l'arrêt de travail ouvrant droit à prestation, limité à la tranche B (à savoir quatre fois le plafond de la sécurité sociale).

Par dérogation, pour les pensions d'invalidité, le salaire de référence est déterminé sur la base du salaire net.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations soumises à cotisations de sécurité sociale.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité, la période de référence est constituée des 12 mois précédant le mois de la cessation du contrat de travail.

Les indemnités versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclues de l'assiette des cotisations.

6.1.2. Enfants à charge pour les garanties décès et rente d'éducation

Sont réputés à charge du salarié les enfants, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.

Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

6.2. Garantie décès

GARANTIES	PRESTATIONS
Décès toutes causes ou invalidité permanente et absolue Tout assuré	100 % TA, TB
Décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré (double effet) Capital supplémentaire (si enfant à charge)	100 % du capital décès toutes causes
Rente annuelle d'éducation versée à chaque enfant à charge de l'assuré en cas de décès de l'assuré : – jusqu'à 11 ans inclus – de 12 à 18 ans inclus – de 19 à 25 ans inclus (s'il poursuit des études)	4 % TA, TB 6 % TA, TB 8 % TA, TB
Allocation frais d'obsèques versée en cas de décès du salarié, du conjoint ou d'un enfant à charge	100 % PMSS (dans la limite des frais réels pour un enfant de moins de 12 ans)

6.3. Garantie incapacité de travail et invalidité

GARANTIES	PRESTATIONS
Incapacité temporaire	
Franchise	En relais de la CCN de la branche, dès la fin du maintien de salaire versé par l'entreprise
Prestations	80 % du salaire brut TA, TB, sous déduction des versements de la sécurité sociale
Invalidité permanente	Y compris sécurité sociale nette et autres revenus éventuels nets
1 ^{re} catégorie sécurité sociale	45 % du salaire net TA, TB
2 ^e catégorie sécurité sociale	100 % du salaire net TA, TB
3 ^e catégorie sécurité sociale	100 % du salaire net TA, TB

Article 7

Organismes assureurs recommandés

7.1. Recommandation des organismes assureurs

Les partenaires sociaux recommandent en tant qu'assureurs :

- l'OCIRP, l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 17, rue de Marignan, 75008 Paris, pour la garantie rente d'éducation ;
- Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff, pour les garanties de prévoyance capital décès ou invalidité permanente et absolue, frais d'obsèques et incapacité temporaire de travail invalidité.

Humanis Prévoyance est mandatée par l'OCIRP pour recueillir les adhésions des entreprises et gérer le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations pour le compte de l'OCIRP.

Une convention de gestion formalise les engagements des partenaires sociaux et des organismes assureurs pour la gestion du régime conventionnel de prévoyance.

La recommandation peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties au contrat d'assurance, à chaque échéance annuelle, sous réserve d'un préavis de 6 mois. La décision des partenaires sociaux de la branche de résilier le contrat d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs ci-dessus recommandés ne requiert pas l'unanimité des parties signataires mais sera prise conformément aux règles de droit commun régissant la révision des accords collectifs issues des articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La mutualisation des risques couverts s'effectue entre l'ensemble des organismes assureurs recommandés. Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le cadre de la commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

7.2. Application obligatoire du régime pour les employeurs

Dans un délai de 18 mois à compter de la date d'effet du présent accord, les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles ont l'obligation d'appliquer les dispositions du présent régime pour le compte de leurs

salariés. Pour ce faire, les partenaires sociaux signataires recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale auprès des organismes assureurs mentionnés à l'article précédent.

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier à compter du 1^{er} janvier 2014 au régime conventionnel de prévoyance auprès des organismes assureurs recommandés, notamment si l'échéance du contrat souscrit antérieurement par les employeurs afin de couvrir tout ou partie de leur personnel intervient avant le terme du délai de 18 mois précité.

Les employeurs entrant nouvellement dans le champ d'application du présent accord, par suite d'un élargissement du champ d'application de la convention collective ou par suite d'un changement d'activité (notamment lors d'opérations de fusion ou de restructuration), doivent appliquer le présent accord, le cas échéant, auprès des organismes assureurs recommandés, à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employeur entre dans le champ d'application du présent accord. En cas de création d'une nouvelle entité, les employeurs ont l'obligation d'appliquer le régime dans le mois de l'embauche (ou du transfert) du premier salarié.

Rappels

Les sociétés entrant dans le champ d'application professionnel du présent accord et soumises aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics et ses décrets d'application devront, du fait des obligations de transparence et de mise en concurrence auxquelles elles sont soumises, réétudier le choix de leur organisme assureur aux échéances légales qui les concernent compte tenu de leur statut.

Tous les employeurs devront couvrir, au plus tard au terme du délai précité de 18 mois, les mêmes risques à un niveau égal ou supérieur à celui défini par le présent accord. La notion de risque s'entend du décès, de l'incapacité et de l'invalidité.

7.3. Conséquences du changement d'organisme assureur

En cas de dénonciation ou de non-renouvellement de la recommandation, les dispositions suivantes s'appliquent :

1° Les prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, pension d'invalidité, rentes d'éducation) continuent d'être versées par les organismes assureurs ci-dessus recommandés à leur niveau atteint à la date d'effet de la dénonciation ou du non-renouvellement. La garantie incapacité temporaire de travail-invalidité est maintenue aux participants en arrêt de travail pour maladie ou accident dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées antérieurement à la date d'effet de la dénonciation ou du non-renouvellement.

2° Ces organismes assureurs recommandés assurent également le maintien des garanties décès au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, sans revalorisation des bases de calcul desdites prestations.

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

Sera également organisée la revalorisation des bases de calcul des prestations décès, étant précisé qu'elle devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Les partenaires sociaux organiseront la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service ainsi que des bases de calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 précité du code de la sécurité sociale.

TITRE III
RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

Article 8

Dispenses d'adhésion

Par dérogation à l'article 3.3, les salariés suivants ont la faculté de refuser l'adhésion au régime frais de santé institué par le présent accord :

- les salariés qui, à la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont déjà couverts par une assurance individuelle remboursement de frais de santé, et ce pour la durée restant à courir jusqu'à la prochaine date d'échéance du contrat individuel, sous réserve de produire tout document attestant de l'existence du contrat individuel et de sa date d'échéance ;
- les salariés qui, à la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire, d'une part, la décision administrative d'attribution de l'une desdites aides et, d'autre part, tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance.

Cas des bénéficiaires de la CMU ou de la CMUC : ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Article 9

Financement

9.1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation dite « isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national et rappelés à l'article 10 du présent accord, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droits, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié.

9.2. Assiette, taux et répartition de la cotisation

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de frais de santé s'élève à un montant correspondant à 3,41 % du salaire pour les salariés relevant du régime général et à 2,46 % pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle. Elle ne pourra en aucun cas être inférieure à 1,10 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ni supérieure à 2,59 % de ce même plafond.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2013, à 3 086 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfant » et « adulte » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes (pour les enfants, il y a gratuité à compter du troisième enfant).

Régime général

(En pourcentage.)

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Isolé (en pourcentage du salaire)	1,705	1,705	3,41
Par enfant (facultatif, en pourcentage du PMSS)	0,85	–	0,85
Conjoint (facultatif, en pourcentage du PMSS)	1,85	–	1,85

Régime local Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Isolé (en pourcentage du salaire)	1,23	1,23	2,46
Par enfant (facultatif, en pourcentage du PMSS)	0,61	–	0,61
Conjoint (facultatif, en pourcentage du PMSS)	1,33	–	1,33

9.3. Evolution des cotisations

Le taux de cotisation prévu à l'article 9.2 est maintenu pour 3 ans à compter de la date d'effet de l'accord.

S'agissant de l'évolution ultérieure de la cotisation, les membres de la commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé peuvent autoriser la conclusion d'un avenant au contrat national d'assurance ayant pour objet de modifier le taux et les plancher/plafond de la cotisation dès lors que leur augmentation n'excède pas 1 %, dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la commission. Au-delà de cette limite, l'augmentation de la cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

La commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé peut décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 9.2 pour une durée maximale de 1 an, dans les conditions prévues par son règlement intérieur.

Article 10

Définition des ayants droit

Pour la mise en œuvre des dispositions du présent accord relatives au régime frais de santé, les ayants droit des salariés sont définis de la manière suivante :

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs).

Enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants reconnus ou adoptés ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.

Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

Article 11

Prestations

11.1. Généralités

Le régime frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

11.2. Niveau des prestations régime général (hors Alsace-Moselle)

Régime frais de santé

Ensemble du personnel. – Adhésion obligatoire

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS
	Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme
Hospitalisation médicale et chirurgicale (*)	
Chirurgie. – Hospitalisation	Conventionné : 100 % FR, limité à 150 % BR Non conventionné : 80 % FR, limité à 150 % BR
Frais de séjour, salle d'opération, pharmacie et autres frais médicaux	Conventionné : 100 % FR, limité à 150 % BR Non conventionné : 80 % FR, limité à 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC), acte d'anesthésie et autres honoraires	Conventionné : 100 % FR, limité à 150 % BR Non conventionné : 80 % FR, limité à 150 % BR
Forfait hospitalier	Pris en charge intégralement
Chambre particulière, y compris maternité	2 % du PMSS par jour
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans	1 % du PMSS par jour
Transport accepté par la sécurité sociale	Conventionné : 100 % TM
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	110 % BR

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS
	Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme
Spécialistes (consultations, visites)	150 % BR
Pharmacie	100 % BR MR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie	100 % BR
Orthopédie	100 % BR
Acoustique	100 % BR
Cures thermales (acceptées)	10 % du PMSS
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Orthodontie	Remboursement par la sécurité sociale : 200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	200 % BR
Inlays, onlays	100 % BR
Inlays cores remboursés par la sécurité sociale	150 % BR
Optique	
Verres	Remboursement selon la grille optique (ci-jointe)
Monture	Remboursement selon la grille optique (ci-jointe)
Lentilles remboursées	6 % du PMSS par an et par personne
Lentilles non remboursées, y compris jetables	7 % du PMSS par an et par personne
Chirurgie de l'œil	15 % du PMSS par œil, par an et par bénéficiaire
Maternité (par enfant, y compris adoption d'un enfant de moins de 10 ans)	20 % du PMSS
Actes de prévention	
Détartrage complet sus- et sous-gingival des dents	100 % BR (deux séances)
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien	30 € maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans	50 € maximum par an et par bénéficiaire
Actes hors nomenclature	
Implants (limités à trois implants par bénéficiaire et par an)	20 % PMSS
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropraxie (**)	30 € par séance, maximum quatre par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits sur ordonnance par un médecin	Dans la limite de 5 % du PMSS
Sevrage tabagique prescrit par un médecin	100 € par an et par bénéficiaire

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS			
	Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme			
FR : frais réels. BR : base de remboursement. MR : montant remboursé par la sécurité sociale. FD : frais déclarés à la sécurité sociale. TM : ticket modérateur. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (*) Limitation à 30 jours par année civile s'agissant du séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale. Maison de santé pour maladies nerveuses et mentales, l'indemnisation étant limitée à 30 jours par séjour. (**) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association française de chiropraxie (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'ordre des médecins.				

Grille optique enfant

TYPE DE VERRE	ENFANTS < 18 ANS			
	Code LPP	LPP < 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assuré
Verres à simple foyer, sphériques				
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €
Sphère < - 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €
Verres à simple foyer, sphéro-cylindriques				
Cylindre < + 4, sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €
Cylindre < + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €
Cylindre > + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	170,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	190,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	200,00 €
Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	220,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €

Grille optique adulte

TYPE DE VERRE	ADULTES			
	Code LPP	LPP > 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assuré
Verres à simple foyer, sphériques				
Sphère de - 6 à + 6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €

TYPE DE VERRE	ADULTES			
	Code LPP	LPP > 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assuré
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €
Sphère < - 10 ou > + 10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €
Verres à simple foyer, sphéro-cylindriques				
Cylindre < + 4, sphère de - 6 à + 6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €
Cylindre < + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €
Cylindre > + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
Sphère de - 4 à + 4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	250,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	270,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
Sphère de - 8 à + 8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	300,00 €
Sphère < - 8 ou > + 8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	320,00 €
Monture	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

Le remboursement assureur vient en complément de la sécurité sociale, limité à une paire de verres par an et par bénéficiaire (sauf changement de correction) et à une monture tous les 2 ans.

11.3. Niveau des prestations régime local Alsace-Moselle

Régime frais de santé Ensemble du personnel. – Adhésion obligatoire

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS
Hospitalisation médicale et chirurgicale (*)	
Chirurgie. – Hospitalisation	Conventionné : 100 % FR, limité à 150 % BR Non conventionné : 80 % FR, limité à 150 % BR
Frais de séjour, salle d'opération, pharmacie et autres frais médicaux	Conventionné : 100 % FR, limité à 150 % BR Non conventionné : 80 % FR, limité à 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC), acte d'anesthésie et autres honoraires	Conventionné : 100 % FR, limité à 150 % BR Non conventionné : 80 % FR, limité à 150 % BR
Forfait hospitalier	Pris en charge intégralement
Chambre particulière, y compris maternité	2 % du PMSS par jour
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans	1 % du PMSS par jour
Transport accepté par la sécurité sociale	Conventionné : 100 % TM
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	90 % BR

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS
	Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme
Spécialistes (consultations, visites)	130 % BR
Pharmacie	100 % BR MR
Analyses	70 % BR
Auxiliaires médicaux	70 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie	80 % BR
Orthopédie	70 % BR
Acoustique	70 % BR
Cures thermales (acceptées)	10 % du PMSS
Dentaire	
Soins dentaires	80 % BR
Orthodontie	Remboursement par la sécurité sociale : 200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	180 % BR
Inlays, onlays	80 % BR
Inlays cores remboursés par la sécurité sociale	130 % BR
Optique	
Verres	Remboursement selon la grille optique (ci-jointe)
Monture	Remboursement selon la grille optique (ci-jointe)
Lentilles remboursées	6 % du PMSS par an et par personne
Lentilles non remboursées, y compris jetables	7 % du PMSS par an et par personne
Chirurgie de l'œil	15 % du PMSS par œil, par an et par bénéficiaire
Maternité (par enfant, y compris adoption d'un enfant de moins de 10 ans)	20 % du PMSS
Actes de prévention	
Détartrage complet sus- et sous-gingival des dents	100 % BR (deux séances)
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien	30 € maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans	50 € maximum par an et par bénéficiaire
Actes hors nomenclature	
Implants (limités à trois implants par bénéficiaire et par an)	20 % PMSS
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropraxie (**)	30 € par séance, maximum quatre par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits sur ordonnance par un médecin	Dans la limite de 5 % du PMSS
Sevrage tabagique prescrit par un médecin	100 € par an et par bénéficiaire

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS			
	Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme			
FR : frais réels. BR : base de remboursement. MR : montant remboursé par la sécurité sociale. FD : frais déclarés à la sécurité sociale. TM : ticket modérateur. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (*) Limitation à 30 jours par année civile s'agissant du séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale. Maison de santé pour maladies nerveuses et mentales, l'indemnisation étant limitée à 30 jours par séjour. (**) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association française de chiropraxie (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'ordre des médecins.				

Grille optique enfant

TYPE DE VERRE	ENFANTS < 18 ANS			
	Code LPP	LPP < 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assuré
Verres à simple foyer, sphériques				
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €
Sphère < - 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €
Verres à simple foyer, sphéro-cylindriques				
Cylindre < + 4, sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €
Cylindre < + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €
Cylindre > + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	170,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	190,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	200,00 €
Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	220,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €

Grille optique adulte

TYPE DE VERRE	ADULTES			
	Code LPP	LPP > 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assuré
Verres à simple foyer, sphériques				
Sphère de - 6 à + 6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €

TYPE DE VERRE	ADULTES			
	Code LPP	LPP > 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assuré
Sphère < - 10 ou > + 10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €
Verres à simple foyer, sphéro-cylindriques				
Cylindre < + 4, sphère de - 6 à + 6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €
Cylindre < + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €
Cylindre > + 4, sphère < - 6 ou > + 6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
Sphère de - 4 à + 4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	250,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	270,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
Sphère de - 8 à + 8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	300,00 €
Sphère < - 8 ou > + 8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	320,00 €
Monture	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

Le remboursement assureur vient en complément de la sécurité sociale, limité à une paire de verres par an et par bénéficiaire (sauf changement de correction) et à une monture tous les 2 ans.

Article 12

Organisme assureur recommandé

12.1. Recommandation de l'organisme assureur

Les partenaires sociaux recommandent en tant qu'assureur Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff, pour garantir le régime frais de santé.

Une convention de gestion formalise les engagements des partenaires sociaux et de l'organisme assureur pour la gestion du régime conventionnel de frais de santé.

La recommandation peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties au contrat d'assurance, à chaque échéance annuelle, sous réserve d'un préavis de 6 mois. La décision des partenaires sociaux de la branche de résilier le contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur ci-dessus recommandé ne requiert pas l'unanimité des parties signataires mais sera prise conformément aux règles de droit commun régissant la révision des accords collectifs issues des articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le cadre de la commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

12.2. Application obligatoire du régime pour les employeurs

Dans un délai de 18 mois à compter de la date d'effet du présent accord, les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés

d'immeubles ont l'obligation d'appliquer les dispositions du présent régime pour le compte de leurs salariés. Pour ce faire, les partenaires sociaux signataires recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale auprès de l'organisme assureur mentionné à l'article précédent.

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier à compter du 1^{er} janvier 2014 au régime conventionnel de frais de santé auprès de l'organisme assureur recommandé, notamment si l'échéance du contrat souscrit antérieurement par les employeurs afin de couvrir tout ou partie de leur personnel intervient avant le terme du délai de 18 mois précité.

Les employeurs entrant nouvellement dans le champ d'application du présent accord, par suite d'un élargissement du champ d'application de la convention collective ou par suite d'un changement d'activité (notamment lors d'opérations de fusion ou de restructuration), doivent appliquer le présent accord, le cas échéant, auprès de l'organisme assureur recommandé, à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employeur entre dans le champ d'application du présent accord.

En cas de création d'une nouvelle entité, les employeurs ont l'obligation d'appliquer le régime dans le mois de l'embauche (ou du transfert) du premier salarié.

Rappels

Les sociétés entrant dans le champ d'application professionnel du présent accord et soumises aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics et ses décrets d'application devront, du fait des obligations de transparence et de mise en concurrence auxquelles elles sont soumises, réétudier le choix de leur organisme assureur aux échéances qui les concernent compte tenu de leur statut.

Tous les employeurs devront couvrir, au plus tard au terme du délai précité de 18 mois, les mêmes risques à un niveau égal ou supérieur à celui défini par le présent accord.

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES

Article 13

Commission paritaire nationale de suivi (CPNS)

Les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé (CPNS).

La commission aura pour mission générale de contribuer à la promotion et à la gestion de la protection sociale des personnels relevant de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009.

La commission est notamment chargée des missions suivantes :

- communication spécifique vers les employeurs et leurs salariés par des documents uniformes et harmonisés ;
- développement et maintenance d'une base de données statistiques sur l'absentéisme afin d'améliorer le pilotage du régime ;
- développement d'un site internet spécifique à destination des employeurs et des salariés de la branche ;
- gestion ou aide à gestion d'un fonds social spécifique pour les salariés de la branche ;
- information sur les régimes.

La commission est composée de représentants des organisations représentatives dans la branche, à raison de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la profession et d'un nombre égal de représentants des organismes employeurs.

Un président et un secrétaire appartenant l'un au collège des employeurs, l'autre au collège des salariés sont désignés pour 1 an et en alternance de collège. Ces désignations prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

La composition et le fonctionnement de la CPNS sont précisés par un règlement intérieur.

Article 14

Information des salariés

Une notice d'information établie par l'organisme assureur, conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, pour chaque régime conventionnel, sera remise à chaque salarié par son employeur. Il en sera de même en cas de modification du régime.

Article 15

Révision et dénonciation

Les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au président de la commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, accompagnée du projet de révision envisagé.

En accord avec le secrétaire, le président convoque la commission paritaire nationale de suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé pour examiner cette proposition dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la demande. Après avis de la CPNS, son président convoque les partenaires sociaux en vue d'une négociation. L'éventuel avenant de révision est négocié et conclu dans les formes prévues par le code du travail.

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer, dans les conditions prévues par le code du travail, moyennant un préavis de 12 mois. Cette dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au président de la CPNS.

En accord avec le secrétaire, le président de la commission convoque les partenaires sociaux dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la notification de la dénonciation afin d'envisager la conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis.

Selon les mêmes formalités et délais, les parties pourront décider de dénoncer uniquement les dispositions de l'accord relatives au régime de prévoyance ou celles relatives au régime frais de santé, les autres dispositions n'étant pas affectées par cette dénonciation partielle.

Article 16

Date d'effet, durée et formalités

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter de la date de sa signature, sous réserve de la mise en œuvre du droit d'opposition.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail. Les partenaires sociaux conviennent d'en demander l'extension.

Fait à Paris, le 6 décembre 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UNPI ;

FEPL ;

FSIF ;

ANCC ;

ARC.

Syndicats de salariés :

SNIGIC ;

FEC FO ;

FS CFDT ;

CSFV CFTC ;

SNUHAB CFE-CGC ;

CGT commerce, distribution, services.