



GUIDE DU NÉGOCIATEUR D'ENTREPRISE POUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET LA PRÉVOYANCE LOURDE

2020

ÉDITEUR
CFE-CGC
59 rue du Rocher - 75008 Paris

RÉDACTION
Leslie Robillard

CONCEPTION
Service communication CFE-CGC
Valérie Bouret

RELECTURE
Service communication CFE-CGC

CRÉDIT PHOTOS
Adobe stock

IMPRIMEUR
ITF Imprimeurs
Z.A. Le Sablon - 72230 Mulsanne
Labellisé Imprim'vert. Certifié PEFC et FS

Décembre 2020

ISBN : 978-2-916375-93-9

www.cfecgc.org



GUIDE DU NÉGOCIATEUR D'ENTREPRISE POUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET LA PRÉVOYANCE LOURDE



Sommaire

LE CONTEXTE DE MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

LE CADRE JURIDIQUE.....	11
-------------------------	----

LES MODALITÉS DE MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE DANS L'ENTREPRISE.....	17
--	----

LES GARANTIES À NÉGOCIER DANS UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

LES RISQUES CONTRE LESQUELS SE PRÉMUNIR.....	23
--	----

LES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MALADIE, MATERNITÉ, AT/MP)	24
--	----

LES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ ET D'INCAPACITÉ PERMANENTE.....	29
--	----

LES PRESTATIONS EN CAS DÉCÈS.....	32
-----------------------------------	----

LES PRESTATIONS LIÉES AUX FRAIS DE SANTÉ.....	35
---	----

DE LA NÉGOCIATION AU CONTRAT

LES CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT PERMETTANT L'EXONÉRATION SOCIALE ET FISCALE DES CONTRIBUTIONS VERSÉES PAR L'EMPLOYEUR	39
--	----

LE CAHIER DES CHARGES.....	45
----------------------------	----

LA VIE DU CONTRAT DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

LE CONTRAT ET SON SUIVI	53
-------------------------------	----

LA MODIFICATION DU RÉGIME OU DU CONTRAT.....	56
--	----

LA DISPARITION DU RÉGIME ET LA FIN DU CONTRAT.....	59
--	----

ANNEXES

ANNEXE 1 STATUT SOCIAL ET FISCAL DES PRESTATIONS	69
--	----

ANNEXE 2 LEXIQUE DE LA PRÉVOYANCE	71
---	----



ÉDITO

MIREILLE DISPOT

Secrétaire nationale en charge
de l'Égalité des chances
et de la Santé au travail

Vous êtes délégué syndical CFE-CGC de votre entreprise. Il vous incombe de négocier la mise en place d'une couverture prévoyance complémentaire collective qui réponde à la fois aux attentes des salariés que vous représentez, et aux multiples et complexes règles de droit édictées en la matière.

Cette négociation est porteuse d'un enjeu fort puisqu'elle s'inscrit dans les domaines importants que constituent la santé et la prévoyance lourde déclinée autour de l'invalidité, l'incapacité et le décès.

Ce guide a été élaboré pour vous aider à comprendre les étapes essentielles présidant à la négociation des contrats de ce type tout en vous apportant les précisions sur les modalités pratiques nécessaires à leur mise en œuvre.

Il vous explique le contexte à connaître avant la mise en place d'un régime de prévoyance, les garanties à négocier, et vous apporte des conseils pour bien négocier votre contrat.

À l'heure où le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) interroge sur la place de la complémentaire santé et la prévoyance en France et que, sous couvert de la Covid 19, il nous conduit à une réflexion d'ensemble sur l'avenir du système de santé français, il importe de se saisir collectivement et de façon éclairée des dispositifs en place dans le cadre du dialogue social pour démontrer leur caractère indispensable face au désengagement de l'État.

Ce guide souligne l'importance des contrats de prévoyance complémentaires pour assurer, en dehors de toute autre couverture d'ordre public, un complément de revenu pour le salarié en invalidité ou en incapacité de travail ainsi que pour ses ayants droit en cas de décès.

Il met également en exergue les avantages de ce type de régime collectif tant du point de vue du salarié que de l'employeur.

Ce guide a été fait pour vous.

Bonne lecture.

Pour chacun, pour tous, pour la vie



Le Groupe VYV est une Mutuelle Française de Santé et de Protection Sociale, agréée par l'État. Siège social : 15, rue de la République, 93100 La Courneuve. Téléphone : 01 41 41 41 41. Site internet : www.vyv.fr

Le Groupe VYV est le 1^{er} acteur global de santé et de protection sociale.

Le Groupe VYV œuvre au quotidien pour être utile à tous et à chacun tout au long de leur vie. Il protège plus de 11 millions de personnes dans l'ensemble de son écosystème et propose des solutions adaptées aux employeurs publics et privés. Acteur engagé, il innove et anticipe pour construire une société plus équitable et socialement responsable. Le Groupe VYV s'affirme comme un véritable entrepreneur du mieux-vivre.

www.groupe-vyv.fr

GRUPE
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre



NÉGOCIER LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE : UN ENJEU ESSENTIEL

De quoi parle-t-on ?

La prévoyance, dans son acception la plus large, désigne tous les mécanismes de protection sociale collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières de risques sociaux.

Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la situation économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse des ressources ou une hausse des dépenses : vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité...

La prévoyance complémentaire, quant à elle, ne concerne que les garanties qui complètent les régimes légaux de base de la Sécurité sociale ou suppléent aux lacunes de ces régimes.

Ainsi, la prévoyance complémentaire peut couvrir :

- les frais de santé (consultations médicales, frais de pharmacie, hospitalisations, chirurgie, appareillage ...) ;
- l'incapacité de travail par le versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité temporaire ;
- l'invalidité, par le versement d'une rente ou d'un capital en cas d'incapacité permanente ;
- le décès, par le versement d'une rente ou d'un capital au bénéfice du ou des ayants-droit ;
- la retraite, par le versement d'une pension en complément de celles issues des régimes de retraite légalement obligatoires.

Quelles évolutions notables ?

Un constat s'impose depuis 15 ans : le désengagement de l'État se poursuit dans le domaine de la protection sociale servie par les régimes de base. Depuis la réforme de 2004 et la mise en place du parcours de soins coordonnés, l'État ne cesse de mettre en place des conditions pour limiter les remboursements.

La réforme de 2013, sous couvert d'une meilleure protection sociale, a imposé aux entreprises la généralisation de la complémentaire santé. Ce sont désormais aux employeurs et aux organisations syndicales de pallier le désengagement de l'État.



VOUS PRENEZ SOIN DES AUTRES, à nous de vous donner un **coup de pouce !**

Vous vous occupez d'un proche (enfant, conjoint ou parent) dépendant, handicapé ou souffrant d'une maladie de longue durée ? **Grâce à votre complémentaire santé et/ou prévoyance, vous pouvez bénéficier de solutions concrètes et personnalisées pour vous épauler.**

Pour en savoir plus sur votre accompagnement social, consultez notre site internet malakoffhumanis.com



Certes, on ne peut que se réjouir que nos concitoyens bénéficient d'une meilleure protection sociale et puissent se prémunir contre un problème de santé, mais la solidarité nationale qui caractérise notre système de protection sociale, aurait voulu que la Sécurité sociale augmente les remboursements au lieu d'imposer de nouvelles obligations aux partenaires sociaux.

Une place grandissante est donc faite aux assurances complémentaires alors même que la réforme de 2013 a renforcé les interdictions et obligations nécessaires pour continuer de bénéficier d'exonérations sociales et fiscales.

Plus récemment, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, à travers l'instauration du « 100 % Santé », a vocation à permettre une meilleure prise en charge des soins optiques, dentaires, ou auditifs. En modifiant la définition des contrats responsables, cette réforme rend nécessaire une nouvelle adaptation des contrats d'assurance en contrepartie de ces avantages.

Enfin, l'ANI prévoyance du 17 novembre 2017 puis l'ANI encadrement conclu le 28 février 2020, ont pérennisé l'obligation de cotisation minimale par l'employeur dite « 1,5 % prévoyance ».

Quel rôle à jouer ?

La prévoyance complémentaire est désormais un enjeu incontournable du dialogue social. L'objet de ce guide est de vous permettre de vous approprier le sujet de la prévoyance complémentaire afin qu'en votre qualité de délégué syndical CFE-CGC, vous soyez en mesure de négocier le contenu d'un régime de prévoyance.

L'enjeu est essentiel : il s'agit de proposer aux salariés de l'encadrement une protection contre les risques de la vie et de la santé qui soit en adéquation avec leurs attentes et leurs besoins. C'est en tant que négociateur averti que vous aurez à défendre les intérêts spécifiques de l'encadrement, à rechercher un équilibre entre la qualité des prestations et le coût de celles-ci.

Aussi, lorsque vous participerez à la mise en place ou à la modification d'un régime de prévoyance complémentaire, vous valoriserez la situation sociale de chaque salarié.

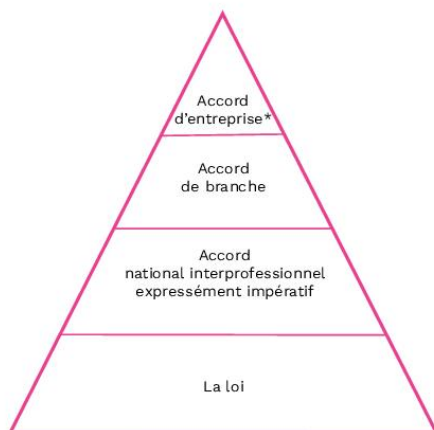
À la croisée du droit du travail, de la Sécurité sociale et des assurances, ce guide vous familiarisera avec le contexte de mise en place d'un accord de prévoyance ainsi que le contenu du contrat de prévoyance et son suivi.



LE CONTEXTE DE MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

LE CADRE JURIDIQUE

Les délégués syndicaux doivent avoir connaissance des éléments donnés par les différents niveaux hiérarchiques avant de débiter une négociation dans l'entreprise.



*dont les garanties sont au moins équivalentes à celles de l'accord de branche

La loi

La loi est le niveau hiérarchique le plus important car elle s'applique à toutes les entreprises. C'est la loi qui dicte les principes généraux de la prévoyance complémentaire, les obligations et les interdictions.

Différents articles encadrent la négociation, le régime et le contrat. Ils sont essentiellement contenus dans le Code de la Sécurité sociale mais également dans le Code du travail.

Vous trouverez dans ce guide les références des textes les plus importants en matière de prévoyance complémentaire.

L'accord national interprofessionnel (ANI)

L'accord national interprofessionnel (ANI) est un accord conclu au niveau national entre les organisations patronales et salariales et concerne tous les secteurs d'activités. Selon les sujets négociés, l'ANI est transposé dans une loi afin que son application soit la plus large.

Pour prévaloir sur les accords de branche et d'entreprise, cette volonté doit être mentionnée expressément dans l'ANI.

Les principaux ANI de prévoyance et complémentaire santé et leur portée sont à connaître avant de négocier.

Le 1,5 % prévoyance

L'article 7 de la Convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947 impose aux employeurs une cotisation spécifique de 1,5 % de la rémunération des cadres et assimilés dans la limite de la tranche A, c'est-à-dire leur rémunération sous le plafond de la Sécurité sociale (en 2020 : 41 136 euros annuel). Cette cotisation doit être utilisée pour financer pour les cadres et assimilés des avantages en termes de prévoyance. Elle doit être affectée par priorité aux garanties décès c'est-à-dire à hauteur de 0,76 % des rémunérations de la tranche A. Le texte oblige à un taux de cotisation, mais ne prévoit pas de niveau de garanties : l'entreprise est donc libre sur ce plan. Depuis la disparition de la Convention Agirc dans le contexte de la fusion Agirc-Arrco au 1er janvier 2019, c'est l'ANI du 17 novembre 2017 qui reprend cette obligation, conforté par l'ANI du 28 février 2020 sur l'encadrement qui pérennise cette cotisation obligatoire de l'employeur pour ses personnels cadres et assimilés.

Les populations concernées, les cadres et assimilés, sont définies en référence aux articles 4 et 4^{bis} de la convention Agirc. Si l'employeur le souhaite, il peut en faire bénéficier ses salariés affiliés à l'Agirc au titre de l'article 36, voire l'ensemble des non-cadres.

RÉFLEXE MILITANT

La CFE-CGC est favorable à un accord de branche sur la prévoyance lourde, comprenant le décès, l'incapacité, l'invalidité. L'accord de branche permet de mutualiser les cotisations et d'offrir un régime couvrant toutes les entreprises de la branche.

À défaut, l'entreprise doit prévoir une garantie en interne pour s'assurer du respect de l'obligation du 1,5 %.

La CFE-CGC a conduit une réflexion sur la détermination d'un « socle de garanties prévoyance lourde » dans le cadre de la cotisation de 1,5 % de la tranche A. Elle a fondé sa stratégie sur les besoins constatés de protection pour le personnel d'encadrement et assimilé. Ainsi, ce socle de garanties a vocation à couvrir le risque décès, le risque arrêt de travail et le risque dépendance (être un aidant salarié). La définition précise des garanties préconisées fera l'objet d'une communication prochaine par la CFE-CGC pour guider les négociateurs de branche mais également d'entreprise concernés.



La garantie de mensualisation

L'article 7 de l'ANI sur la mensualisation du 10 décembre 1977 prévoit l'obligation pour l'employeur de verser un complément de salaire en cas de maladie ou d'accident de travail, sous certaines conditions. L'article 5 de l'ANI du 11 janvier 2008 a assoupli ces conditions en réduisant la condition d'ancienneté dans l'entreprise de trois ans à un an et le délai de carence avant d'en bénéficier de 11 jours à 7 jours.

Cette disposition a été rendue obligatoire par la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 (cf. page 27).

La généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé

L'ANI du 11 janvier 2013 généralise la complémentaire santé à tous les salariés au 1^{er} janvier 2016 et son financement à hauteur de 50 % minimum par les employeurs.

La généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé a ensuite fait l'objet de la loi du 14 juin 2013.

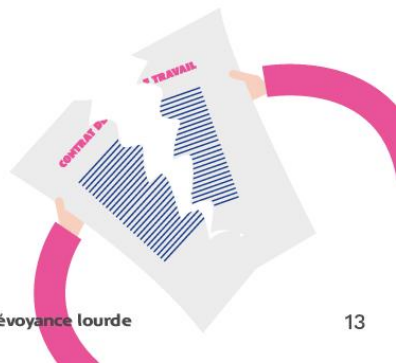
Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés doivent bénéficier, en matière de maladie, maternité ou accident, d'un dispositif de remboursement de leurs frais de santé dans des conditions au moins aussi favorables que celles prévues par la loi (article L911-7), et l'employeur est tenu d'assurer au minimum la moitié du financement de la couverture obligatoire (cf. page 36). Des cas de dispenses sont prévus par la loi.

La portabilité des garanties santé et prévoyance

Mis en place par l'ANI du 11 janvier 2008, le dispositif dit de portabilité a ensuite évolué dans le cadre de l'ANI du 11 janvier 2013, repris par la loi du 14 juin 2013.

L'employeur est depuis lors dans l'obligation de proposer le maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise aux salariés après la rupture de leur contrat de travail. La durée maximale pendant laquelle les salariés peuvent en bénéficier est passée de neuf à douze mois, mais elle ne pourra dans tous les cas excéder la durée du dernier contrat de travail. Le bénéfice de la portabilité est conditionné à la perception d'une indemnisation chômage par le salarié.

Le maintien des garanties se fait à titre gratuit c'est-à-dire sans cotisation du salarié pendant la période de portabilité, le financement étant mutualisé (financement par l'employeur et les salariés en activité de l'entreprise) (cf. page 64).



L'accord collectif de branche professionnelle

L'application de l'accord de branche

Il est négocié entre les organisations patronales et les organisations syndicales représentatives de salariés.

Il s'applique :

- lorsqu'il est étendu, à toutes les entreprises qui appartiennent à la branche d'activité¹ ;
- lorsqu'il n'est pas étendu, aux seules entreprises de cette branche d'activité, membres des organisations patronales qui ont signé l'accord et aux entreprises non-membres qui en font une application volontaire.

L'accord de branche prévaut sur l'ANI si ce dernier ne mentionne pas expressément qu'il s'impose même en cas d'accord de branche.

L'accord de branche prévaut sur l'accord d'entreprise mais celui-ci peut y déroger s'il prévoit des garanties au moins équivalentes.

RÉFLEXE MILITANT

Il est impératif de connaître le contenu de la convention collective ou de l'accord collectif prévoyance de branche applicable à votre entreprise. Ces dispositions serviront de base de négociation du régime de prévoyance de l'entreprise.

La recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs par la branche

L'accord de branche peut également guider l'entreprise en ce qui concerne le choix de l'organisme assureur.

Cependant, l'accord de branche ne peut plus imposer aux entreprises un organisme assureur comme gestionnaire des régimes prévoyance de l'ensemble de la branche. Ce mécanisme de **désignation** a été considéré contraire à la Constitution, au motif qu'il portait une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle². Les clauses de désignation avaient pourtant vocation à mutualiser les risques au niveau de la branche, et ainsi faciliter le financement des droits non contributifs, notamment au titre de la solidarité (droits qui ne sont pas directement liés au versement d'une cotisation). Seuls les contrats en cours ont pu perdurer quelques années : les accords collectifs de branche conclus avant le 13 juin 2013 et toujours en vigueur s'imposent aux entreprises jusqu'à leur terme.

1 Un accord collectif de branche « étendu » est un accord collectif qui, après avoir reçu un arrêté ministériel d'extension du ministère du Travail ou des affaires sociales et de la santé, s'impose à toutes les entreprises entrant dans son champ d'application. Si un régime de prévoyance est prévu dans l'accord collectif étendu, il devra être intégré ou annexé à la convention collective de branche.

2 Décisions du Conseil constitutionnel no 2013-672 DC, 13 juin 2013, JO 16 juin et QPC no 2013-349, 18 oct. 2013.

Il reste possible pour la branche de **recommander** aux entreprises qui la composent un ou plusieurs organismes assureurs.

Plusieurs conditions doivent être remplies pour pouvoir mettre en place cette recommandation³ :

Tout d'abord, l'accord collectif doit comporter un **degré élevé de solidarité** (DES), c'est-à-dire qu'au minimum 2 % de la prime ou de la cotisation doit être affecté au financement de prestations à caractère non directement contributif pouvant prendre les formes suivantes :

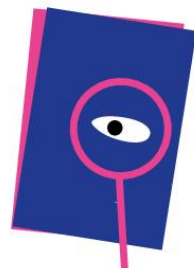
- prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés ;
- financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé ;
- prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel ou collectif ;
- prise en charge d'autres actions équivalentes de branche procédant d'un objectif de solidarité.

L'accord doit alors définir les prestations gérées de manière mutualisée, déterminer les modalités de leur financement (montant forfaitaire par salarié, pourcentage de la prime ou de la cotisation, ou combinaison des deux), et créer un fonds en charge de ce financement.

Ensuite, toute recommandation est obligatoirement précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats. Les organismes recommandés ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés. Ils doivent établir un rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre.

Enfin, l'accord doit nécessairement comporter une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. Au maximum cette périodicité est de cinq ans.

Les entreprises composant la branche professionnelle peuvent alors contractualiser avec le ou les organismes recommandés mais n'y sont pas obligées. Si elles restent libres de choisir leur organisme assureur, leur contrat doit tout de même respecter le cadre imposé par l'accord de branche en termes de financement, de dispenses d'adhésion, de garanties (sauf à prévoir des garanties au moins équivalentes) etc. En particulier, toutes les entreprises de la branche doivent mettre en place un degré élevé de solidarité.



3 L912-1 du CSS, R912-1 à R912-3 du CSS.

RÉFLEXE MILITANT

Même s'il n'y a pas de degré élevé de solidarité, ni par conséquent d'organisme assureur recommandé, rien n'empêche les organisations syndicales de prévoir dans l'accord de branche un système de mutualisation du financement et de la gestion de certaines prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail les liant à leur employeur.

À noter : Certains accords prévoient une **labellisation** des organismes assureurs mais contrairement à la recommandation, cette notion n'est pas encadrée par la loi. Si la branche choisit une labellisation, le degré élevé de solidarité est possible mais pas obligatoire, il n'y a pas non plus de contraintes en termes d'unicité de la tarification, ni d'absence de sélection des entreprises.

RÉFLEXE MILITANT

Lors de la mise en place d'une labellisation, une grande latitude est donc laissée aux partenaires sociaux qui doivent s'en saisir. Il est indispensable d'encadrer le dispositif dans l'accord car la loi n'exige rien de particulier d'une telle labellisation.

L'accord collectif d'entreprise

Il est négocié entre l'employeur et les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise. Il complète et améliore les dispositions contenues dans la convention collective de branche. Il peut s'appliquer prioritairement à un accord de branche à condition de prévoir des garanties au moins équivalentes, c'est-à-dire si ces dispositions sont équivalentes ou plus favorables aux salariés. L'équivalence des garanties s'apprécie en prenant en compte l'ensemble des garanties se rapportant à la même matière.

Un accord d'entreprise peut également instaurer, à lui seul, un régime de prévoyance dans l'hypothèse où la convention collective de branche n'a rien prévu en la matière.

RÉFLEXE MILITANT

Avant de conclure un accord d'entreprise, il faut donc bien s'assurer que celui-ci ne privera pas les salariés de garanties prévues par la branche. La notion d'équivalence des garanties n'est pas facile à appréhender, et pourrait conduire à sacrifier des garanties prévues au niveau de la branche, remplacées par d'autres garanties de votre accord d'entreprise.



LES MODALITÉS DE MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE DANS L'ENTREPRISE

L'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale précise que :

« Les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la Sécurité sociale sont déterminées...

...soit par voie de conventions ou d'accords collectifs⁴,

...soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (referendum),

...soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé ».

Le principe : l'accord collectif d'entreprise

La négociation de l'accord de prévoyance a lieu dans chaque entreprise entre l'employeur et les délégués syndicaux des organisations syndicales représentatives de l'entreprise.

Lorsque l'entreprise est divisée en plusieurs établissements, cette négociation a lieu au niveau central avec les délégués syndicaux centraux (DSC). Cette négociation peut être complétée par des accords conclus dans chaque établissement pourvu qu'il existe une représentation syndicale dans ces établissements.

Toutes les organisations syndicales représentatives présentes dans l'entreprise doivent obligatoirement être invitées à la négociation.

Pour être valable, un accord collectif d'entreprise ou d'établissement doit avoir été signé :

- soit par un ou plusieurs syndicats représentatifs ayant recueilli au moins 50 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des dernières élections des titulaires au comité social et économique, quel que soit le nombre de votants ;
- soit par des organisations syndicales représentatives ayant recueilli plus de 30 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des élections professionnelles, et approuvées par la majorité des salariés couverts par l'accord et électeurs aux élections du comité social et économique dans l'entreprise ou l'établissement.

⁴ Une convention collective a vocation à traiter de l'ensemble des matières de la négociation : rémunérations, conditions d'emploi, formation, garanties sociales... L'accord collectif traite uniquement d'un ou deux sujets de ces domaines.



RÉFLEXE MILITANT

- Lorsque la CFE-CGC est représentée dans l'entreprise, c'est à ses délégués syndicaux (DS) d'être force de proposition en matière de prévoyance dans l'entreprise et de conduire les négociations. La prévoyance a été initiée par les cadres en 1947. Les cadres sont depuis une locomotive dans la négociation de la prévoyance au profit de tous les salariés.

Plus largement, tous les représentants du personnel seront mis à contribution pour préparer la négociation, connaître les attentes des salariés de l'entreprise, et promouvoir les valeurs de la CFE-CGC.

- Tous les moyens doivent être mis en place pour aboutir à un accord collectif d'entreprise. En cas d'échec, l'employeur aura toute latitude pour mettre en place une décision unilatérale, ce qui affaiblira le rôle des délégués syndicaux et donc du dialogue social.
- La mise en place obligatoire d'un régime de complémentaire santé depuis le 1^{er} janvier 2016 n'obère pas la nécessité d'évoquer le contenu de l'accord, les garanties et les montants des cotisations lors des négociations annuelles obligatoires.

Avant de négocier vous allez obligatoirement disposer d'un certain nombre d'informations relatives au personnel et aux propositions de l'entreprise en matière de prévoyance.

Vous aurez donc connaissance :

- des différentes catégories socioprofessionnelles de salariés dans l'entreprise ;
- des effectifs de l'entreprise ;
- de la pyramide des âges ;
- des garanties prévues par la convention collective de branche ou par l'accord national interprofessionnel ;
- des garanties actuellement applicables dans l'entreprise ;
- des garanties proposées par l'entreprise et les projets des différents organismes assureurs⁵ ;
- des organismes assureurs proposés ;
- des modes de financement du dispositif.

⁵ Les organismes assureurs désignent tout organisme qui peut assurer un risque de prévoyance tels que les institutions de prévoyance, les mutuelles, les assurances.

Les alternatives : le référendum ou la décision unilatérale de l'employeur

L'employeur dispose de la faculté d'imposer aux salariés un dispositif de prévoyance qu'il aurait décidé unilatéralement. Néanmoins, il conserve la possibilité de soumettre ce projet au suffrage du personnel.

Le référendum⁶

Le projet d'accord peut être rédigé par l'employeur seul ou en concertation avec des représentants du personnel mais ce texte reste pour autant de sa seule responsabilité.

Avant de recueillir les suffrages des salariés concernés, l'employeur doit leur communiquer une notice d'information détaillée du contrat de prévoyance et/ou le contrat lui-même. Une réunion d'information peut également être organisée.

Afin de laisser un temps suffisant pour la prise de décision, le délai minimum entre la dernière information aux salariés et leur consultation est d'un mois.

Il peut s'avérer utile de prévoir les modalités d'organisation du scrutin dans un protocole d'accord préélectoral. À défaut, c'est le droit commun des élections professionnelles qui s'applique à savoir :

- constitution d'un bureau de vote,
- vote à bulletin secret,
- matériel de vote fourni par l'employeur,
- établissement d'un procès-verbal à l'issue du scrutin par le bureau de vote.

La liste électorale ne devra prévoir aucune condition d'ancienneté afin que l'ensemble des salariés bénéficiant de la couverture puisse prendre part au vote. Le vote doit avoir lieu dans l'entreprise et sur le temps de travail. De même, les résultats du vote devront faire l'objet d'un affichage dans l'entreprise.

Une fois ratifié par la majorité des salariés intéressés, c'est-à-dire la majorité des électeurs inscrits, l'accord de prévoyance s'applique à l'ensemble du personnel. Il a la valeur et produit les effets juridiques d'un accord collectif de droit commun.

La décision unilatérale de l'employeur

L'entreprise a la possibilité d'instituer unilatéralement un système de prévoyance.

Néanmoins, chaque salarié de l'entreprise devra recevoir un document écrit dans lequel figure l'ensemble des garanties proposées, ainsi que les conditions d'ouverture des droits, les taux, l'assiette et la répartition des cotisations.

⁶ Instauré en matière de prévoyance dans la loi Evin du 31 décembre 1989.

Ce dispositif de prévoyance décrété unilatéralement ne permet pas à l'employeur d'imposer aux salariés **présents dans l'entreprise lors de sa mise en place** une obligation de cotiser à ce régime.

- Si le régime de prévoyance ne comporte pas de cotisations salariales, les salariés concernés seront obligatoirement affiliés à la nouvelle couverture.
- Lorsque le régime comporte une cotisation salariale, les salariés pourront refuser d'adhérer au régime de prévoyance (cas de dispense). Cependant un salarié ayant accepté ne pourra plus s'y soustraire ensuite.
- Pour les salariés embauchés après la mise en place du régime de prévoyance, l'affiliation sera obligatoire, le régime faisant partie de leurs conditions d'embauche.

Dans tous les cas : le rôle du comité social et économique

Quelle que soit l'option retenue par l'employeur pour établir un régime de prévoyance dans l'entreprise, il est tenu d'informer et de consulter le comité social et économique.

Cette consultation va non seulement accompagner la mise en place du régime mais également sa modification. Ainsi, un certain nombre d'informations seront données aux élus du comité qui pourront utiliser ces éléments pour rendre compte aux salariés et éclairer les délégués syndicaux lors des négociations.

L'information des élus

Un maximum d'informations sur le régime de prévoyance proposé par l'employeur doit être mis à la disposition des élus.

Le comité peut également demander toutes explications complémentaires à l'employeur et faire toutes les observations qu'il juge utile. L'employeur est tenu d'y répondre, par écrit, et de manière motivée.

Dans ce contexte, il est indispensable de veiller à obtenir un délai d'examen suffisant pour prendre connaissance des informations qui sont fournies, recueillir l'avis des salariés et formuler des contre-propositions.

Il semble donc probable que le comité social et économique, qui va accompagner la mise en place du régime de prévoyance, se réunisse à plusieurs reprises avant de se prononcer sur le projet définitif qui lui aura été présenté.

La consultation des élus

La consultation du comité social et économique est nécessairement préalable :

- à la mise en place des garanties, s'il s'agit d'un accord collectif⁷ ;
- à la date du vote, s'il s'agit d'un référendum ;
- à la remise de la décision écrite de l'employeur aux salariés, s'il s'agit d'une décision unilatérale de l'employeur.

7 D'après l'article R2312-22, le comité social et économique est informé et consulté préalablement à la mise en place d'une garantie collective complémentaire de prévoyance. Cependant l'article L2312-14 stipule que « Les projets d'accord collectif, leur révision ou leur dénonciation ne sont pas soumis à la consultation du comité. ». Nous retenons ici l'interprétation selon laquelle le CSE doit à tout le moins être consulté avant la mise en place des garanties même si un accord collectif est finalisé. Il est bien sûr préférable que la consultation intervienne en temps utile.

L'avis donné par les élus du comité d'entreprise sur le projet d'accord de prévoyance ne lie pas juridiquement l'employeur.

Néanmoins, la procédure de consultation permet aux élus de veiller à ce que les intérêts des salariés soient pris en compte avant toute décision.

Le comité devra donner son avis sur les différents points suivants :

- l'accord collectif de mise en place de la couverture ;
- le caractère obligatoire et/ou facultatif de cette couverture ;
- le ou les groupes objectifs de salariés concernés si la couverture ne concerne pas l'ensemble du personnel⁸ ;
- les risques couverts ;
- la nature et le niveau des prestations envisagées ;
- les taux de cotisation et leur répartition entre employeur et salarié ;
- les organismes pressentis pour assurer et gérer ces couvertures.

Les élus titulaires du comité social et économique donnent leur avis à la majorité des membres présents ; le président ne participe pas au vote.

Un procès-verbal est obligatoirement établi par le secrétaire et approuvé à la séance suivante du comité.



RÉFLEXE MILITANT

Lors de la mise en place ou de la modification d'un régime de prévoyance, il est conseillé de négocier deux accords différents : l'un sur la complémentaire santé et l'autre sur la prévoyance dite lourde.

De plus, si l'un ou les deux accords contiennent des dispositions obligatoires et des dispositions facultatives, il est conseillé de rédiger des accords différents, le risque étant que l'URSSAF considère l'accord comme facultatif et donc ne retienne pas les exonérations sociales et fiscales (cf. page 39).

Le tableau des garanties doit être annexé à l'accord d'entreprise, à l'accord référendaire ou à la décision unilatérale de l'employeur. En cas d'écart de garanties entre l'acte juridique de l'entreprise et le contrat souscrit entre l'employeur et l'organisme de prévoyance, l'employeur sera responsable et devra payer la différence.

8 Cour de cassation, chambre sociale, 1^{er} juillet 2009.



LES GARANTIES À NÉGOCIER DANS UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

LES RISQUES CONTRE LESQUELS SE PRÉMUNIR

L'accident, l'invalidité, la maladie, le décès, le départ à la retraite⁹ sont autant de risques dans le champ du contrat de prévoyance. Si nous présentons la couverture de chacun de ces risques séparément, il faut bien admettre qu'en réalité, il est fréquent dans la vie d'un salarié que de tels aléas se succèdent ou se cumulent. Le contrat de prévoyance devra donc prévoir l'articulation entre les différentes prestations.

Tableau récapitulatif des différentes prestations

	Régime de base Sécurité sociale	Régimes complémentaires
Incapacité temporaire de travail (maladie, maternité, AT/MP)	Indemnités journalières	Indemnités journalières complémentaires
Incapacité permanente de travail (AT/MP)	Capital ou rente	Capital ou rente complémentaire
Invalidité	Rente	Rente complémentaire et capital
Décès	Capital	Capital et rente conjoint ou/et orphelins
Départ à la retraite	Pensions des régimes obligatoires	Indemnités de fin de carrière
Frais et soins de santé	Remboursements	Remboursements complémentaires

Nous verrons pourquoi il est indispensable et comment il est possible, au sein d'un contrat de prévoyance, de compléter les prestations servies par la Sécurité sociale.

⁹ Le départ à la retraite obéissant à une réglementation particulière, celui-ci sera présenté dans le tableau qui suit à simple titre d'information. Il ne fera pas l'objet de développement spécifique dans ce guide.

RÉFLEXE MILITANT

Les prestations versées par la Sécurité sociale sont souvent limitées au plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)¹⁰ ce qui pénalise, de fait, l'ensemble de l'encadrement qui cotise sur la totalité de son salaire.

La CFE-CGC est donc particulièrement concernée par la qualité des régimes complémentaires qu'elle négocie au bénéfice de l'encadrement.

C'est pourquoi la négociation doit être faite sur une prise en charge d'un salaire total.

LES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MALADIE, MATERNITÉ, AT/MP)

Les prestations de la Sécurité sociale en cas d'incapacité temporaire

La maladie

Les conditions de l'indemnisation par la sécurité sociale (appréciées à la date de l'arrêt de travail) :

- **Pour un arrêt d'une durée inférieure à six mois** : avoir cotisé sur un salaire d'au moins 1015 fois le SMIC horaire dans les six mois civils qui précèdent l'arrêt de travail ou justifier d'au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé dans les trois mois civils ou 90 jours précédents.
- **Pour un arrêt d'une durée supérieure à six mois** : être immatriculé au régime de sécurité sociale depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail et remplir également l'une des conditions suivantes : soit avoir cotisé sur un salaire d'au moins 2030 fois le SMIC horaire dans les 12 mois civils précédents ; soit avoir travaillé au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé dans les 12 mois civils ou 365 jours précédents.

Sous réserve de remplir ces conditions, les indemnités journalières de la Sécurité sociale sont versées à partir du quatrième jour d'arrêt (trois jours de carence).



¹⁰ Le plafond mensuel de la Sécurité sociale pour 2020 est de 3428 euros.

	Base de calcul	Plafond de l'indemnité en 2020
Cas général	50 % du salaire moyen ¹¹ des trois derniers mois. Salaire plafonné à 1,8 fois le montant du Smic en vigueur lors du dernier jour du mois qui précède l'arrêt.	45,55 euros/jour
Majoration à compter du 31 ^e jour d'arrêt si trois enfants à charge	2/3 du salaire moyen des trois derniers mois. Salaire plafonné à 1,8 fois le montant du Smic en vigueur lors du dernier jour du mois qui précède l'arrêt.	60,73 euros/jour

La CSG¹² (6,2 %) et la CRDS¹³ (0,50 %) sont ensuite déduites du montant des indemnités journalières dues.

Le congé maternité

Les conditions de l'indemnisation par la Sécurité sociale :

- Justifier de dix mois d'affiliation, en tant qu'assurée sociale exerçant une activité professionnelle, à la date prévue de l'accouchement.
- Avoir cotisé/travaillé suffisamment dans les mois précédents la grossesse (les quatre façons d'apprécier ce critère, sont détaillées sur le site Ameli).

L'indemnisation est due à partir du premier jour de congé maternité et durant toute la durée légale de celui-ci.

La salariée perçoit 100 % de son salaire brut (moyenne des trois derniers mois). Un taux forfaitaire de cotisations s'applique sur ce montant (taux de 21 % comprenant la part salariale des cotisations sociales, la CSG et la CRDS). Le salaire pris en compte est limité au plafond mensuel de la sécurité sociale qui s'élève à 3 428 euros pour 2020, soit 89,03 euros/ jour.



11 Si le salarié est mensualisé, le salaire journalier moyen est égal au total des 3 derniers salaires bruts perçus avant l'arrêt de travail, divisé par 91,25. Le salaire moyen sera calculé sur une période différente si le salarié n'est pas payé mensuellement afin de prendre en compte certains éléments tels une prime de 13^e mois par exemple.

12 Contribution sociale généralisée.

13 Contribution pour le remboursement de la dette sociale.

L'accident de travail, la maladie professionnelle (AT/MP)

Si son arrêt de travail est dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le salarié peut percevoir des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale dès son embauche. Elles sont dues sans délai de carence.

	Base de calcul	Plafond de l'indemnité en 2020
L'indemnité journalière ne peut pas être supérieure au gain journalier net		
28 premiers jours	60 % du salaire journalier de référence ¹⁴ Salaire pris en compte dans la limite de 0,834 % du PASS	205,84 euros/jour
À partir du 29 ^e jour	80 % du salaire journalier de référence, dans la limite de 8 % du PMSS	274,46 euros/jour

Un taux forfaitaire de cotisations s'applique sur le montant de l'indemnité journalière (taux de 21 % comprenant la part salariale des cotisations sociales, la CSG et la CRDS).



¹⁴ Par salaire de référence, on entend le dernier salaire perçu avant l'arrêt de travail pour un salarié payé mensuellement. Ce salaire, divisé par 30,42, détermine son salaire journalier de base.

Le complément d'indemnisation prévu par la loi de mensualisation

Les conditions du complément d'indemnisation versé par l'employeur à ses salariés :

- Avoir au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise (condition appréciée au premier jour d'absence).
- Percevoir les indemnités journalières de la sécurité sociale.
- Avoir transmis à l'employeur le certificat médical dans les 48 heures.
- Être soigné sur le territoire français ou dans un État membre de la Communauté Européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen.
- Ne pas être travailleur à domicile ou salarié saisonnier, intermittent ou temporaire.

La loi de mensualisation¹⁵, qui s'impose à tous, prévoit alors la garantie d'un complément du salaire brut à 90 % à partir du huitième jour d'arrêt de maladie ou du premier jour en cas d'accident du travail et pendant trente jours puis aux 2/3 pendant les trente jours suivants.

La première et la deuxième période d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté en plus de la durée d'un an requise, sans que chacune d'elle dépasse 90 jours¹⁶.

Ancienneté	Indemnisation à 90 %	Indemnisation à 66,66 %	Durée totale
Moins de 1 an	0	0	0
De 1 à 6 ans	30 jours	30 jours	60 jours
De 6 à 11 ans	40 jours	40 jours	80 jours
De 11 à 16 ans	50 jours	50 jours	100 jours
De 16 à 21 ans	60 jours	60 jours	120 jours
De 21 à 26 ans	70 jours	70 jours	140 jours
De 26 à 31 ans	80 jours	80 jours	160 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours	180 jours

L'indemnisation est assimilée à du salaire et, à ce titre, soumise aux cotisations et aux contributions sociales.

¹⁵ Article L.1226-1 du Code du travail.

¹⁶ Article D.1226-1 et D.1226-2 du Code du travail : tableau des durées d'indemnisation telles qu'indiquées.

RÉFLEXE MILITANT

Vous devez veiller à ce que la cotisation salariale éventuellement instaurée dans le cadre du régime de prévoyance ne finance pas la garantie mensualisation qui est entièrement à la charge de l'employeur.

Les garanties à intégrer au régime de prévoyance

- Une indemnisation complémentaire couvrant tout ou partie du salaire net du salarié. L'objectif est d'améliorer la couverture obligatoire octroyée par la Sécurité sociale et l'employeur via la loi de mensualisation. Le manque à gagner dépend donc de la cause de l'arrêt, de sa durée, et de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise.
Cette indemnisation complémentaire peut s'articuler sous plusieurs formes :
 - soit en prévoyant un montant forfaitaire par jour d'arrêt de travail ;
 - soit en prévoyant le versement d'un pourcentage du salaire antérieur, modulable en fonction de la cause de l'arrêt (maladie, AT ou MP) ;
 - avec une éventuelle modulation de l'indemnisation en fonction de la durée de l'arrêt de travail.
- Une durée d'indemnisation couvrant au-delà de la période prévue par la loi de mensualisation, par exemple jusqu'au 1 091^e jour d'arrêt continu (trois ans) éventuellement en fonction de l'ancienneté.
- Il convient également de prévoir un raccourcissement voire une suppression des délais de carence (en fonction de l'ancienneté par exemple).

RÉFLEXE MILITANT

La garantie la plus avantageuse à négocier est donc une indemnisation à 100 % du salaire net à compter du premier jour d'arrêt.

À savoir : une indemnisation de 85 % du salaire brut est égale ou supérieure au salaire net.

LES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ ET D'INCAPACITÉ PERMANENTE

Les prestations de la Sécurité sociale en cas d'invalidité

Lorsque les séquelles d'un **accident ou d'une maladie non professionnels** réduisent d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de revenus de l'assuré, la Sécurité sociale peut verser une pension d'invalidité.

Ce constat peut être fait à la suite de :

- trois ans de prestations continues d'indemnités journalières versées au titre de la maladie ;
- ou la stabilisation de l'état de santé, diminuant la capacité avant le délai de trois ans ;
- ou la consolidation de la blessure faisant suite à un accident non professionnel ;
- ou la constatation médicale d'une usure prématurée de l'organisme.

Il existe trois niveaux d'invalidité dont l'indemnisation est limitée à l'âge de soixante-deux ans. Le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) apprécie votre état d'invalidité.

	Montant de la rente	Plafond de l'indemnité en 2020
Invalidité de 1 ^{ère} catégorie	30 % du salaire moyen ¹⁷ . Salaire pris en compte dans la limite du PMSS.	1 028,40 euros/mois
Invalidité de 2 ^e catégorie	50 % du salaire moyen. Salaire pris en compte dans la limite du PMSS.	1 714 euros/mois
Invalidité de 3 ^e catégorie	50 % du salaire moyen. Salaire pris en compte dans la limite du PMSS + majoration pour tierce personne.	1 714 euros/mois + 1 125,29 euros/mois

¹⁷ La pension est calculée en fonction d'un pourcentage du salaire moyen des dix meilleures années ayant donné lieu à des cotisations auprès de la sécurité sociale.

Elle est soumise à la CSG au taux de 8,3 %, à la CRDS au taux de 0,5 %, à la CASA¹⁸ au taux de 0,3 %.

Il existe toutefois des cas d'exonération ou d'application d'un taux réduit ou minoré de CSG, en fonction notamment de vos ressources.

Les bénéficiaires de l'ASI ne sont pas concernés par l'ensemble de ces prélèvements.

Les prestations de la Sécurité sociale en cas d'incapacité

À la suite de la consolidation de l'état de santé du salarié (à l'issue de la période de soins et l'arrêt de travail), le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie doit établir un certificat médical.

S'il constate, en indiquant les conséquences de l'accident dans ce certificat médical final, une incapacité permanente due à un **accident du travail** ou à une **maladie professionnelle**, le salarié peut bénéficier d'une rente.

Le taux tient compte de la nature de l'infirmité du salarié, de son état général, de son âge, de ses aptitudes et qualifications professionnelles.

Lorsque l'incapacité est inférieure à 10 %, la rente est versée en capital selon le taux d'incapacité permanente :

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en 2020
1 %	418,96 euros
2 %	680,96 euros
3 %	995,08 euros
4 %	1 570,57 euros
5 %	1 989,64 euros
6 %	2 460,85 euros
7 %	2 984,21 euros
8 %	3 560,36 euros
9 %	4 188,63 euros

Lorsque l'incapacité est supérieure à 10 %, une rente est calculée sur la base du salaire annuel moyen des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail. La rente déterminée selon le calcul ci-contre est viagère. Elle est versée par trimestre pour un taux d'incapacité de 10 à 50 % ou par mois pour un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 50 %.

18 Contribution additionnelle de solidarité à l'autonomie.

	Base de calcul	Plafonnement du salaire annuel dans la base de calcul en 2020
Taux d'incapacité permanente entre 10 et 80 %	(Taux d'incapacité divisé par 2 jusqu'à 50 + taux multiplié par 1,5 au-delà de 50) x salaire annuel	Prise en compte : <ul style="list-style-type: none"> • Intégrale jusqu'à 37 262,59 euros • Pour 1/3 de 37 262,59 euros à 148 604,56 euros • Exclusion au-delà
	Exemple incapacité de 75 % : $(50/2) + (25 \times 1,5) = 62,5 \% \times \text{salaire annuel}$	
Taux d'incapacité permanente à partir de 80 %	IDEM avec majoration de 40 % de la rente si recours à une tierce personne	
	Exemple incapacité de 90 % = $(50/2) + (40 \times 1,5) = (85 \% \times \text{salaire annuel}) + ((85 \% \times \text{salaire annuel}) \times 40 \%)$	

Les garanties à intégrer au régime de prévoyance

- Une rente complémentaire à celle de la sécurité sociale, mais reprenant les mêmes critères de classification et couvrant tout ou partie du salaire net du salarié en invalidité ou en incapacité. Cette indemnisation complémentaire devra être égale à un pourcentage du salaire antérieur avec des clauses de revalorisation (indexation pour conserver le pouvoir d'achat). L'indemnisation ne peut pas être supérieure au salaire que l'intéressé aurait pu percevoir.
- Une rente complémentaire calculée en fonction du taux d'incapacité.
- Une rente complémentaire calculée en fonction du taux d'accident du travail.
- Une majoration de la rente d'incapacité permanente totale ou un capital.
- Un dispositif d'articulation des rentes incapacité et invalidité avec les indemnités journalières.





RÉFLEXE MILITANT

- **En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie**, la rente complémentaire visée pourrait porter à 60 % du salaire brut l'indemnisation totale.
- **En cas d'invalidité 2^e et 3^e catégorie**, la rente complémentaire visée pourrait porter à 100 % du salaire net l'indemnisation totale.
- **En cas d'invalidité 3^e catégorie**, cette rente peut être complétée par le versement d'un capital équivalent à tout ou partie du capital décès ou par un complément de prestation pour tierce personne.
- **En cas d'incapacité (AT/MP)**, la rente complémentaire visée pourrait porter à 100 % du salaire net l'indemnisation totale.

Et dans tous les cas des clauses de revalorisation annuelle.

LES PRESTATIONS EN CAS DÉCÈS

Les prestations de la Sécurité sociale

Lors d'un décès, les ayants droit de l'assuré décédé perçoivent un capital décès sous forme d'indemnité destinée à faire face aux frais immédiats entraînés par le décès (notamment les frais d'obsèques).

Le capital décès est désormais un montant forfaitaire de 3 472 euros pour 2020.

Suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le capital est complété par une rente au conjoint survivant et par une rente éducation pour les enfants à charge payable par trimestre ainsi que par le remboursement de frais funéraires (montant maximum en 2020 : 1 714 euros).

Pour le conjoint survivant avec lequel il vivait, le montant de la rente est fixé à 40 % du salaire annuel du défunt.

Un complément de rente égal à 20 % du salaire annuel du défunt est dû si le conjoint a au moins 55 ans et que celui-ci est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % depuis au moins trois mois.

Pour un ex-conjoint, le montant de la rente est égal à celui de la pension alimentaire ou de l'aide financière que le défunt devait lui verser avant son accident. Ce montant ne peut pas dépasser 20 % du salaire annuel du défunt.

Pour les enfants de 20 ans maximum, le montant est fixé à :

- 25 % du salaire annuel du défunt par enfant, pour les deux premiers enfants, puis 20 % par enfant à partir du troisième ;
- 30 % du salaire annuel du défunt si l'enfant devient orphelin de père et mère.

Lorsque plusieurs ayants droit perçoivent une rente, le montant total des rentes ne peut excéder 85 % du salaire annuel de la victime.

La rente d'ayant droit n'est pas soumise à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ni aux cotisations de Sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

L'obligation de financement de garanties décès pour les cadres et assimilés

Outre la couverture prévue par le régime de la Sécurité sociale pour les ayants droit du salarié décédé, la convention collective AGIRC du 14 mars 1947 reprise par l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres prévoit que :

« Les employeurs s'engagent à verser, pour tout bénéficiaire visé à l'article 2 du présent accord [c'est-à-dire les cadres et assimilés tels que définis par les articles 4 et 4^{bis} de la convention AGIRC], une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité sociale.

Cette contribution doit être versée à une institution de prévoyance ou à un organisme d'assurance pour les bénéficiaires visés à l'article articles 2-1 et 2-2 du présent accord.

Elle est affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès. »

La couverture du risque décès par l'employeur est donc obligatoire pour les cadres et assimilés. Il doit consacrer une cotisation exclusivement à sa charge de 1,5 % de la tranche A du salaire pour leur prévoyance dont une part au moins égale à 0,76 est affectée au risque décès (plus de la moitié de cette cotisation dite 1,5 % prévoyance).

Les garanties à intégrer au régime de prévoyance

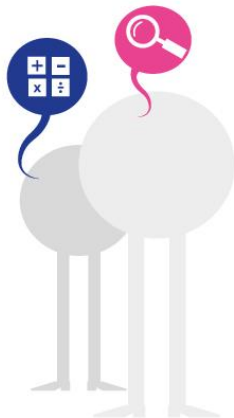
Un capital

Le capital décès complémentaire à prévoir peut être :

- Soit un forfait.
- Soit un multiple du salaire brut annuel de l'assuré.

Ce capital peut être majoré lorsque :

- Le décès est consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- Le salarié avait des enfants à charge (déterminer la notion d'enfant à charge suivant la règle fiscale ou sociale).



Une rente

→ Au conjoint survivant

Cette rente peut être temporaire, éventuellement jusqu'à ce que le conjoint survivant soit en âge de percevoir la pension de réversion, ou viagère.

→ Aux orphelins

Cette rente peut être forfaitaire ou un multiple du salaire brut annuel de l'assuré.

La rente peut être maintenue tant que le ou les enfants sont à charge (versement sans limite d'âge pour des enfants handicapés) ou poursuivent des études.

Une prestation forfaitaire pour frais d'obsèques

Une prestation forfaitaire pour frais d'obsèques du salarié, de son conjoint ou de ses enfants peut s'ajouter à ces indemnités.

RÉFLEXE MILITANT

Il est essentiel de négocier des garanties complémentaires au régime de base de la Sécurité sociale afin de mieux couvrir le risque décès. La CFE-CGC préconise :

- un capital décès à hauteur de deux ans de salaire ;
- une rente éducation à hauteur de 8 % du salaire jusqu'à 12 ans, puis 10 % du salaire jusqu'à 18 ans, puis 12 % du salaire jusqu'à 27 ans ;
- une rente au conjoint survivant à hauteur de 15% du salaire pendant 10 ans.

Attention à la notion de conjoint : voir si celle-ci est étendue au concubin ou pacsé, en effet ceux-ci ne perçoivent pas actuellement de pension de réversion de la part des régimes de retraite.

Prévoir le doublement de la rente orphelin ou de la rente éducation lorsque l'enfant est orphelin de ses deux parents.

LES PRESTATIONS LIÉES AUX FRAIS DE SANTÉ

La protection universelle maladie

La Sécurité sociale assure le remboursement d'une partie de vos frais de santé. La mise en place de la protection universelle maladie en a simplifié les conditions d'accès en permettant à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière d'en bénéficier.

La prise en charge des dépenses de soins et biens médicaux s'effectue sur la base d'un tarif commun aux caisses d'assurance maladie et aux professionnels de santé, dénommé tarif de responsabilité. Elle laisse toutefois une participation financière à la charge des assurés sociaux.

Entrent dans le périmètre de la prise en charge des frais de santé :

- les frais médicaux et chirurgicaux ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais pharmaceutiques y compris les médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que les préparations magistrales dans des conditions bien définies ;
- les frais d'hospitalisation et de traitement y compris lorsqu'ils sont relatifs à l'interruption volontaire de grossesse ;
- les frais d'analyse et d'examen de laboratoire y compris lorsqu'ils sont effectués en vue de prescriptions contraceptives ou dans le cadre du dépistage du sida ;
- les frais de transport du malade qui doit se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à son état ou pour se soumettre à un contrôle prévu par la législation de Sécurité sociale ;
- les frais d'appareillage sous certaines conditions ;
- les frais de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que les frais concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, sauf pour ce qui concerne la partie des frais incombant à l'État ;
- les frais afférents aux programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités, et notamment ceux relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention ;
- les frais relatifs aux vaccinations ;
- les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire.

Le socle minimal de garanties complémentaires obligatoires

Le niveau de remboursement de la Sécurité sociale souvent insuffisant a conduit les organisations syndicales et les entreprises à instaurer des régimes collectifs de prévoyance complémentaire.

La loi du 14 juin 2013, faisant suite à l'ANI du 11 janvier 2013, impose la **généralisation de la complémentaire santé** pour toutes les entreprises à compter du 1^{er} janvier 2016.

Le panier de soins de la couverture complémentaire santé doit ainsi comprendre au minimum la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes¹⁹:

- l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion :
 - des médicaments traitant des troubles sans gravité, de ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et des spécialités homéopathiques,
 - des frais liés à une cure thermale,
 - de la majoration du ticket modérateur due en cas de non-respect du parcours de soins,
 - des participations forfaitaires,
 - des franchises,
- le forfait journalier hospitalier ;
- les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ;
- les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de :
 - 100 euros minimum pour les corrections simples,
 - 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe,
 - 200 euros minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) ;
- les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives à partir du 1^{er} janvier 2021.

L'employeur doit assurer au minimum **la moitié du financement de la couverture obligatoire** des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, même si celle-ci est supérieure au « panier de soins » minimal. Un décret fixe les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire (cf. page 44).

19 CSS, art. L. 911-7 ; CSS, art. D. 911-1.

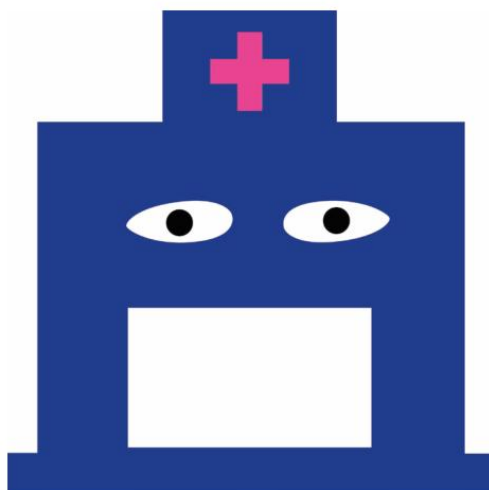
Les garanties à intégrer au régime de prévoyance

Une bonne prévoyance complémentaire frais de santé se caractérise par la qualité des remboursements de chacune des prestations prévues par la Sécurité sociale.

Il est important de maximiser les prestations en nature du régime complémentaire dans tous les domaines où les prestations de la Sécurité sociale sont inexistantes ou insuffisantes.

La réforme dite « 100 % santé » a récemment contribué à améliorer les prestations proposées sur l'optique, le dentaire, et l'audiologie (cf. page 41). Pour bien mesurer des éventuels manques ou défaut de garanties, nous vous invitons à prendre connaissance de l'éventuel contrat en cours au niveau de la branche.

Il faut également veiller à ce que le remboursement des frais de santé qui ont un coût élevé (hospitalisation...) soit correctement pris en charge par le régime complémentaire. En effet, ce sont ces dépenses importantes dont la réalisation est certes occasionnelle qui pénalisent les salariés.





DE LA NÉGOCIATION AU CONTRAT

LES CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT PERMETTANT L'EXONÉRATION SOCIALE ET FISCALE DES CONTRIBUTIONS VERSÉES PAR L'EMPLOYEUR

Les conditions générales de l'exonération

Les critères

Pour que l'employeur bénéficie d'exonération sociale et fiscale des cotisations au régime de prévoyance complémentaire, il est indispensable que le régime de prévoyance réponde à certains critères :

- Le régime doit être mis en place par **une convention ou un accord collectif, un référendum ou une décision unilatérale de l'employeur**.
- Le régime doit être **obligatoire** : les salariés doivent avoir l'obligation de souscrire au régime sauf dispenses légales (cf. page 44).
- Le régime doit être **collectif** : le régime doit s'adresser à tous les salariés ou à une partie d'en eux dite « catégorie objective », et la contribution de l'employeur doit être fixée à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux appartenant à une même catégorie (cf. page 40).
- Les contributions patronales doivent respecter le principe de **non-substitution à des éléments de rémunération préexistants** : un délai de douze mois minimum est requis entre le dernier versement de l'élément de rémunération supprimé (en tout ou partie) et le premier versement desdites cotisations patronales.
- Les prestations de prévoyance complémentaire doivent être versées par l'un des **organismes habilités** suivants : institutions de prévoyance, mutuelles et unions, entreprises d'assurance.
- **Pour la complémentaire santé, le contrat doit être responsable** : il doit être conforme aux prescriptions légales sur le panier de soin (cf. page 41).

Précisions sur le caractère « collectif » du régime :

→ Condition d'ancienneté

Le régime peut tout de même prévoir que l'accès aux garanties est réservé aux salariés de plus de douze mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, et aux salariés de plus de six mois d'ancienneté pour les autres prestations. Cela ne remet pas en cause son caractère collectif.

→ Catégories objectives

Le régime doit couvrir de la même façon un ensemble homogène de salariés. Des couvertures différentes peuvent donc exister au sein d'un régime collectif à condition qu'elles s'appliquent à des catégories objectives de salariés. Les distinctions sont considérées objectives sur la base des critères suivants²⁰ :

1. L'appartenance aux catégories cadres ou non cadres. Cette appartenance est encore aujourd'hui appréciée au regard des définitions de la Convention de retraite complémentaire des cadres AGIRC (article 4, 4 bis et 36). Depuis la fusion Agirc-Arrco, cette référence doit pourtant être revue. L'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, conforté par l'ANI du 28 février 2020 sur l'encadrement, pourrait constituer la nouvelle référence juridique (décret à paraître).
2. La référence à des seuils de rémunération, libellés en nombre de plafonds de la Sécurité sociale.
3. La place dans les classifications professionnelles définies par conventions collectives de branche et les accords professionnels et interprofessionnels.
4. Les sous-catégories fixées par les conventions collectives ou accords professionnels ou interprofessionnels.
5. Les catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

À SAVOIR

Une condition supplémentaire est exigée pour pouvoir considérer le régime comme collectif et obligatoire compte tenu du contexte de crise sanitaire²¹. Ainsi pour bénéficier des exonérations, les garanties de protection sociale complémentaire (sauf garanties de retraite supplémentaires) doivent être maintenues du 12 mars 2020 au 30 juin 2021 pour les salariés placés en activité partielle, quel que soit le contenu de l'acte instaurant les garanties ou du contrat collectif d'assurance (cf. page 64).



Les limites d'exonération

Toutefois, le dispositif d'exonération sociale et fiscale des cotisations connaît certaines limites.

Les exonérations sociales sont limitées par an et par salarié à la fraction des contributions patronales n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du PASS et de 1,5 % de la rémunération annuelle soumise à cotisations sociales (déduction faite de la part de l'employeur relative au financement de prestation complémentaire de retraite et de prévoyance).

²⁰ R. 242-1-1 du code de la Sécurité sociale.

²¹ Article 12 du projet de loi relatif à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

Le total des contributions pouvant bénéficier des exonérations sociales est également plafonné à 12 % du PASS²² par an.

Les exonérations fiscales sont limitées par an et par salarié à la fraction des contributions patronales n'excédant pas un montant égal à la somme de 7 % du PASS et de 3 % de la rémunération annuelle brute.

Le total des contributions pouvant bénéficier des exonérations fiscales est également plafonné à 3 % de 8 PASS.

En cas de dépassement de ces limites de déduction, la partie excédentaire est réintégrée dans la rémunération brute, elle est donc soumise à cotisations sociales et fiscalisée.

Les cotisations patronales restent toutefois soumises dans leur intégralité à la CSG et à la CRDS.



À SAVOIR

La participation du CSE au financement de la couverture collective obligatoire de prévoyance (dans le cadre de ses activités sociales et culturelles) est assimilée à une cotisation patronale. Elle peut donc être exclue de l'assiette des cotisations dans les mêmes conditions et limites.

Conditions spécifiques aux contrats couvrant les frais de santé : les contrats responsables

Le contrat doit répondre à un cahier des charges précis pour être dit « **contrat responsable** »²³ et ainsi ouvrir droits aux exonérations fiscales et sociales.

→ Un contrat responsable ne doit pas couvrir :

- la prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro à la charge de l'assuré ;
- la prise en charge de la majoration du ticket modérateur incombant à l'assuré, en raison du défaut de désignation de médecin traitant, ou de la consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant, sauf cas autorisé d'accès direct ;
- la prise en charge de la majoration de la participation de l'assuré refusant à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pour les patients consultant un spécialiste du secteur 1 sans prescription du médecin traitant ; de même pour les médecins du secteur 2 ;
- la prise en charge de la franchise médicale.

22 PASS : Plafond annuel de la Sécurité sociale.

23 Décret du 29 septembre 2005.

→ **Un contrat responsable doit couvrir :**

- la prise en charge de la totalité du ticket modérateur des soins de ville. Les seuls soins dont l'absence de prise en charge ne remet pas en cause le caractère responsable du contrat sont les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 %, les spécialités homéopathiques et les cures thermales ;
- la prise en charge de la totalité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé (et non pas les médico-sociaux) sans limitation de durée ;
- la prise en charge pour les frais optique, dentaire et audiologie du panier de soin 100 % santé, à hauteur des frais exposés au-delà des tarifs de responsabilité :
 - montures et verres de classe A dans la limite des prix limites de vente : maximum une prise en charge (deux verres/une monture) par période de deux ans pour les plus de 16 ans, un an pour les 6-16 ans, six mois pour les moins de 6 ans²⁴,
 - aides auditives de classe I dans la limite des prix limites de vente : maximum une prise en charge par oreille par période de quatre ans,
 - soins prothétiques à prise en charge renforcée dans la limite des honoraires limites de facturation²⁵.

→ **Le contrat responsable doit respecter une limite s'il couvre :**

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM doit respecter une double limite :
 - la prise en charge du dépassement ne peut excéder un montant égal à 100 % du tarif de responsabilité,
 - la prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif de l'OPTAM, en respectant une minoration au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge.

À noter : La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins adhérents à l'OPTAM n'est pas obligatoirement plafonnée, un contrat responsable est donc libre de le prévoir ou non.

- la prise en charge d'équipements d'optique médicale autres que ceux du panier de soin 100 % santé (verres et/ou montures de classe B) doit respecter les conditions suivantes à compter du 1^{er} janvier 2020 :
 - la couverture de la monture est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global,

24 Dérogations permettant une prise en charge anticipée en cas d'évolution justifiée de la vue, ou de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

25 Les honoraires limites de facturation ont ainsi fait l'objet de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018.

- le plancher de prise en charge s'étale de 50 euros à 200 euros selon la catégorie des verres,
- le plafond de prise en charge s'étale de 420 euros à 800 euros selon la catégorie des verres,
- comme pour l'équipement classe A, maximum une prise en charge (deux verres/une monture) par période de deux ans pour les plus de 16 ans, un an pour les 6-16 ans, six mois pour les moins de 6 ans.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- La prise en charge d'aides auditives autres que celles du panier de soin 100 % santé (aide auditive de classe II) doit respecter les conditions suivantes à compter du 1^{er} janvier 2021 :
 - le plafond de prise en charge s'élève à 1 700 euros par aide auditive,
 - comme pour l'équipement classe I : maximum une prise en charge par oreille par période de quatre ans.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

→ Le contrat responsable doit faire l'objet d'une information annuelle :

Pour être un contrat responsable, les organismes de protection sociale complémentaire doivent enfin communiquer annuellement aux assurés le montant des frais de gestion, des frais d'acquisition et la somme des deux, exprimés en pourcentage des cotisations ou primes.

Cette communication doit se faire de façon écrite, lisible et intelligible.

→ Si ces critères ne sont pas respectés et donc que le contrat n'est pas responsable :

- les cotisations ne sont plus déductibles fiscalement tant pour l'employeur que pour le salarié ;
- les cotisations patronales sont réintégréées dans la base des cotisations sociales.

Les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 doivent se conformer au nouveau cahier des charges du contrat responsable en matière de dispositifs médicaux d'aides auditives et de soins dentaires prothétiques tel que prévu par le calendrier de mise en œuvre de la réforme 100 % santé.

Les dispenses possibles à la couverture obligatoire

Certains salariés peuvent demander à être dispensés d'adhérer à la couverture complémentaire obligatoire, sans pour autant remettre en question son caractère obligatoire, ni priver l'employeur des exonérations qui en dépendent. Afin de bénéficier de l'exonération de cotisations, l'employeur devra néanmoins être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Les dispenses d'adhésion pour le régime prévoyance et santé

Une dispense d'adhésion s'applique à toutes les garanties mais **seulement si le régime est mis en place par décision unilatérale de l'employeur et si celui-ci prévoit une cotisation salariale. Il s'agit du cas des salariés déjà dans l'entreprise**, qui ne peuvent être contraints de cotiser contre leur gré à ce système de garanties collectives. En revanche, les salariés embauchés postérieurement à la mise en place du système sont tenus d'y adhérer.

D'autres cas de dispenses sont possibles indépendamment des modalités de mise en place du régime, et quelle que soit la date d'embauche des salariés, mais **ils doivent être explicitement prévus par l'acte qui régit les garanties**.

- Les salariés à contrat à durée déterminée ou de mission d'une durée au moins égale à douze mois justifiant être déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties.
- Les salariés à contrat à durée déterminée ou 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 dispenses d'adhésion de plein droit spécifiques à la couverture complémentaire santé

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, des dispenses « de droit » ont été fixées²⁶ uniquement pour le régime « frais de santé ». Ces dispenses sont possibles pour certains salariés même si l'acte qui régit les garanties ne les prévoit pas. Elles sont liées aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable.

- Les salariés sous contrat à durée déterminée ou de mission si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à un seuil de trois mois. Pour ce faire, les intéressés doivent justifier qu'ils bénéficient par ailleurs d'une couverture complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable.

26 Articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale.

À SAVOIR

Un versement santé peut être mis en place par accord d'entreprise ou par décision unilatérale de l'employeur. Il s'agit d'une aide individuelle à la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés en contrats courts ou à temps très partiel. Elle concerne les salariés sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois mois, et les salariés à temps partiel dont la durée de travail est inférieure ou égale à 15 h hebdomadaires. Le montant du versement est égal à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la complémentaire santé majorée par un coefficient de 105 % pour les salariés en CDI, 125 % pour les salariés en CDD ou en contrat de mission.

- Les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.
- 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 d'adhésion joue uniquement jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- Les salariés déjà couverts (y compris en tant qu'ayants droit) qui bénéficient, pour les mêmes risques, de prestations servies au titre d'un autre emploi dans le cadre :
 - d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire,
 - d'une mutuelle des « fonctions publiques » de l'État ou des collectivités territoriales,
 - d'un contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » intéressant les travailleurs indépendants,
 - du régime local d'Alsace-Moselle,
 - du régime local d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).

Ces conditions doivent rester remplies, sinon les dispenses ne sont plus valables, et l'employeur ne pourra plus prétendre aux exonérations liées au caractère obligatoire du contrat.

LE CAHIER DES CHARGES

À réaliser en amont d'un appel d'offre, le cahier des charges reprend les éléments de votre accord collectif afin de faire connaître aux organismes assureurs vos besoins, les garanties demandées, et les contraintes imposées. Il s'agit donc de la base de votre futur contrat.

À l'issue de l'appel d'offre, le contrat sera donc conclu avec l'organisme assureur retenu.

Le contenu du cahier des charges

Un cahier des charges se doit d'être exhaustif, aussi la CFE-CGC vous recommande d'y faire figurer un maximum de précisions sur :

1. Le champ d'application de l'accord

- Les différentes catégories socioprofessionnelles définies objectivement, notamment si l'accord ne s'applique pas à tous les salariés.
- Les conditions d'accès au régime, c'est-à-dire les limitations de garantie de type périodes de franchises, exclusions...

2. La liste des établissements soumis à l'accord

- La nature de l'activité de l'entreprise concernée par l'accord (dans l'hypothèse où l'entreprise est composée de différentes entités).

3. Les informations relatives à chaque salarié

- Les différents types de contrats de travail en cours et en suspens : CDI, CDD, temps partiel, détachés, expatriés, incapacité de longue durée, invalides, préretraités, retraités...
- L'âge, le sexe, la situation familiale, la situation géographique de chaque salarié.

4. La nature de la garantie

Doivent être privilégiées les garanties qui sont insuffisamment indemnisées pour les cadres par la Sécurité sociale. À savoir et dans l'ordre de priorité, les couvertures décès, invalidité, incapacité, frais de santé.

5. Les modes de garanties par risque

- Versement d'indemnités, d'un capital ou d'une rente.
- Détermination du montant des garanties en application d'un forfait ou en fonction d'un pourcentage du salaire.
- Durée de la garantie.

6. La détermination des bénéficiaires et des ayants-droit

- Le salarié.
- Le conjoint du salarié (concubin, pacsé, conjoint).
- Les enfants à charge (définition à déterminer).

RÉFLEXE MILITANT

Il existe différentes couvertures obligatoires possibles : une couverture famille peut constituer une couverture avantageuse permettant de bénéficier de la participation employeur et d'un tarif négocié pour l'ensemble de la famille.

7. Le mode de financement des garanties (budget/répartition des cotisations)

8. Le mode de mutualisation

- Mutualisation à l'ensemble du personnel ou par catégorie professionnelle.
- Mutualisation de l'ensemble du contrat ou par risque.

9. L'information des assurés : notices explicatives, synthèse des garanties**10. L'information des négociateurs****11. Le compte de résultats annuels, provisions****12. Les règles de revalorisation des prestations****13. Les frais de gestion, de commissionnement (courtier), de rémunération des actionnaires (sociétés d'assurance)****14. La rémunération des provisions****15. La quote-part des produits financiers ; les clauses de participation aux excédents du régime****16. Les modalités de gestion****17. La durée de l'accord****18. Les clauses de révision****19. Les clauses de résiliation et les conditions du maintien des garanties**

Tous ces critères seront les plus détaillés possibles afin que la couverture soit en adéquation avec les besoins des salariés.

**RÉFLEXE MILITANT**

Pour organiser la gouvernance sur les risques et piloter au mieux le régime, vous pouvez négocier un protocole technique et financier avec l'organisme assureur. Cet outil permet notamment de définir les modalités d'établissements des comptes de résultats et d'encadrer le pilotage des réserves financières.

Pour plus d'information, consultez le dépliant CFE-CGC sur la gouvernance de la protection sociale dans les branches.

Les organismes assureurs

Trois types d'organismes se partagent le marché de la prévoyance complémentaire : des institutions de prévoyance, des organismes mutualistes, et des sociétés d'assurance.

Ces organismes sont tous trois soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) issue de la fusion, le 20 janvier 2010, de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) et de la commission bancaire.

L'ACPR est chargée de s'assurer pour la partie de ses missions qui concernent les assurances et les mutuelles, de veiller à ce que les organismes assureurs soient en mesure d'honorer à tout moment les engagements qu'ils ont contractés envers leurs assurés ou adhérents.

Ainsi, l'ACPR doit examiner la situation financière des institutions de prévoyance, mutuelles et société d'assurance ainsi que leurs conditions d'exploitation. L'ACPR doit à ce titre veiller à ce que les organismes assureurs évaluent correctement leurs engagements et qu'ils peuvent y faire face. Les organismes de prévoyance doivent en effet disposer de placements suffisamment sûrs et diversifiés et d'un minimum de marge de solvabilité.

Les institutions de prévoyance

Régies par le Code de la Sécurité sociale (livre III titre IX) et sous tutelle du ministère des affaires sociales et de la santé, ce sont des organismes à gestion paritaire, sans but lucratif.

Les institutions de prévoyance se différencient des autres intervenants de la prévoyance collective par cette gestion paritaire et leur action sociale.

Au sein des conseils d'administration des institutions, les représentants des employeurs et des salariés, réunis en collèges, veillent directement à la mise en œuvre et à la gestion des garanties pour le compte des entreprises et des salariés. Ils exercent une responsabilité partagée dans le suivi et l'évolution des garanties et des services proposés.

Les institutions de prévoyance ont pour activité principale la gestion des contrats collectifs de prévoyance.

Dans chacun des conseils d'administration, des adhérents cotisants sont élus ou nommés pour représenter la CFE-CGC.

La majeure partie des institutions de prévoyance adhère au Centre Technique des institutions de prévoyance (CTIP).

Un site à consulter : www.ctip.asso.fr

Les organismes mutualistes

Régies par le Code de la mutualité, ce sont des sociétés de personnes et non de capitaux, sans but lucratif.

Les responsables des mutuelles sont élus parmi les adhérents selon la base du fonctionnement démocratique : «Une personne, une voix».

Leur activité principale consiste à proposer des contrats frais de santé individuels ou collectifs.

Lorsque des adhérents CFE-CGC sont élus au conseil d'administration des mutuelles, ils n'exercent pas leur mandat au titre de la CFE-CGC, mais en tant que membre de la mutuelle.

Un site à consulter : www.mutualite.fr

Les sociétés d'assurance

Régies par le Code des assurances et sous tutelle du ministère de l'économie et des finances, ce sont des organismes dont la gestion est assurée par des administrateurs.

Il existe deux catégories de sociétés d'assurance :

- Les sociétés anonymes, qui sont des sociétés commerciales à but lucratif.
- Les sociétés d'assurance mutuelle et les sociétés mutuelles d'assurance qui tiennent leur particularité du fait que leurs adhérents sont à la fois sociétaires et assurés. Contrairement aux sociétés d'assurance, elles n'ont pas de but lucratif.

Leur activité principale consiste en l'assurance individuelle ou collective de tous types de risques.

Un site à consulter : www.ffsa.fr

Les intermédiaires

L'entreprise qui désire instaurer un régime de prévoyance peut soit s'adresser directement à un des organismes (cf. supra), soit faire appel à un intermédiaire qui recherchera pour elle le meilleur contrat.

→ Le courtier

Le courtier est un commerçant dont l'activité consiste à mettre en rapport toute personne désirant s'assurer avec une société d'assurance. Il a pour mission de rechercher la meilleure souscription de contrats pour le compte de ses clients.

Les relations entre le courtier et son client prennent la forme d'un mandat de courtage qui définit l'objet et l'étendue de la mission du courtier (mission commerciale, de gestion, de conseil). Sont également précisés au contrat le caractère exclusif ou non du mandat et sa durée. Celle-ci est généralement liée à celle du contrat d'assurance.

Dans certains cas, le courtier peut recevoir de l'assureur un mandat pour la gestion administrative et financière des contrats d'assurance collective (encaissement des cotisations et paiement des prestations).

→ L'actuaire

L'actuaire conduit des études techniques (mathématiques, financières et statistiques). C'est un expert indispensable à la création, au suivi ou à la modification de contrats d'assurance.

Il est mandaté indifféremment par l'entreprise, les représentants du personnel ou par l'organisme assureur.

Par ailleurs, il effectue des modélisations et des simulations permettant de prévoir leur équilibre financier à moyen et long terme.

De plus, il évalue les risques en fonction du nombre de sinistres passés. Il détermine ainsi la probabilité des sinistres à venir.

Enfin, il est chargé de calculer le montant des réserves monétaires dont l'organisme assureur doit disposer pour être capable d'honorer ses engagements vis-à-vis de ses assurés.

Militants - Adhérents

— entre —

VOUS

— et —

NOUS

un lien

indissociable

partenariat@macif.fr



Essentiel pour moi



RÉFLEXE MILITANT

- Il faut s'assurer que l'appel d'offre concerne aussi bien les institutions paritaires que les assureurs ou les mutuelles.
- À niveau de cotisation égale, pour les garanties déterminées il convient de privilégier les organismes assureurs sans but lucratif tels que les institutions de prévoyance car :
 - elles sont gérées par les partenaires sociaux,
 - elles disposent d'une action sociale importante susceptible d'aider les adhérents.

Ainsi, en cas de problème, vous aurez toujours un interlocuteur CFE-CGC prêt à faire passer votre message au sein de l'institution !

Mes notes



Area with horizontal dotted lines for taking notes.

VOLET DE FACTURE
DU PHARMACIEN OU DU FOURNISSEUR
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

CULATION

NOM-PRÉNOM
(suivi s'il y a lieu du nom de famille)

ADRESSE

CODE POSTAL

- SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE D'ÉMISSION**
- ACTIVITÉ SALARIÉE ou arrêt de travail
 - ACTIVITÉ NON SALARIÉE
 - SANS EMPLOI ▶ Date de fin de travail
 - PENSIONNÉ(E)
 - AUTRE CAS ▶ lequel

RENSEIGNEMENTS

Est-il d'un accident ?
Le malade est PENSIONNÉ ?
Les soins concernent :

AVANT LE MA
accident :

pensionné, cocher cette case
CAS L'ASSURÉ(E)

Assuré(e) :

Conjoint

Enfant

Date

habituellement

sance

LA VIE DU CONTRAT DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

LE CONTRAT ET SON SUIVI

Les obligations des parties prenantes

Obligations de l'employeur

→ À l'égard des représentants du personnel

L'employeur doit remettre aux représentants du personnel (comité social et économique et délégués syndicaux) la fiche d'information sur le prix et les garanties proposées dans le projet de contrat remis par l'organisme assureur.

→ À l'égard des salariés

L'employeur a une obligation de remettre également aux salariés cette notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, et de les informer par écrit des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

De plus, l'employeur a une obligation de conseil envers les salariés, cette obligation est d'autant plus importante s'il s'agit d'un contrat facultatif ou d'un contrat avec options. Un salarié peut demander des compléments d'information à l'employeur si la notice lui paraît insuffisante.

Si l'employeur transmet une information insuffisante ou erronée sur l'étendue des droits du salarié, celui-ci pourra prétendre à des dommages-intérêts résultant de la perte de chance d'obtenir des garanties comparables par une souscription individuelle à un contrat de prévoyance.

→ À l'égard de l'assureur

L'employeur doit répondre de façon précise aux demandes de renseignements formulées par le ou les organismes assureurs sollicités afin que ceux-ci puissent tarifier le risque.

L'employeur est tenu de payer les cotisations, d'effectuer les précomptes salariaux et de transmettre les déclarations d'entrée et de sortie des salariés ainsi que les déclarations de sinistres.

Obligations de l'organisme assureur quel que soit son statut

→ Au moment de la conclusion du contrat

L'organisme doit fournir à l'entreprise une fiche d'information sur le prix et les garanties ainsi qu'un projet de contrat afin que l'employeur puisse informer les élus du personnel ou les salariés concernés. Ce projet de contrat n'engage ni le souscripteur ni l'assureur.

Cette obligation d'information est prévue dans les textes qui régissent les activités des différents organismes assureurs²⁷.

La notice de l'organisme à destination des salariés doit comporter au minimum :

- le détail des garanties proposées ;
- les modalités d'entrée en vigueur et de résiliation du contrat ;
- les formalités à accomplir lorsque le risque survient ;
- les clauses de limitation, de nullité, ainsi que les risques exclus par la couverture ;
- les délais de prescription des droits.

Si la notice ne comporte pas tous ces éléments, elle n'est pas conforme, il faut la faire refaire.

→ Au cours de l'exécution du contrat

L'assureur est tenu de remettre à l'entreprise un rapport reprenant les résultats comptables du régime de prévoyance.

Le rapport doit être adressé deux mois au plus après l'approbation des comptes, et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Le rapport financier doit comporter obligatoirement

- le montant des cotisations ou primes, brutes de réassurance ;
- le montant des prestations payées, brutes de réassurance ;
- le montant des provisions techniques, brutes de réassurance le 1er janvier et le 31 décembre de l'année considérée ;
- la quote-part des produits financiers nets, des commissions, des autres charges, des participations aux résultats ; du résultat de la réassurance ;
- le nombre de salariés garantis.

Si l'entreprise a mis en place une couverture définie au niveau de la branche, le rapport doit cependant communiquer les chiffres relatifs à l'entreprise.

Il n'est pas contraint de le faire, mais l'employeur peut transmettre ce rapport aux organisations syndicales représentatives lorsque la couverture est mise en place par accord collectif, ou aux salariés si la couverture a été mise en place par référendum.

Le suivi du régime et du contrat

Le suivi du régime par le CSE

Le comité social et économique, une fois le régime de prévoyance instauré, conserve un rôle de suivi du régime.

²⁷ Article L. 932-3 du Code de la Sécurité sociale, article L. 221-6 du Code de la mutualité, article L.112-2 du Code des assurances.

L'employeur transmet chaque année au comité social et économique le rapport qui lui a été fourni par l'organisme assureur et qui récapitule le coût et l'étendue des prestations du contrat de garanties collectives. Ainsi, les élus disposent d'une source d'informations importante qui les renseigne sur l'équilibre financier du régime.

À noter que les textes ne prévoient plus expressément cette transmission du rapport aux représentants du personnel. Cependant, un refus de communication pourrait constituer un risque d'entrave, particulièrement dans les entreprises d'au moins 300 salariés.

Le comité peut se faire assister par un expert (expert-comptable ou actuaire) pour analyser les données comptables qui lui sont transmises. Cet expert, librement choisi par les élus, est rémunéré sur le budget de fonctionnement du comité social et économique.



RÉFLEXE MILITANT

- Les informations délivrées au comité social et économique au cours de l'élaboration et du suivi de l'accord de prévoyance sont autant d'éléments sur lesquels vous pourrez vous appuyer pour négocier au plus près des intérêts des salariés.
- Ainsi, le contrat avec l'organisme assureur doit être adapté, optimisé et au besoin renégocié tous les trois ans alors que sa durée de renouvellement est au maximum de cinq ans.
- Lors de la mise en place ou de la modification d'un régime de prévoyance, il est conseillé de demander la création d'une commission « prévoyance » au sein du comité social et économique.
- La CFE-CGC recommande d'anticiper la demande d'information afin de pouvoir analyser les résultats des régimes de l'année n-1 dès le mois de mars de l'année n. Cette anticipation permet une agilité dans le suivi d'un régime de complémentaire santé/prévoyance.

La mise en place d'une commission de suivi

En complément des dispositions relatives à la consultation des représentants du personnel, il est particulièrement recommandé de négocier et de constituer une commission de suivi de l'accord de prévoyance. Cette commission, dont la composition doit être prévue par l'accord²⁸, peut être composée de représentants du personnel distincts des membres du comité social et économique ou d'experts désignés par les organisations syndicales, ou seulement de représentants des signataires et de la direction.

²⁸ La création et la composition de la commission de suivi peut également être contenue dans l'accord collectif de mise en place du comité social et économique ou dans celui du conseil d'entreprise. Il est recommandé de l'inscrire dans les deux textes, la commission sera d'autant plus difficile à supprimer.

La commission pourra ainsi étudier dès la fin de la première année d'application de l'accord le rapport de l'assureur ainsi que les comptes du régime de prévoyance.

À cet effet, l'organisme assureur répondra de façon claire aux interrogations de la commission de suivi et établira un rapport exhaustif qui lui permettra d'analyser les dérives.

De plus, une procédure de suivi annuel du régime peut être instaurée. Ce suivi nécessite une bonne connaissance de la population couverte et du genre de dépenses de santé et de prévoyance. Ainsi, on pourra éviter que certaines prestations dites «de confort» ne déséquilibrent financièrement le contrat.

Dès la deuxième année, en fonction de cet examen, elle proposera un éventuel ajustement des prestations et/ou des cotisations afin de pérenniser l'équilibre financier du régime.

RÉFLEXE MILITANT

Il est utile que tous les signataires aient une copie du contrat afin de pouvoir répondre à toute question et vérifier lors de la commission de suivi que toutes les règles soient bien appliquées.

LA MODIFICATION DU RÉGIME OU DU CONTRAT

La modification du régime

Le régime de prévoyance, quel que soit son mode d'instauration, est susceptible d'être modifié.

Néanmoins, le mode d'instauration initial du régime de prévoyance est déterminant pour les conditions de sa modification.

En effet, il existe une hiérarchie entre les différents modes d'instauration du régime.

		Système initial		
		Accord collectif	Référendum	Décision unilatérale
Nouveau système	Accord collectif	Oui	Oui	Oui
	Référendum	Non	Oui	Oui
	Décision unilatérale	Non	Non	Oui

Ainsi, seul un accord collectif peut modifier un régime de prévoyance négocié par accord collectif. Mais un accord collectif peut modifier un accord mis en place par référendum ou sur décision unilatérale de l'employeur.

De même, un accord mis en place par référendum peut modifier une décision unilatérale de l'employeur.

L'employeur ne peut en aucun cas modifier unilatéralement un régime de prévoyance mis en place initialement par un accord collectif ou référendaire.

Se tromper de procédure rend la modification inopposable.

Dans tous les cas, le CSE sera informé et consulté avant la modification de ces garanties collectives.

La modification du contrat de prévoyance

La modification des garanties et des cotisations

La modification du contrat de prévoyance peut provenir de différents acteurs :

- Des représentants du personnel ou des membres de la commission de suivi lorsque les garanties du contrat de prévoyance ne correspondent plus aux intérêts de la population couverte.
- De l'employeur, des représentants du personnel ou de l'organisme assureur lorsque l'équilibre financier du contrat n'est plus garanti ou lors de modifications législatives.
- Des élus lorsque les réserves sont excessives.

Ainsi, les négociateurs pourront proposer un aménagement des garanties qui ne sont plus adaptées au personnel et qui pèsent inutilement sur le calcul actuariel de la cotisation.

Ils pourront également proposer une modification du montant des cotisations ou de leur mode de calcul (cotisation forfaitaire ou calculée sur un pourcentage du salaire).

Dans le cadre de la mise en conformité avec les nouvelles conditions du contrat responsable, la procédure est allégée pour les assureurs privés (mais pas pour les institutions de prévoyance ni les mutuelles) : la modification proposée par l'assureur est réputée acceptée à défaut d'opposition de l'employeur dans le délai de 30 jours à compter de la réception des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires résultant de ce choix.



RÉFLEXE MILITANT

- En cas de modification des garanties ou d'augmentation des cotisations, il convient d'analyser les raisons qui ont conduit à ces changements, en procédant notamment à une évaluation des risques.
- En cas de modification du mode de calcul des cotisations, nous vous conseillons de faire un audit des provisions et de leur rémunération.

Le changement d'organisme assureur

Le changement d'organisme assureur en cours de contrat produit les mêmes effets que la résiliation du contrat par l'organisme assureur.

Il faut néanmoins noter qu'un tel changement n'aura pas les mêmes conséquences en ce qui concerne :

- La couverture des frais de santé qui s'articule autour d'un risque annuel maîtrisé et nécessite peu de réserves dans son application.
- Le reste de la couverture prévoyance qui implique une réévaluation des sinistres en cours et une négociation plus lourde sur les nouveaux risques à couvrir.

ATTENTION

En cas de changement de l'organisme assureur ou de garanties du contrat, le nouveau régime collectif de prévoyance, s'il est obligatoire, doit nécessairement :

- Prendre en charge les états pathologiques antérieurs.
- Ne pas exclure un salarié ni instaurer une condition d'examen médical.

L'obligation d'information

L'employeur a l'obligation d'informer chaque salarié par écrit de toutes les modifications apportées au contrat de prévoyance. Il doit à cet effet leur remettre une notice à jour récapitulant l'ensemble des garanties prévues au contrat. Cette notice est élaborée par l'organisme assureur.

ATTENTION

La responsabilité de l'employeur peut être engagée lorsque les salariés ne sont pas avisés des garanties souscrites et de leurs évolutions.

LA DISPARITION DU RÉGIME ET LA FIN DU CONTRAT

La disparition du régime

S'il s'agit d'une décision unilatérale de l'employeur ou d'un accord par référendum :

Seuls les engagements pris par l'employeur pour une durée indéterminée peuvent être dénoncés. En effet, l'employeur ne peut revenir sur les engagements qu'il a pris auprès des salariés pour une durée déterminée.

L'employeur peut librement mettre fin à l'application d'un régime de prévoyance d'entreprise ou d'établissement instauré par référendum ou unilatéralement.

Néanmoins, il doit s'acquitter de trois obligations :

- Respecter un délai de prévenance suffisant²⁹ : trois mois.
- Informer le CSE.
- Informer chaque salarié individuellement par courrier.

Faute de dénonciation régulière, le régime demeure en vigueur.

S'il s'agit d'un accord collectif d'entreprise :

La dénonciation d'un accord collectif n'est effective que lorsqu'elle est le fait de l'employeur ou de la totalité des signataires salariés.

La dénonciation d'une seule organisation syndicale signataire, d'un accord conclu avec plusieurs organisations syndicales et l'employeur, ne fait donc pas obstacle au maintien en vigueur du régime de prévoyance prévu par cet accord.

Lorsqu'un accord collectif est dénoncé, il continue de produire ses effets durant un délai de préavis de trois mois auquel s'ajoute une période de survie de douze mois³⁰.

Ainsi, si aucun accord n'est renégocié quinze mois après la date de la dénonciation, le régime de prévoyance cesse (cf. page 62).

ATTENTION

Les règles de modification des accords en cas de fusion d'entreprise ne sont pas tout à fait les mêmes.



29 Cour de cassation, chambre sociale, 20 février 1986, n°84-43.738.

30 L'article L. 2261-14 Code du travail.

Le cas de la restructuration de l'entreprise et les conséquences sur l'accord

Il peut arriver dans la vie de l'entreprise que celle-ci fasse l'objet de transformations telles la fusion, la cession, la scission.

Lorsque l'entreprise connaît un de ces événements, l'accord de prévoyance est automatiquement « mis en cause » à la date de l'événement, il subit les mêmes règles qu'en cas de dénonciation³¹. Cette « mise en cause » n'est pas systématique lors d'un changement d'activité de l'entreprise, un avenant peut permettre de s'adapter à une nouvelle convention collective. L'accord de prévoyance survit durant quinze mois maximum ou moins si un nouvel accord est élaboré. À défaut, les salariés conservent seulement le bénéfice des avantages individuels acquis issus de cet accord.

De plus, en cas d'absorption d'une entreprise par une autre, les salariés qui continuent à bénéficier des dispositions issues de l'accord de prévoyance de leur entreprise bénéficient également des dispositions de l'accord de prévoyance de l'entreprise qui les a absorbés et qui leur sont plus favorables.

Ils peuvent ainsi choisir dans les deux régimes les avantages dont ils veulent bénéficier, ces avantages ne sont pas cumulatifs mais substitutifs.

Face à cette situation, un comparatif et une analyse des différents régimes doivent être établis. Le ou les CSE disposeront à cet effet d'un certain nombre d'informations qui permettront aux négociateurs d'harmoniser au mieux le régime de prévoyance de l'entreprise.

De ce fait, il est préférable, en cas de pluralité de régimes de prévoyance, que soit renégocié dans le délai des quinze mois un nouveau régime unifié, applicable à l'ensemble des salariés.

En cas de fusion d'entreprises, la loi Travail prévoit trois modes de modifications des accords :

- l'accord d'adaptation ;
- l'accord de transition ;
- l'accord de substitution.

Le tableau ci-contre résume les modalités ouvertes par le Code du travail :



31 Article L. 2222-6 et L.2261-9 à L.2261-14 du Code du travail.

	ACCORD D'ADAPTATION Article L2261-14 du CT	ACCORD DE TRANSITION Article L2261-14-2 du CT	ACCORD DE SUBSTITUTION Article L2261-14-3 du CT
MOMENT DE LA NÉGOCIATION	Dans les trois mois suivant la mise en cause, à la demande d'une des parties intéressées.	Dès lors que la fusion est envisagée entre les deux entreprises.	Dès lors que la fusion est envisagée entre les deux entreprises.
PARTICIPANT A LA NÉGOCIATION	<ul style="list-style-type: none"> L'employeur ; Les organisations syndicales représentatives de l'entreprise absorbante. Toutefois, la jurisprudence considère que l'ensemble des organisations syndicales représentatives des sociétés cessionnaires et cédantes doivent être invitées à la négociation ³² .	<ul style="list-style-type: none"> L'employeur de la société absorbante L'employeur de la société absorbée Les organisations syndicales représentatives de l'entreprise absorbée 	<ul style="list-style-type: none"> L'employeur de la société absorbante ; L'employeur de la société absorbée ; Les organisations syndicales représentatives de l'entreprise absorbée ; Les organisations syndicales représentatives de l'entreprise absorbante.
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ACCORD	L'accord fixe sa date d'entrée en vigueur entre la mise en cause (date de la fusion) et la fin de la période de survie des 15 mois.	L'accord entre en vigueur à la date de la fusion.	L'accord entre en vigueur à la date de la fusion.
DURÉE DE L'ACCORD	Selon les dispositions fixées par l'accord. En cas d'absence de durée prévue par l'accord, il est considéré comme à durée déterminée pour 5 ans.	La durée de l'accord est de trois ans maximum.	Selon les dispositions fixées par l'accord. En cas d'absence de durée prévue par l'accord, il est considéré comme à durée déterminée pour cinq ans.
CHAMPS D'APPLICATION DE L'ACCORD	<ul style="list-style-type: none"> Aux salariés de l'entreprise absorbée ; Et aux salariés de l'entreprise absorbante. 	Aux salariés transférés entrant dans le cadre de l'article L.1224-1 du CT. À l'exception des stipulations portant sur le même objet des conventions et accords applicables dans l'entreprise ou l'établissement dans lequel les contrats de travail sont transférés. À l'expiration de l'accord, ces salariés se voient appliquer les accords de l'entreprise absorbante.	<ul style="list-style-type: none"> Aux salariés de l'entreprise absorbée ; Et aux salariés de l'entreprise absorbante.

32 Cass. Soc. 10 mai 2012, n°10.27.281



RÉFLEXE MILITANT

- Veiller à ce qu'en cas de fusion la comparaison entre les contrats de prévoyance soit faite risque par risque, avantage par avantage.
- Il est préférable à terme que tous les établissements d'une même entreprise s'ils exercent la même activité, bénéficient des mêmes garanties, ce qui facilite la mobilité et la gestion du personnel ainsi qu'une meilleure mutualisation des risques.

Il faut noter que seuls les accords mis en place par référendum ou par accord collectif peuvent être imposés aux salariés de l'entreprise absorbée. Un accord mis en place par décision unilatérale de l'employeur ne peut pas contraindre un salarié à cotiser sans son accord formel.

La disparition du contrat

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat

Le contrat de prévoyance fixe sa durée et les conditions de sa résiliation. Il peut s'appliquer pour une durée déterminée ou bien sans limitation. Dans tous les cas le renouvellement d'un organisme assureur désigné est limité à cinq ans, le contrat a donc une durée maximale de cinq ans.

Lorsqu'il est à durée déterminée il peut comporter une clause de tacite reconduction, moyennant un préavis de dénonciation qu'il conviendra donc à l'employeur de respecter s'il souhaite résilier.

Lorsque le contrat est conclu pour une durée indéterminée, il peut faire l'objet d'une résiliation unilatérale par l'une ou l'autre des parties, un préavis peut également être prévu.

À l'expiration du délai d'un an à compter de sa souscription, le contrat de prévoyance peut être résilié **tous les ans** à l'initiative d'une des parties : l'employeur (souscripteur) ou l'organisme assureur.

Dans tous les cas, **un délai de préavis de deux mois** devra être respecté avant la date d'échéance.

Exception : si l'organisme assureur est un organisme mutualiste et que le régime de prévoyance n'est pas obligatoire (adhésion facultative), cet organisme mutualiste ne bénéficie pas de droit de résiliation annuel en ce qui concerne l'indemnisation des frais de santé, de la maternité et des accidents.

De plus, la résiliation du contrat est toujours possible par l'organisme assureur :

- en cas de non-paiement des primes par l'entreprise ;
- lorsque le souscripteur commet une faute lors de la déclaration du risque ;
- lorsque le souscripteur omet de déclarer une aggravation du risque.

Une dérogation au principe de résiliation annuelle est en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2020 pour les contrats de complémentaires santé : la **résiliation infra-annuelle** permet ainsi à l'employeur de résilier le contrat au bout d'un an quand il le souhaite, sans motiver cette décision et sans frais.

Le préavis est dans ce cas raccourci, la résiliation prendra effet un mois après la notification de l'organisme assureur.

Le droit de dénonciation ou de résiliation est mentionné dans chaque bulletin d'adhésion ou contrat. Il est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.



ATTENTION

Il est conseillé de faire très attention aux dates en cas de velléité de dénonciation. La résiliation du contrat est simple mais retrouver un assureur l'est moins et les délais sont plus longs.

Les effets de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat de prévoyance

Lorsque le contrat de prévoyance disparaît, il cesse de produire ses effets. Néanmoins, certaines prestations doivent continuer à être versées tel que prévu par l'article 7 de la loi Evin :

« Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement ».

Ce qui est déterminant c'est la date à laquelle « le fait générateur »³³ de la prestation a eu lieu.

Les prestations continuent à être versées jusqu'au retour de l'intéressé au travail en cas d'arrêt maladie, jusqu'à la retraite en cas d'invalidité, jusqu'à la fin de la couverture prévue au contrat dans tous les cas.

Ainsi l'organisme assureur est tenu de poursuivre, après la résiliation du contrat, le versement des prestations qui couvrent un risque qui s'est réalisé avant la fin du contrat, mais n'est pas tenu de revaloriser ces prestations si ce n'est pas prévu dans l'accord. Si la revalorisation est prévue dans l'accord, l'assureur doit l'appliquer bien que le contrat soit résilié et même s'il comporte une clause contraire³⁴.

33 Exemple : Le fait générateur d'une mise en invalidité consécutive à un arrêt maladie est la date du début de la maladie.

34 Cour de cassation, Chambre civile 2, 16 juillet 2020.

La fin du contrat de travail : portabilité et maintien de droit

La portabilité des couvertures santé et prévoyance

Le dispositif de portabilité des garanties de santé et de prévoyance³⁵, mis en place par l'ANI du 11 janvier 2008, l'ANI du 11 janvier 2013 et la loi du 14 juin 2013, permet à un **ancien salarié pris en charge par le régime de l'assurance chômage** de conserver pendant une durée maximale de douze mois sa couverture complémentaire de santé et de prévoyance après la rupture³⁶/cessation de son contrat de travail.

Les garanties en vigueur dans l'entreprise sont maintenues au bénéfice de l'ancien salarié pendant sa période d'indemnisation par Pôle emploi, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur. Ainsi, le salarié doit avoir adhéré (c'est-à-dire ne pas avoir fait valoir un droit à dispense) et doit donc nécessairement remplir la condition d'ancienneté prévue par le régime en vigueur. Pour que le régime reste collectif et ouvre droit aux exonérations sociales et fiscales, la condition d'ancienneté est au plus de douze mois pour les prestations prévoyance et de six mois pour les prestations frais médicaux³⁷.

Ce maintien des garanties est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Il revient à l'employeur de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et d'informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail. Il revient à l'ancien salarié de justifier de sa situation auprès de son organisme assureur.

Les salariés bénéficient de la portabilité à titre gratuit, c'est-à-dire sans versement de cotisation de leur part pendant la période de maintien des garanties santé et prévoyance.

Ce dispositif est financé par mutualisation, les cotisations des salariés actifs et de l'employeur permettant de financer la portabilité des anciens salariés au moment de la rupture de leur contrat de travail.

➔ Portabilité en cas de la liquidation judiciaire

Le mécanisme de portabilité s'applique de la même façon aux salariés pris en charge par le régime de l'assurance chômage à la suite d'un licenciement de leur entreprise en liquidation judiciaire³⁸. Aucune condition relative à l'existence d'un dispositif assurant le financement du maintien des couvertures santé et prévoyance n'est requise.

35 Article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

36 Excepté en cas de licenciement pour faute lourde. La cessation du contrat de travail doit ouvrir des droits à l'assurance chômage.

37 Article R. 242-1-2.

38 Arrêt rendu le 5 novembre 2020 par la Cour de cassation.

À noter cependant que pour que la portabilité s'applique, le contrat de prévoyance ne doit pas être résilié. Le contrat est bien maintenu de fait s'il reste des salariés actifs dans l'entreprise mais cela est plus incertain si l'ensemble des salariés est licencié dans le cadre de cette liquidation judiciaire, le mandataire judiciaire a alors la main sur les contrats en cours. La question du maintien ou non de la portabilité postérieurement à la résiliation du contrat pourrait également évoluer dans des jurisprudences à venir.

→ Portabilité en cas d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée

Exceptionnellement, dans le contexte de la crise sanitaire, le maintien des garanties est rendu obligatoire du 12 mars 2020 au 30 juin 2021 pour les salariés placés en position d'activité partielle, indépendamment des stipulations contraires de l'acte instaurant les garanties et du contrat d'assurance souscrit par l'employeur³⁹. Ce dispositif n'est pas le même que celui de la portabilité obligatoire décrite ci-dessus. Le contrat de travail est suspendu, il n'est pas rompu et les droits à l'indemnisation ne sont pas ouverts.

Le non-respect de ces dispositions prive ces garanties de leur caractère collectif et obligatoire et prive donc l'employeur de l'exonération sociale et fiscale de ses contributions (cf. page 39).

L'assiette de calcul des primes et des cotisations au titre du financement des garanties des salariés placés en position d'activité partielle et celle servant à déterminer les prestations sont reconstituées en substituant aux revenus d'activité précités l'indemnité brute mensuelle d'activité partielle pendant lesquelles cette dernière a été effectivement perçue. Néanmoins, les dispositions peuvent être plus favorables dans l'acte instaurant les garanties.

Le maintien des droits à la couverture santé au titre de l'article 4 de la loi Evin

Les garanties frais de santé peuvent être conservées pendant douze mois sans période probatoire ni examen ni questionnaire médical au bénéfice des **anciens salariés bénéficiant d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privé d'emplois**. Cette couverture est également prévue pour les personnes garanties du chef de l'assuré décédé pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, la demande doit alors être faite dans les six mois suivant le décès.

Pour cela, une demande doit être faite par l'ancien salarié :

- soit dans les six mois suivant la cessation du contrat de travail ;
- soit dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie du mécanisme de portabilité.

³⁹ Article 12 du projet de loi relatif à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

Les tarifs applicables sont plafonnés, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

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

Il apparaît donc que les tarifs ne sont plus plafonnés à compter de la quatrième année.

	Article 4 de la loi Evin	Portabilité de la loi de sécurisation de l'emploi
Nature des garanties à maintenir	Frais de santé.	Frais de santé (y compris maternité) et prévoyance.
Bénéficiaires	Retraités, titulaires d'une rente d'invalidité, chômeurs indemnisés, les ayants-droit de l'assuré.	Anciens salariés indemnisés par le pôle emploi (sauf licenciement pour faute lourde).
Durée du maintien	Ancien salarié : durée illimitée. Ayants-droit d'un assuré décédé : durée minimale de douze mois.	De un à douze mois appréciés en mois, le cas échéant, arrondi au nombre supérieur.
Financement	Cotisation salariale limitée à 100 % puis 125 % puis 150 % de la cotisation des actifs les trois premières années.	Mutualisation uniquement (employeur et salariés actifs).
Formalités à accomplir	Demande à faire dans les six mois suivants la rupture du contrat de travail ou de l'expiration de la portabilité.	Le maintien est de droit. Il est mentionné dans le certificat de travail.
Date d'entrée en vigueur	Depuis l'entrée en vigueur de la loi Evin (1 ^{er} janvier 1990).	1 ^{er} juin 2014 pour la couverture maladie. 1 ^{er} juin 2015 pour la couverture prévoyance.

Demande de maintien à titre individuel

Tout salarié peut demander, avant la fin du contrat de prévoyance, à bénéficier à titre individuel du maintien par l'organisme assureur de la couverture antérieure.

Le maintien à titre individuel du bénéfice d'un contrat de prévoyance s'effectue sans délai de carence ni examen médical. Les modalités et les conditions tarifaires de ce maintien doivent être prévues au contrat.

En cas de défaut d'information sur cette possibilité laissée à l'assuré de faire une demande de maintien à titre individuel, la responsabilité de l'assureur et celle de l'employeur peuvent être engagées. La demande doit être effectuée avant la fin du délai de préavis.



RÉFLEXE MILITANT

Il est important de négocier :

- Le maintien d'une couverture pré-financée par mutualisation pour financer la portabilité des garanties de santé et de prévoyance, ou à tarif négocié en cas de longue maladie ou d'invalidité.
- Le maintien du dispositif de revalorisation des prestations en cours en cas de disparition du contrat de prévoyance.

Mes notes



Area for taking notes, featuring horizontal dotted lines for writing.

Il faut tout prévoir, même ce qui n'arrive « qu'aux autres ».

La prévoyance, avec la santé, la retraite et l'épargne, est l'un de nos sujets essentiels au quotidien, depuis plus de 100 ans.

Notre mission, c'est d'anticiper et d'être aux côtés de nos assurés et de leurs bénéficiaires lorsqu'un événement grave survient :

- nous sommes là pour protéger les revenus en cas d'incapacité ou d'invalidité et verser un capital en cas de décès,
- et nous sommes là également pour les soutenir dans ces épreuves.

Aides psychologiques, aides pour les démarches administratives, site communautaire Aidons les nôtres... : nous accompagnons nos assurés en leur proposant une prise en charge complète, et surtout, personnalisée.

Notre responsabilité, c'est d'être présent à tous les moments, et tout au long de la vie. Seule une société de personnes comme AG2R LA MONDIALE, non cotée en bourse et dirigée par ses assurés, peut proposer une approche aussi complète pour protéger ses assurés.



AG2R LA MONDIALE
Prendre la main
sur demain

Prévoyance
Santé
Épargne
Retraite

ANNEXE I

STATUT SOCIAL ET FISCAL DES PRESTATIONS

STATUT SOCIAL EN 2020

Catégories	Cotisations	CSG	CRDS
Indemnités journalières de la Sécurité sociale Maladie et pension d'invalidité Maternité, AT/MP ⁴⁰	Non Oui	Oui	Oui
Indemnités et rentes complémentaires pour un salarié présent à l'effectif⁴¹ Maladie, maternité, AT/MP et rente invalidité	Oui au prorata de la part patronale	Oui	Oui
Rentes viagères versées au titre d'un AT/MP	Non	Non	Non
Capitaux décès	Non	Non	Non
Rentes au conjoint survivant ou aux orphelins	Non	Oui	Oui

Les indemnités complémentaires ou les rentes versées en application d'un régime obligatoire de prévoyance et destinées à maintenir en tout ou partie le salaire d'activité sont soumises aux cotisations de Sécurité sociale qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'organisme assureur.

40 Un taux forfaitaire de prélèvements sociaux s'applique aux indemnités journalières versées par la Sécurité sociale en cas de maternité ou d'accident du travail et maladie professionnelle. Il s'élève à 21 %.

41 Au contraire, les rentes ou indemnités versées par l'organisme assureur directement au salarié après rupture du contrat de travail (le salarié n'est donc plus présent dans l'effectif), sont exonérées de charges sociales.

En cas de participation du salarié au financement, les allocations complémentaires aux IJSS sont soumises à cotisations sociales au prorata de la participation de l'employeur (exemple : si l'employeur participe au 2/3 de la cotisation, les prestations seront soumises à cotisation à hauteur des 2/3).

À noter : Si le contrat est individuel ou si le régime de prévoyance est à adhésion facultative, les prestations ne sont pas soumises à charges sociales car dans ce cas, la CSG et la CRDS ont déjà été prélevées sur les salaires constituant l'assiette de la prestation.

STATUT FISCAL EN 2020

Catégories	Assujettissement à l'impôt
Maladie, maternité et invalidité⁴² Indemnités Journalières de la Sécurité sociale ⁴³ et prestations complémentaires prévues par le contrat de prévoyance	Oui Imposables en totalité, y compris pour la fraction correspondant à la participation financière des salariés
AT/MP Indemnités Journalières de la Sécurité sociale et indemnités temporaires prévues par le contrat de prévoyance	Assujettissement à hauteur de 50 % de leur montant
Rentes viagères versées au titre d'un AT/MP	Non
Capitaux décès	Non
Rentes au conjoint survivant ou aux orphelins	Oui

À noter : Si le contrat est individuel ou si le régime de prévoyance est à adhésion facultative, les prestations ne sont pas soumises à impôt sur le revenu car dans ce cas les cotisations payées ne sont pas déductibles de son revenu imposable.

42 Une exception : la majoration pour tierce personne en cas d'invalidité n'est pas imposable.

43 Une exception : les IJSS versées au cours d'un arrêt de travail dû à une affection de longue durée ne sont pas imposables.

ANNEXE 2 : LEXIQUE DE LA PRÉVOYANCE

A

Accident du travail

Est considéré comme un accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Le fait doit être daté avec précision et à l'origine d'une lésion corporelle ou psychique.

Accord national interprofessionnel

L'accord national interprofessionnel (ANI) est un accord conclu au niveau national entre les organisations patronales et salariales représentatives qui concerne tous les secteurs d'activités.

Action sociale / Activités sociales

Ensemble de moyens permettant des interventions collectives ou individuelles réalisées par des institutions privées concernant soit une action sociale facultative soit une aide sociale légale.

Adhérent

Personne physique ayant signé un bulletin d'adhésion ou d'affiliation. C'est l'adhérent qui ouvre droit aux prestations pour les membres de sa famille qu'il a inscrits.

Adhésion

Acte par lequel une personne physique rejoint un organisme assureur. Elle est matérialisée par un bulletin d'adhésion.

Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue par l'Assurance Maladie comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD.

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) au 1^{er} novembre 2019.

Assurance

Technique de couverture des risques à l'intérieur d'un groupe, fondée sur la mutualisation entre les membres et la contribution de chacun.

Assurance de personnes

En opposition à l'assurance de biens, l'assurance de personnes couvre des personnes physiques contre les accidents corporels, l'invalidité, la maladie. Un contrat d'assurance de personnes peut être souscrit à titre individuel ou à titre collectif.

LAURÉAT 2019 DES
ARGUS D'OR
DE L'ASSURANCE

OCIRPAIDANTS

LA GARANTIE SUR-MESURE POUR LE SALARIÉ AIDANT

AIDE FINANCIÈRE versée au salarié lorsqu'il prend des congés sans solde pour aider son proche en perte d'autonomie.

CAPITAL IMMÉDIAT versé au proche en perte d'autonomie.

SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISÉ DÈS L'ADHÉSION

- Aide à l'accomplissement de formalités administratives.
- Bilan psychosocial.
- Assistance disponible 7j/7 et 24h/24.
- Sessions de formation pour l'aidant.
- Protection juridique.
- Aide à domicile.
- Prestation de garde de nuit à domicile.
- Aide à l'achat de matériel paramédical.

À PROPOS DE L'OCIRP – ASSUREUR À VOCATION SOCIALE

Notre union d'institutions de prévoyance innove depuis plus de 50 ans en collaborant avec ses membres pour protéger le salarié et sa famille en les aidant à faire face aux conséquences d'un décès ou de la perte d'autonomie. Plus de six millions de garanties OCIRP ont été souscrites pour couvrir ces risques lourds. Nos contrats collectifs négociés au sein des entreprises ou des branches professionnelles garantissent le versement d'une rente ou d'une aide financière ponctuelle, et un accompagnement social personnalisé.

Porteuse de l'engagement social de l'OCIRP, sa fondation d'entreprise agit au cœur des familles vivant un deuil ou confrontées aux questions liées à l'autonomie.

8 À 11
MILLIONS
d'aidants
en France.

61%
ont une activité
professionnelle.

Source : Baromètre 2019,
Fondation April et BVA.

OCIRP
protéger. agir. soutenir

RESTONS CONNECTÉS



OCIRP.FR

Assurance maladie

Branche de la Sécurité sociale en charge des prestations santé.

Assurance maladie complémentaire

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des dépenses liées à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

Assurance maladie obligatoire

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Attestation

Document faisant foi.

Avenant

Ajout d'une partie complémentaire à un contrat qui modifie les conditions ou les modalités des engagements initialement prévus.

Ayant droit

Personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré en raison de ses liens avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

B

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- **Tarif de convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- **Tarif d'autorité** (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie obligatoire (peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- **Tarif de responsabilité** (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire

Personne inscrite sur le bulletin d'adhésion ou d'affiliation. Le premier bénéficiaire est l'adhérent lui-même.

Bulletin d'Adhésion

Document indiquant la volonté de la personne physique de bénéficier pour les personnes qu'il inscrit et lui-même des prestations de l'organisme assureur.

C

Capital décès

Indemnité versée aux bénéficiaires d'un assuré ayant souscrit à une garantie décès.

La garantie décès peut être souscrite par le biais d'un contrat prévoyance collectif ou individuel.

Carte Vitale

Carte électronique d'affiliation à l'Assurance maladie permettant des échanges sans papier.

Catégorie d'affiliation

Permet de regrouper l'ensemble des adhérents (avec leurs bénéficiaires) ayant choisi la même gamme de prestations et présentant des caractéristiques communes.

CMU-C

Remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) au 1^{er} novembre 2019.

Complémentaire santé

Système de prestations s'ajoutant aux prestations de l'Assurance maladie.

Complémentaire santé solidaire (CSS)

Aide au financement des dépenses de santé accordée en cas de ressources modestes. Cette condition de ressources dépend de la composition de votre foyer. La CSS peut alors selon les cas être accordée gratuitement ou pour moins d'un euro par jour et par personne composant le foyer.

Concubin

Compagnon de l'adhérent. Cette définition de concubin peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

Conditions générales

Document général qui définit les règles régissant tous les contrats de même nature.

Conditions particulières

Document personnel relatif au contrat souscrit par le client. Il ne définit donc que les garanties souscrites par le client ainsi que le tarif.

Contrat collectif

Contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés et généralement de leurs ayants droit.

Contrat de prévoyance

Contrat souscrit par l'entreprise, au bénéfice des salariés, recouvrant l'ensemble des couvertures des risques de prévoyance liés à la personne physique (arrêt de travail, invalidité, perte d'autonomie) et des engagements liés à la durée de vie (décès, épargne retraite).

Contrat individuel

À la différence d'un contrat collectif, le contrat individuel résulte d'une souscription et d'une démarche personnelle. Le bénéfice des prestations du contrat individuel peut être étendu aux ayants-droit.

Contrat responsable et solidaire

Un contrat est dit « solidaire » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale préalable à l'adhésion.

Un contrat est dit « responsable » s'il incite au respect du parcours de soins coordonnés par une modulation des remboursements (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant désigné auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie).

Cotisation

Montant déterminé dans l'accord (de branche ou d'entreprise) pour garantir les prestations définies par celui-ci.

Cotisation sociale

Les cotisations sociales sont des versements, calculés en pourcentage du salaire, qui donnent droit au salarié à des prestations sociales en cas, par exemple, de maladie, chômage, accident du travail..

Une part de ces cotisations est à la charge de l'employeur, et l'autre, à la charge du salarié. Le salaire brut correspond au salaire total avant toute déduction de cotisations obligatoires. Le salaire net correspond au salaire brut diminué des cotisations. C'est celui que perçoit effectivement le salarié.

CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie : organisme de Sécurité sociale qui, dans le cadre d'une circonscription territoriale (le plus souvent un département), gère le régime obligatoire des travailleurs salariés.

D

Date de consolidation

Date à partir de laquelle les séquelles d'un accident sont stabilisées.

Date d'édition

Date en référence du jour où le relevé de prestations est imprimé puis adressé par courrier à l'adhérent.

Date d'effet

Jour où débute l'adhésion d'une personne physique.

Décompte

Document sur lequel apparaît le détail des prestations versées à un adhérent par la Sécurité sociale ou une complémentaire santé. C'est à partir de l'original de ces décomptes que sont calculées les prestations.

Délai de carence

Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, ou de manière limitée, bien que l'assuré cotise.

Dépassements

Différence entre la dépense réelle et le tarif de convention ou d'autorité fixé par la Sécurité sociale.

Désignation

Choix de ses bénéficiaires dans le cadre d'un contrat prévoyance. Par exemple, dans le cadre d'une couverture décès, possibilité de choisir de verser le capital décès au conjoint, ou aux enfants, etc.

Devis

Document présentant les soins ou prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Dispense d'affiliation

Le caractère obligatoire d'un contrat collectif implique que tous les salariés y soient affiliés. Il existe cependant certains cas dans lesquels les salariés peuvent choisir de ne pas être affiliés et donc de ne pas cotiser au contrat collectif de l'entreprise. Il s'agit d'un cas de dispense d'affiliation.

Dossier Médical Partagé (DMP)

Le dossier médical partagé (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient.

Double effet

Capital complémentaire au capital décès souscrit, versé aux enfants si le conjoint décède au cours de l'année suivant le décès de l'assuré.

E

Établissement non conventionné

Établissement qui n'a pas signé d'accord avec l'Assurance Maladie. Le tarif appliqué par celle-ci comme base de remboursement est alors fortement réduit.

Épargne salariale

Ensemble des dispositifs permettant aux salariés d'être associés financièrement à la bonne marche de leurs entreprises et/ou de se constituer une épargne avec l'aide de celles-ci : participation aux bénéficiaires, intéressement, plans d'épargne salariale. Les principaux véhicules d'épargne salariale sont le plan d'épargne entreprise (PEE) et le plan d'épargne retraite collective (PERCO) et depuis le 1^{er} octobre 2019 le Plan d'épargne retraite (PER).

F

Forclusion

Délai maximum entre la date d'émission du décompte et/ou des soins et la demande de remboursement de l'adhérent. Ce délai est généralement fixé à deux ans.

Forfait

Montant alloué en euros ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, sans référence aux tarifs de convention de la Sécurité sociale pour certaines prestations (exemple : Cures thermales).

Forfait social

Le forfait social est une contribution à la charge de l'employeur. Elle est prélevée sur les rémunérations ou gains exonérés de cotisations de Sécurité sociale mais assujettie à la contribution sociale généralisée (CSG).

Frais d'accompagnant

Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

Frais réels

Certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie obligatoire sur les médicaments (0,50 euros par boîte), les actes paramédicaux (0,50 euros par acte) et les transports sanitaires (deux euros par transport).

La franchise est plafonnée à 50 euros par an. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux (2 euros) et les transports sanitaires (4 euros). Certaines exonérations sont prévues, sous conditions.

G

Garantie

Ensemble des prestations définies par l'accord de branche ou par le règlement mutualiste par nature de soins.

Gouvernance paritaire

Pilotage d'un organisme, à part égale, par les représentants des employeurs et les représentants des salariés devant assurer son bon fonctionnement et son contrôle ainsi que la transparence de l'information.

H

Honoraires

Rémunération d'un professionnel de santé libérale.

Incapacité temporaire

Situation du salarié qui se trouve temporairement dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, en raison d'une maladie ou d'un accident. Cette impossibilité peut être partielle (ITP) ou totale (ITT).

Indemnité journalière

Somme versée en compensation de la perte de salaire consécutive à un arrêt de travail.

La Sécurité sociale peut verser des indemnités journalières, sous conditions.

Les contrats prévoyance, souscrits à titre individuel ou collectif, peuvent également verser des indemnités journalières en complément de la Sécurité sociale.

Institution de prévoyance

Entreprise d'assurance à but non lucratif. Organisme de droit privé à gouvernance paritaire, elle distribue et gère des contrats collectifs d'assurance de personnes pour une entreprise ou une branche professionnelle. Elle ne rémunère pas d'actionnaires et ses administrateurs sont des bénévoles issus du monde de l'entreprise. Elle est régie par le Code de la Sécurité sociale.

Invalidité

État d'une personne dont la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers.

La Sécurité sociale définit trois catégories d'invalidité, correspondant à des niveaux de pensions différents.

L'invalidité peut donner lieu au versement d'indemnités par la Sécurité sociale ou dans le cadre d'un contrat prévoyance, dont le montant et la périodicité varient sous conditions.

NOUS SOMMES UN LIEN ENTRE 3 MILLIONS D'ADHÉRENTS.



AÉSIO, c'est le regroupement des mutuelles ADREÁ, APRÉVA et EOVI MCD pour tisser un lien encore plus solide entre nos adhérents et nous.

aesio.fr

GRUPE MUTUALISTE D'ASSURANCES DE PERSONNES / SANTÉ - PRÉVOYANCE

ADREÁ Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 311 799 878 dont le siège social est sis 25 place de la Madeleine PARIS 8e (75) - APRÉVA Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 927 391 dont le siège social est sis 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE - EoviMcd Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 317 442 176 dont le siège social est sis 173 rue de Bercy PARIS 12e (75), deviendra au 1^{er} janvier 2021 AÉSIO Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS (sous réserve de l'accord de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). Crédit photo Alexis Raimbault. Document non contractuel à caractère publicitaire. 20-220-24



GRUPE
AÉSIO
DÉCIDONS ENSEMBLE DE VIVRE MIEUX

ADREÁ
mutuelle



EOVI MCD
mutuelle

M

Maladie professionnelle

Une maladie est d'origine professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque professionnel (physique, psychique, chimique ou biologique), dans les conditions de son activité professionnelle.

Médecin traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'Assurance Maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Mutation

Terme utilisé lorsqu'un bénéficiaire décide de changer de garantie ou de régime complémentaire.

Mutualisation

La mutualisation des risques est à la base de la technique de l'assurance. Elle consiste en la mise en commun des risques et en la répartition de leurs coûts entre les individus d'un même groupe.

Mutuelle

Désormais protégé, le terme de mutuelle concerne les groupements relevant du Code de la Mutualité ; société de personnes à but non lucratif, une mutuelle est gérée démocratiquement selon le principe un homme-une voix.

N

NGAP

Nomenclature Générale des Actes Médicaux : liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux dont la Sécurité sociale assure le remboursement sur la base d'un tarif ou d'une cotation prédéterminée.

Noémie

Ensemble de normes utilisées pour les échanges informatiques entre l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Numéro d'adhérent

Référence propre à chaque chef de famille. Il permet une saisie des prestations plus rapide qu'à partir du numéro de Sécurité sociale.

O

Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

Dispositif proposé par l'Assurance Maladie aux médecins exerçant en secteur 2 ayant pour objectif principal de faciliter l'accès aux soins en limitant, sans les supprimer, les dépassements d'honoraires. Il garantit ainsi au patient d'avoir moins de reste à charge, via un meilleur remboursement par l'Assurance maladie et par les complémentaires santé responsables.

Ouverture des droits

Période durant laquelle les bénéficiaires ont droit aux prestations prévues par la Mutuelle. Liée au fait d'être à jour des cotisations dues, la date d'ouverture des droits pour un acte se calcule en ajoutant à la date d'effet de l'adhésion l'éventuel délai de stage.

P

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Personne à charge

On parle généralement d'enfant à charge. Un enfant peut être compté à charge s'il est mineur, sans revenus, infirme ou majeur et rattaché au foyer fiscal.

Perte totale et irréversible d'autonomie

Perte d'autonomie définitive qui empêche la personne d'exercer toute activité professionnelle. Elle peut donner lieu au versement du capital décès par anticipation, en fonction des garanties prévues dans le contrat de prévoyance souscrit.

PASS

La plafond annuel de Sécurité sociale (PASS) sert de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales. Sa valeur 2020 est de 41 136 euros.

PMSS

Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est la valeur mensuelle du PASS. Sa valeur 2020 est de 3 428 euros.

Portabilité

la portabilité des droits est un dispositif permettant le maintien des garanties de prévoyance et santé collectives existantes dans l'entreprise, pour les salariés quittant leur entreprise et bénéficiant de l'assurance chômage.

Prestations

Peut à la fois signifier la définition de la garantie et la valeur ponctuelle d'un remboursement.

Prévoyance

Opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage (définition tirée de la loi Evin).

Protection sociale complémentaire

Regroupe les prestations de protection sociale, obligatoires ou non, qui interviennent en complément des régimes de base de la Sécurité sociale. La protection sociale complémentaire regroupe les domaines de la prévoyance et de la retraite complémentaire.

R

Recommandation de branche

Les partenaires sociaux d'une branche professionnelle peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs aux entreprises de leur branche. Cette recommandation n'est pas obligatoire et les entreprises de la branche ont le choix d'adhérer ou non à l'un des organismes recommandés.

Régime à cotisations définies

Modalité possible de fonctionnement d'un dispositif d'épargne retraite. Dans ce régime, le niveau ou le taux de la cotisation est fixé à la signature du contrat, le plus souvent en proportion de la rémunération du salarié. Les cotisations versées tout au long de la vie du salarié détermineront le montant de la pension dont il bénéficiera au moment de son départ à la retraite. On parle également du régime « article 83 » du Code général des impôts.

Régime à prestations définies

Modalité possible de fonctionnement d'un dispositif d'épargne retraite. Dans ce régime, le niveau de la rente versée au futur retraité est garanti à l'avance.

Relevé de prestations

Document émis par les organismes de Sécurité sociale et les complémentaires santé après liquidation des prestations d'un adhérent. Ce document permet à celui-ci de connaître les versements faits pour lui.

Rente

Somme d'argent versée périodiquement pour une durée déterminée ou pour le reste de sa vie (rente viagère) dans le cadre de contrats prévoyance.

Rente éducation

Somme versée aux enfants ayant perdu l'un de leurs parents, salarié en activité. Elle est destinée à financer leurs études.

Résiliation

Action de mettre fin à l'adhésion.

Réseau de soins

Développé par les complémentaires santé, le réseau de soins représente un groupement de professionnels médicaux offrant de meilleurs tarifs pour des prestations mal ou peu remboursées par la Sécurité sociale.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

S

Salaire de référence

Dans les contrats de prévoyance, le salaire de référence désigne la base de calcul des prestations fixées en fonction du salaire (assurance décès et assurance incapacité de travail).

Sécurité sociale (SS)

Service public de l'État qui assure la gestion des risques sociaux. Elle repose sur un principe de solidarité, chacun participant à son financement selon ses moyens.

Soins de ville

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Société d'assurance

Organisme assureur régi par le Code des assurances. Il existe deux types de sociétés d'assurance :

- la société anonyme : entreprise de capitaux dont l'objectif est la réalisation de bénéfices et la redistribution par la suite aux actionnaires, qui ne sont pas les assurés ;
- la société d'assurance mutuelle : à but non lucratif. Les sociétaires sont aussi les assurés et contribuent aux décisions en assemblée générale.

Les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances.

T

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Mes notes



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



RESTRUCTURATIONS

Comment anticiper et réagir ?

La crise économique et financière aura des incidences significatives, au moins à court et moyen terme, sur les entreprises et les salariés. Le rôle des représentants du personnel et des organisations syndicales sera majeur pour concourir à la **préservation de l'emploi, du pouvoir d'achat et des conditions de travail des salariés.**

Dans ce contexte et pour vous préparer au mieux, l'établissement d'un **diagnostic** fin sur la situation ainsi que la mise en place des formations adaptées sont des étapes clés pour **forger votre opinion et être force de propositions.**

5 ÉTAPES ESSENTIELLES

1

Anticiper
et vous
former

2

Conduire
un **diagnostic**
complet des
problématiques
de l'entreprise

3

En cas
d'ouverture
de négociation,
prévoir un
**accord
de méthode**
pour sécuriser
le rôle du CSE
et des OS
avec les moyens
nécessaires

4

Challenger
le projet de la
Direction en
examinant
les
alternatives
possibles

5

Introduire des
contreparties
**pour les
salariés,**
prévoir un
partage des
efforts mais
aussi des
résultats
à venir

SECAFI,
À VOS CÔTÉS,
POUR VOUS
ACCOMPAGNER



01 53 62 70 00 - contact@secafi.com

www.secafi.com





Maison de la CFE-CGC
59 rue du Rocher
75008 Paris
Tél.: 01 55 30 12 12

WWW.CFECGC.ORG

