

REGIME PROFESSIONNEL DE PREVOYANCE

AVENANT DU 15 JUIN 2015 AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 24 JUIN 2013

Entre :

- la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée
- le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA), représenté par

d'une part,

Et :

- la Fédération CFDT Banques et Assurances, représentée par
- la CFE-CGC Fédération de l'Assurance, représentée par
- la Fédération des Syndicats CFTC « Commerce, Services et Force de Vente » (CSFV), représentée par
- la Fédération CGT des Syndicats du Personnel de la Banque et de l'Assurance (branche Assurances), représentée par
- la Fédération des employés et cadres Force Ouvrière, représentée par
- l'Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA) Fédération Banques-Assurances représentée par

d'autre part,

il est convenu de ce qui suit :

Préambule :

Les parties signataires s'engagent à réviser le Règlement du Régime de prévoyance professionnel (volet frais de soins) pour l'adapter, d'une part, à la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé avec le panier de soins minimum, et d'autre part, à la réforme des contrats responsables dont l'objectif est de renforcer les exigences imposées à ces contrats de santé complémentaires.

Ces adaptations nécessaires du Régime de prévoyance professionnel (RPP) vont se traduire notamment par une hausse des garanties collectives et générer de façon corrélative une hausse des cotisations du régime. Cependant, l'augmentation des garanties du contrat socle (RPP) doit être appréhendée globalement avec les sur-complémentaires, lorsqu'elles existent, qui interviennent sur le différentiel après intervention du régime de la sécurité sociale et du socle complémentaire RPP.

Article 1 :

L'article 3 du règlement RPP est modifié comme suit :

« Article 3 – Champ d'application : personnel bénéficiaire

Le présent règlement s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés des entreprises, organismes ou syndicats visés à l'article 2 exerçant leurs activités professionnelles en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer et ceci sans condition d'ancienneté

Toutefois les salariés qui sont éligibles à l'un des deux cas de dispense visés ci-dessous peuvent, à leur demande, ne pas bénéficier du présent règlement, et ceci conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale:

- *salariés bénéficiaires par ailleurs, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale, auprès d'un autre employeur, à condition de le justifier chaque année ;*
- *salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.*

L'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'affiliation au RPP. Les salariés remplissant les conditions d'une des dispenses ci-dessus doivent en faire la demande par un écrit stipulant leur refus d'affiliation et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus, accompagné des justificatifs nécessaires le cas échéant, auprès de l'employeur qui en conservera la trace.

En cas de rupture du contrat de travail survenant alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pour maladie ou accident, le bénéfice des dispositions du présent règlement est maintenu pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Le personnel bénéficiaire est désigné sous le terme "le personnel". »

Article 2 :

L'article 8 alinéa 3 du règlement RPP est modifié comme suit :

« Le montant annuel de la rente ne peut être inférieur à 1715 € (pour 2016). Ce minimum est revalorisé chaque année, conformément aux dispositions de l'article 37. »

Article 3 :

L'article 15.1 du règlement RPP est modifié comme suit :

« 15.1. Sous réserve d'en justifier par la production d'arrêts de travail établis par le médecin traitant, le personnel dont l'incapacité excédera 12 mois recevra depuis le début du 13ème mois, tant que l'incapacité subsistera et à la condition qu'il perçoive les indemnités journalières de la Sécurité sociale, mais au plus tard jusqu'au terme du 36ème mois, une indemnité complémentaire brute à celles versées par la Sécurité sociale.

Cette indemnité brute sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 70 % de sa rémunération brute telle que définie à l'article 6, les sommes perçues par l'intéressé au titre :

1°/ De la Sécurité sociale ;

2°/ Des indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers. »

Article 4 :

L'article 16 du règlement RPP est modifié comme suit :

«Article 16 – Invalidité

16.1. Invalidité partielle

Lorsque le personnel interrompt son travail pour cause de maladie ou d'accident qui, soit est classé en invalidité de 1ère catégorie par la Sécurité sociale (au sens de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale), soit est reconnu par la Sécurité sociale comme étant atteint d'une incapacité permanente comprise entre 33 et 66 %, recevra, tant qu'il justifiera de cet état et au plus tard jusqu'à l'entrée en jouissance de la pension de retraite de la Sécurité sociale, une pension annuelle brute payable mensuellement à terme échu.

Cette pension sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 70 % de sa rémunération brute telle que définie à l'article 6, les sommes perçues par l'intéressé au titre :

1°/ De la Sécurité sociale ;

2°/ Des indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers ;

3°/ D'une activité professionnelle ou du régime d'assurance chômage ;

4°/ S'il y a lieu, des retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé et dont il perçoit déjà les arrérages¹.

Cette pension ne sera due qu'à la condition que le personnel perçoive des prestations de la Sécurité sociale.

16.2. Invalidité totale

Le personnel qui, après avoir interrompu son travail pour cause de maladie ou d'accident professionnel ou non :

- est classé par les services de la Sécurité sociale en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie (au sens de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale) ou dont le taux d'incapacité permanente est supérieur à 66 %,

- est dans l'incapacité totale de se livrer à une activité professionnelle quelconque,

- et bénéficie auprès de la Sécurité sociale soit d'une pension d'invalidité, soit d'une rente d'incapacité permanente,

est réputé atteint d'invalidité totale au sens du présent régime.

Dans ce cas, il a droit, à compter de la date de classement en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou à la date d'effet de la rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale, à une rente annuelle payable mensuellement à terme échu.

Cette rente annuelle est calculée de manière à compléter à concurrence de 70 % de sa rémunération, telle que définie à l'article 6, les sommes perçues par l'intéressé au titre :

1°/ De la Sécurité sociale ;

2°/ Des indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers ;

3°/ Du régime d'assurance chômage ;

4° / S'il y a lieu, des retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé et dont il perçoit déjà les arrérages².

Cette rente est servie tant que dure l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente et que le personnel reçoit de la Sécurité sociale, soit une pension d'invalidité de deuxième catégorie au minimum, soit une rente d'incapacité permanente et tant qu'il ne reprendra pas d'activité professionnelle.

¹ La formule « retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé » ne vise pas les pensions ou retraites dont l'acquisition n'est pas liée directement aux activités de l'intéressé et qui lui sont éventuellement attribuées à raison d'évènements passés (par exemple : accident, blessure de guerre, distinction honorifique).

² La formule « retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé » ne vise pas les pensions ou retraites dont l'acquisition n'est pas liée directement aux activités de l'intéressé et qui lui sont éventuellement attribuées à raison d'évènements passés (par exemple : accident, blessure de guerre, distinction honorifique).

Elle cesse d'être versée :

- lorsque les conditions ci-dessus ne sont plus remplies;*
- en cas de reprise d'une activité professionnelle quelconque;*
- en cas d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale au titre de l'inaptitude au travail;*
- et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'entrée en jouissance de la pension de la retraite de Sécurité sociale. »*

Article 5 :

L'article 31 du règlement RPP est modifié comme suit :

Article 31 – Garanties collectives

Les prestations prévues dans le tableau de garanties sont fixées dans le respect des exigences et réserves fixées par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale dit « Panier de soins ».

Garanties	Niveau de garanties¹ (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels)
HOSPITALISATION	
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) C.A.S.	280% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) hors C.A.S.	225% BR²
Forfait hospitalier	100% FR³
Frais de séjour	100% BR
Chambre particulière	1,50% PMSS/jour
FRAIS MEDICAUX	
Consultations – Visites généralistes (conventionnés et non conventionnés)	100% BR⁴
Consultations – Visites spécialistes (conventionnés et non conventionnés)	100% BR⁵
Auxiliaires médicaux ⁶	100% BR
Frais examen de biologie médicale (analyse)	100% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) C.A.S.	270% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) hors C.A.S.	225% BR²
Radiologie C.A.S.	245% BR
Radiologie hors C.A.S.	225% BR²
Transport accepté par la S.S.	195% BR
PHARMACIE	
Médicaments à 65% ⁷	100% BR
Médicaments à 30% ⁸	51% BR
Médicament à 15% ⁹	36% BR
Contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la S.S.)	50€ par an
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires	105% BR
Prothèse dentaire	210% BR
Orthodontie (acceptée par la S.S.)	300% BR

¹ Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex : affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur

² 225 % BR pour 2016 uniquement et 200 % BR à compter de 2017

³ Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

⁴ Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 23€ (2015) la prise en charge de la S.S. s'élève à 15,1 €, celle de la complémentaire à 6,9€ et la participation forfaitaire non-remboursable à 1€

⁵ Pour une consultation chez le spécialiste en secteur 1 à 25€ (2015) la prise en charge de la S.S. s'élève à 16,5 €, celle de la complémentaire à 7,5€ et la participation forfaitaire non-remboursable à 1€

⁶ Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues

⁷ Médicament à service médical rendu majeur ou important et préparation magistrale

⁸ Médicament à service médical rendu modéré

⁹ Médicament à service médical faible

Autres prothèses (remboursées S.S.)																						
Orthopédie et autres prothèses	180% BR																					
Prothèses auditives	180% BR																					
FRAIS D'OPTIQUE																						
1 équipement (verres + monture) dont 150€ maximum, pour la monture (1 équipement tous les deux ans à compter du renouvellement, tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) en plus du remboursement S.S.																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="3">1er œil</th> </tr> <tr> <th>Verre Simple</th> <th>Verre Complexe</th> <th>Verre Très Complexe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th rowspan="3">2ème œil</th> <th>Verre Simple</th> <td>100 €</td> <td>150 €</td> <td>150 €</td> </tr> <tr> <th>Verre Complexe</th> <td>150 €</td> <td>200 €</td> <td>200 €</td> </tr> <tr> <th>Verre Très Complexe</th> <td>150 €</td> <td>200 €</td> <td>200 €</td> </tr> </tbody> </table>				1er œil			Verre Simple	Verre Complexe	Verre Très Complexe	2ème œil	Verre Simple	100 €	150 €	150 €	Verre Complexe	150 €	200 €	200 €	Verre Très Complexe	150 €	200 €	200 €
				1er œil																		
		Verre Simple	Verre Complexe	Verre Très Complexe																		
2ème œil	Verre Simple	100 €	150 €	150 €																		
	Verre Complexe	150 €	200 €	200 €																		
	Verre Très Complexe	150 €	200 €	200 €																		
Lentilles (acceptées par la S.S. /an)	360% BR																					
Chirurgie réfractive ou Kératotomie	250€ par œil																					
PREVENTION																						
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% BR																					

BR : Base de remboursement

C.A.S. : Contrat d'accès aux soins

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

S.S. : Sécurité sociale

Article 6 :

Les dispositions de l'article 32 du règlement RPP relatives à la franchise sont supprimées et modifiées comme suit :

« **ARTICLE 32 - Contrat responsable**

Les partenaires sociaux s'engagent à ce que le contrat d'assurance conclu au titre du RPP respecte les exigences légales et réglementaires applicables aux contrats responsables, notamment les dispositions concernant :

- *la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004, ayant posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France (notamment l'article L871-1 du code de la sécurité sociale),*
- *les exigences et réserves fixées par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et*

sociales qui met en œuvre la réforme des contrats responsables issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Les partenaires sociaux veilleront sans délai à faire évoluer le régime en cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires relatives au contrat responsable.

A ce titre :

Les planchers et plafonds de garanties à respecter sont précisés dans les « Dispositions complémentaires » du règlement RPP.

Le régime ne doit pas prendre en charge :

- Conformément à l'article R.871-1 du code de la sécurité sociale : la majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.1111-15 du Code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;*
- Conformément à l'article R.871-1 du code de la sécurité sociale : les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant (et hors protocole de soins) et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques;*
- La participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale;*
- Les franchises médicales définies à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale. »*

Article 7 :

L'article 33 du règlement est remplacé comme suit :

« Article 33 – Cessation de la garantie

La garantie des risques prévus dans la présente section cesse pour le personnel à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Par exception aux dispositions ci-dessus, la garantie des risques prévus dans la présente section est maintenue :

- aux salariés dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en arrêt de travail pour maladie ou accident, tant que subsiste cette incapacité de travail pour maladie ou accident constatée et que l'intéressé n'a pas pris sa retraite,*
- aux salariés dont la rupture du contrat de travail¹ ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail², ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant douze mois.*

Les intéressés doivent justifier, auprès de l'organisme assureur, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

¹ Non consécutive à une faute lourde.

² Appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les intéressés sont tenus d'informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de ces garanties.

- *aux anciens salariés de la profession privés d'emploi et bénéficiaires, à ce titre, d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à l'organisme gestionnaire dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail⁴.*

La garantie prend alors effet le lendemain de la demande et sous réserve du paiement de la cotisation prévue à l'alinéa ci-après, conformément aux dispositions légales en vigueur en matière d'assurance.

La cotisation à verser par les intéressés au régime est fixée, pour douze mois de garantie, à 1,25 % de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 6 du règlement, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle est appelée trimestriellement auprès des intéressés par l'organisme gestionnaire.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année, selon les dispositions de l'article 37.

- *aux personnes garanties du chef d'un salarié de la profession décédé en activité de service, sans contrepartie de cotisations et pendant les douze mois qui suivent le décès ;*
- *aux salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération pendant une durée d'au moins un mois.*

Une demande en ce sens doit être adressée par le salarié à son employeur, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard quinze jours avant le début de la période de suspension du contrat.

La cotisation à verser au régime par les salariés concernés est fixée, pour douze mois de garantie, à 1,25 % de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 6 du règlement, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle est appelée, trimestriellement, auprès des intéressés, par l'organisme gestionnaire.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année, selon les dispositions de l'article 37.

La garantie prend effet au premier jour de la période de suspension. »

Article 8 :

L'article 37 alinéa 2 du règlement RPP est modifié comme suit :

« Il en est de même de la limite des remboursements des frais de soins exprimée en euros (article 31), du montant des contributions visées à l'article 33, alinéa 2, troisième et cinquième tirets, et du minimum de rente d'éducation (article 8). »

⁴ Le terme du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prévu au deuxième alinéa, deuxième tiret, du présent article prend fin, dans le cas où la durée de ce maintien est supérieure à six mois. Le maintien des garanties de l'article 31 et le paiement de la cotisation correspondante prendront alors effet à l'échéance du maintien des garanties prévu au deuxième alinéa, deuxième tiret, du présent article.

Article 9 :

L'article 42 du règlement RPP est modifié comme suit :

Article 42 – Taux des cotisations

Les cotisations à la charge de l'employeur et du personnel sont fixées comme suit :

Garanties	TA		TB / TC	
	<i>Employeur</i>	<i>Personnel</i>	<i>Employeur</i>	<i>Personnel</i>
Décès Incapacité - invalidité Déplacement professionnel	1,50 %	0,13 %	1,16 %	0,10 %
Remboursement des frais de soins	1,18 %	0,14 %	1,82 %	0,24 %
Total	2,68 %	0,27 %	2,98 %	0,34 %

La clé de répartition des cotisations afférentes aux garanties décès, incapacité, invalidité, déplacement professionnel est la suivante :

	TA	TB / TC
Employeur	92 %	92 %
Personnel	8 %	8 %

Article 10 :

Les « Dispositions complémentaires » du règlement RPP portant sur la « Pension d'invalidité totale des anciens déportés ou internes bénéficiaires de la loi du 12 juillet 1977 » et sur les « Salariés partant en préretraite dans le cadre du dispositif ARPE » étant caduques, elles sont supprimées dudit règlement.

Elles sont remplacées par le tableau suivant :

CONTRAT RESPONSABLE Planchers et plafonds (article 32)

Prestations	Planchers	Plafonds
SOINS DE VILLE		
Consultations et actes des professionnels de santé	Ticket modérateur ¹	Le contrat doit mieux rembourser les consultations et les actes des médecins adhérents au contrat d'accès aux soins ² . Pour les médecins non adhérents au CAS, le remboursement des dépassements d'honoraires est limité à : -125 % de la base de remboursement en 2015 et 2016, -100 % de la base de remboursement dès 2017.
Ensemble des autres soins (sauf cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15 % et 30 %)		Absence de plafond

¹ Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie.

² Contrat d'accès aux soins : contrat conclu entre des médecins libéraux secteur 2 ou 1 avec autorisation des dépassements d'honoraires, permettant un meilleur remboursement de la Sécurité sociale pour les assurés et la maîtrise des dépassements d'honoraires.

Prestations	Planchers	Plafonds
OPTIQUE		
Remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans. Période réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		
a/ Equipement à verres simple foyer - Sphère comprise entre - 6 et + 6 <u>ou</u> - Cylindre \leq + 4	50 €	470 € (dont monture limitée à 150 €)
b/ Equipement à verres simple foyer - 1 verre mentionné au a/ <u>et</u> - 1 verre mentionné au c/	125 €	610 € (dont monture limitée à 150 €)
c/ Equipement à verres simple foyer - Sphère > - 6 et + 6 <u>ou</u> - Cylindre > + 4 Equipement à verres multifocaux ou progressifs	200 €	750 € (dont monture limitée à 150 €)
d/ Equipement à verres complexes - 1 verre mentionné au a/ <u>et</u> - 1 verre mentionné au f/	125 €	660 € (dont monture limitée à 150 €)
e/ Equipement à verres complexes - 1 verre mentionné au c/ <u>et</u> - 1 verre mentionné au f/	200 €	800 € (dont monture limitée à 150 €)
f/ Equipement à verres multifocaux - progressifs sphéro-cylindriques sphère hors zone de -8 à +8 <u>ou</u> - progressifs sphériques sphère hors zone de -4 à +4	200 €	850 € (dont monture limitée à 150 €)
AUTRES SOINS³		
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge en totalité sans limitation de durée	

³ Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

Article 11 :

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016.
Les signataires s'engagent à effectuer les démarches nécessaires au dépôt légal dudit avenant.

Fait à Paris, le 15 juin 2015.

Pour les organisations d'employeurs

FFSA

GEMA

Pour les organisations syndicales

Fédération CFDT Banques et
Assurances

CFE-CGC Fédération de
l'Assurance

Fédération des Syndicats CFTC
« Commerce, Services et Force de
Vente » (CSFV)

Fédération CGT des Syndicats du
Personnel de la Banque et de
l'Assurance

Fédération des employés et cadres
Force Ouvrière

Union Nationale des Syndicats
Autonomes (UNSA)

Fédération Banques-Assurances