

Brochure n° 3228

Convention collective nationale
IDCC : 637. – INDUSTRIES ET COMMERCE
DE LA RÉCUPÉRATION

AVENANT DU 9 DÉCEMBRE 2014
À L'ACCORD DU 9 AVRIL 2008
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1550198M
IDCC : 637

PRÉAMBULE

Le présent avenant fait suite au réexamen du régime de prévoyance en vigueur réalisé par les partenaires sociaux de la branche. Ce réexamen a eu pour but de proposer une protection sociale de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche dans le cadre des nouvelles règles de recommandation de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

A cette fin, la mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence impartiale et transparente dans le respect de la législation a permis le choix par les partenaires sociaux des organismes assureurs les mieux-disant.

Les travaux des partenaires sociaux permettent aujourd'hui de proposer une couverture de protection sociale conventionnelle renouvelée tout en respectant la réglementation « des contrats responsables ».

Le nouveau régime développe également un degré élevé de solidarité en accroissant les moyens financiers du fonds de solidarité de la branche existant et en élargissant son champ d'application à l'ensemble des entreprises et salariés non cadres de la branche.

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Le présent avenant a pour objet la modification du régime de prévoyance au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective régionale des industries et commerces de récupération et du recyclage.

Le présent avenant annule et remplace l'ensemble des dispositions de l'accord du 9 avril 2008 ainsi que ses avenants du 12 janvier 2009, du 13 janvier 2009, du 8 juillet 2009, du 13 octobre 2009, du 12 mai 2010, du 11 janvier 2011, du 13 mars 2012, du 30 septembre 2013 et du 21 janvier 2014.

Suite au réexamen du régime ayant donné lieu à une mise en concurrence au cours de l'année 2014 conformément aux exigences réglementaires, le présent accord définit les garanties, les cotisations et leur répartition ainsi que les organismes recommandés pour l'assurance et la gestion dudit régime dans le cadre de la recommandation de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Hierarchie des normes et accords dérogatoires

Conformément aux articles L. 12253-1, L. 12253-2 et L. 12253-3 du code du travail, l'accord de prévoyance d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise dérogatoire ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent accord.

Article 3

Bénéficiaires

Le présent régime de prévoyance et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement, dès leur date d'embauche, aux salariés non cadres de la totalité des entreprises appartenant au champ d'application de la convention collective nationale des industries et commerces de la récupération et du recyclage.

On entend par salariés non cadres le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (DIF, Fongecif).

Les salariés non cadres bénéficiaires des présentes dispositions sont dénommés ci-après sous le vocable « salariés ».

Toutefois, les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à la garantie frais de santé :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail 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 ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Pour l'application de ces cas dérogatoires, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'adhésion à la garantie frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés concernés, stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus. Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie frais de santé. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation. En outre, aucun autre cas dérogatoire ne pourra être accordé.

Si l'entreprise ne respecte pas l'ensemble des dispositions du présent article, elle encourt le risque d'un redressement fiscal et/ou social pour elle-même et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime. En effet, le régime ne bénéficierait plus des avantages fiscaux des régimes collectifs obligatoires, et notamment de la cotisation employeur soumise à charges sociales, de la cotisation salarié non déductible du revenu imposable.

Pour le cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple a la possibilité de s'affilier en tant qu'ayant droit.

Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation à la garantie frais de santé les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute bénéficient de la gratuité de la cotisation prise en charge par le fonds de solidarité défini à l'article 20 du présent avenant.

Enfin, concernant leur personnel cadre qui n'est pas concerné par le présent accord, les partenaires sociaux rappellent aux entreprises qu'elles sont tenues de respecter l'article 7 de la convention collective nationale de retraite des cadres du 14 mars 1947 relatif à la prévoyance des personnels cadres.

Pour ce faire, les entreprises pourront souscrire un contrat dans des conditions privilégiées négocié par les partenaires sociaux pour leur(s) personnel(s) cadre(s), c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention auprès de l'organisme assureur recommandé pour la couverture et la gestion du présent accord.

Dans cette hypothèse, l'entreprise veillera à procéder à la formalisation juridique nécessaire.

Article 4

Garanties

Les garanties prévues par le présent régime sont les suivantes :

- garantie décès toutes causes ;
- garantie rente éducation ;
- garantie rente handicap ;
- garantie perte totale et irréversible d'autonomie ;
- garantie frais d'obsèques ;
- garantie frais de santé.

Pour ouvrir le droit aux prestations, l'événement doit survenir en période de couverture, ce qui signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise ;
- le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord « Bénéficiaires ».

L'organisme recommandé propose également aux entreprises qui le souhaitent la souscription de garanties notamment pour l'arrêt de travail ainsi que des niveaux de prestations supérieurs à celles détaillées ci-après dans des conditions privilégiées négociées par les partenaires sociaux du régime. Dans cette hypothèse, l'entreprise veillera à procéder à la formalisation juridique nécessaire.

Seule la souscription d'un contrat couvrant des garanties incapacité et/ou invalidité permet de bénéficier de la présomption de catégorie objective prévue par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire.

Article 5

Garantie décès toutes causes

Article 5.1

Montant de la prestation capital décès

En cas de décès du salarié bénéficiaire du présent régime, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion de celles prévues à l'article 5.3, le régime prévoit le versement d'un capital calculé en fonction de la situation familiale au jour de l'événement, est fixé en pourcentage du salaire de référence définis à l'article 9 :

- salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans enfant à charge : 70 % du salaire de référence ;
- salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés avec un enfant à charge : 120 % du salaire de référence ;
- salariés mariés, liés par un Pacs, en concubinage sans enfant à charge : 120 % du salaire de référence ;
- majoration par enfant à charge au sens de l'article 12.2 de l'accord : 25 % du salaire de référence.

Article 5.2

Bénéficiaires du capital décès

En cas de décès du salarié, le capital est servi selon l'ordre de priorité défini ci-dessous :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin ou partenaire de Pacs tels que définis à l'article 12.1 de l'accord (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l'assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au(x) bénéficiaire(s) apparent(s) ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- et à défaut, à ses ayants droit suivant la dévolution successorale.

Toutefois, si le salarié souhaite appliquer une désignation différente de celle prévue ci-dessus, il peut le faire en remplissant un bulletin de désignation de bénéficiaire(s) spécifique, émis par l'organisme recommandé.

Lorsque l'ensemble des bénéficiaires expressément désignés par le salarié a renoncé ou est décédé, le capital sera versé selon l'ordre établi ci-dessus.

Article 5.3

Exclusions spécifiques à la garantie décès

Sont exclus de cette garantie les décès résultant :

- des conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits ;
- des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- d'un fait du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré. Dans ce cas, le capital doit être versé aux héritiers à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complices du meurtre de l'assuré.

Article 6

Garanties rente éducation et rente handicap

Article 6.1

Garantie rente éducation

En cas de décès d'un salarié, il sera versé aux enfants à charge au sens de l'article 12.2 à la date du décès, en complément du capital décès, une rente temporaire éducation dont le montant est fixé en pourcentage du salaire de référence tel que défini à l'article 9 de l'accord :

- jusqu'au 12^e anniversaire : 6 % du salaire de référence ;
- jusqu'au 18^e anniversaire : 9 % du salaire de référence ;
- jusqu'au 26^e anniversaire en cas de poursuite d'étude : 12 % du salaire de référence.

La rente est viagère pour les enfants déclarés invalides avant leur 26^e anniversaire. La rente est également versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à l'article 7 du présent accord.

Les rentes éducation sont versées à chacun des enfants à charge du salarié à la date de son décès. Si l'enfant est mineur, le versement s'effectue à son représentant légal.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 6.2

Garantie rente handicap

En cas de décès d'un salarié, il sera versé aux enfants handicapés à la date du décès, en complément du capital décès et de la rente éducation éventuellement versée, une rente viagère handicap dont le montant est fixé à :

- versement d'une rente viagère à l'enfant handicapé d'un montant égal à 605 € par mois.

L'évolution du montant de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

En cas de modification notable ou de disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer une allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Est reconnu comme handicapé l'enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 *septies* (2°) du code général des impôts.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie assimilable au décès du salarié.

La rente est également versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à l'article 7 du présent accord.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 6.3

Maintien de la garantie rente handicap à titre individuel

Lorsque la garantie rente handicap cesse de couvrir le salarié en raison de la rupture de son contrat de travail, ce dernier peut demander à l'organisme recommandé ci-après le maintien d'une couverture dans le cadre d'une adhésion individuelle. La demande doit être faite dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 6.4

Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes éducation et handicap servies dans le cadre du présent accord sont revalorisées chaque année, suivant un taux fixé par le conseil d'administration paritaire de l'organisme recommandé ci-après pour l'assurance de ces deux garanties.

En cas de changement d'organisme assureur des présentes garanties, la revalorisation des prestations rente éducation et rente handicap sera poursuivie par l'organisme assureur de ces garanties, mentionné à l'article 18.1 du présent accord.

Article 7

Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié, le présent régime prévoit le versement par anticipation, à la date de consolidation :

- du capital décès toutes causes défini à l'article 5.1 qui aurait été payé si le salarié était décédé pour tous les salariés, à l'exception des salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans enfants à charge ;
- d'un capital de 145 % du salaire de référence pour les salariés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans enfants à charge ayant un capital minoré en cas de décès ;
- de la (des) rente(s) éducation prévue(s) en présence d'enfant(s) à charge ;
- de la (des) rente(s) handicap prévue(s) en présence d'enfant(s) handicapé(s).

Un salarié est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie s'il est classé :

- soit invalide 3^e catégorie au titre de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- soit comme victime d'accident de travail bénéficiant de la rente pour incapacité permanente et totale avec majoration pour l'assistance d'une tierce personne, au titre de l'article L. 453-2 du code de la sécurité sociale.

Le capital et/ou les rentes sont versés par anticipation au salarié à condition qu'il en fasse la demande.

A la demande du salarié concerné, le capital pourra être versé soit en rente temporaire (sur 2 ans maximum), soit en deux fois, le deuxième versement intervenant alors à la date anniversaire du premier.

Le paiement du capital et/ou des rentes par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié met fin au capital décès, rente éducation et rente handicap.

Les droits à garantie sont ouverts au profit du salarié qui se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie au cours de la période de couverture telle que définie à l'article 4.

Article 8

Garantie frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article 12, il est prévu le versement d'une allocation égale à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

Le conjoint visé ci-dessus est défini à l'article « Définition du conjoint » au sein du présent accord.

L'organisme recommandé effectue le règlement de la prestation dans les 15 jours suivant la réception du dossier complet constitué et adressé par l'entreprise.

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge, les droits à garantie sont ouverts à la condition que le décès survienne en période de couverture tel que défini ci-dessus à l'article 4.

Sauf disposition contraire, l'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique.

Article 9

Salaires de référence des garanties décès

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations est égal à la somme du salaire brut, primes, gratifications et allocations diverses incluses, soumises à charge sociale perçues au cours des 12 mois pleins précédant la date de l'arrêt de travail, du décès ou de l'événement ayant donné lieu à la perte totale et irréversible d'autonomie.

Si l'invalidité ou le décès ne surviennent pas directement après une période d'activité, le salaire de base défini ci-dessus est revalorisé sur la base des revalorisations annuelles ARRCO.

Pour le salarié n'ayant pas 12 mois de présence effective dans l'entreprise à la date de réalisation du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires reconstitués.

Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle *pro rata temporis*.

Le salaire de référence ainsi défini est limité aux tranches A et B.

Article 10

Maintien des garanties décès

Par dérogation aux dispositions de l'article 13 « Conditions de cessation des garanties » tel que stipulé au présent accord, les garanties prévues en cas de décès du salarié sont maintenues sans cotisation :

- à tout salarié ou ancien salarié, pour autant que l'arrêt ait été déclaré durant la période de couverture au titre du présent régime et qu'il bénéficie toujours, à la date de son décès, des prestations de la sécurité sociale au titre de cet arrêt ou au titre du classement en invalidité qui peut en résulter ;
- à tout salarié en congé de maternité, de paternité ou congé parental.

Article 11

Garantie frais de santé

Article 11.1

Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent accord

Les salariés bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel, à l'exception de ceux qui peuvent justifier des cas dérogatoires prévus à l'article 3.

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par des extensions facultatives souscrites individuellement par chaque salarié.

Au-delà du régime de base obligatoire, l'entreprise a la possibilité de souscrire à une option facultative permettant aux salariés d'améliorer les prestations du régime de base.

A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié une option détaillée à l'article 11.5 permettant ce choix.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative ou dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire.

L'entreprise veillera à procéder à la formalisation juridique nécessaire.

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie telle que définie à l'article 4, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 11.2

Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié

Conformément à l'article 11.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Toutefois, les salariés peuvent opter facultativement pour une extension de la garantie frais de santé dont il bénéficie à l'ensemble de leur famille en optant :

- soit pour la couverture « duo » (salarié et un ayant droit à charge au sens du présent régime) ;
- soit pour la couverture « famille » (salarié et plusieurs ayants droit à charge au sens du présent régime).

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'extension familiale, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

Article 11.3

Dispositions concernant le maintien d'une garantie frais de santé

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Sous réserve d'être informé, par l'employeur, de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du salarié, l'organisme assureur leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité exposé ci-après, ou du décès du salarié.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme recommandé dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l'issue de la période de portabilité des droits telle que mentionnée à l'article 14.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent régime au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 11.4

Conditions de la garantie frais de santé

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau ci-après, ils sont exprimés sous déduction des prestations de la sécurité sociale.

Sont exclus de la garantie tous les soins, dépenses ou interventions, non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaires ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Article 11.5

Tableau des garanties santé

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Garanties santé

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale.

	BASE obligatoire	OPTION FACULTATIVE (sous déduction du régime de base)
Hospitalisation (*)		
Séjour et honoraires (conventionné ou non)	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (y compris maternité)	50 € par jour	60 € par jour
Lit accompagnant	50 € par jour	60 € par jour
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Soins courants (*)		
Consultations/visites généralistes	100 % BR	100 % BR
Consultations/visites spécialistes non adhérent au CAS (**)	125 % BR	125 % BR
Consultations/visites spécialistes adhérent au CAS	150 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
Actes de spécialité, petite chirurgie non adhérent CAS (**)	105 % BR	105 % BR
Actes de spécialité, petite chirurgie adhérent CAS (**)	130 % BR	130 % BR

	BASE obligatoire		OPTION FACULTATIVE (sous déduction du régime de base)	
Pharmacie (*)				
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % BR		100 % BR	
Dentaire (**)				
Soins dentaires	100 % BR		200 % BR	
Inlays cores et inlays à clavettes	150 % BR		200 % BR	
Prothèses dentaires et inlays/onlays remboursés	300 % BR		350 % BR	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	200 % BR		250 % BR	
Implant dentaire	150 €		300 €	
Optique (***)				
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
Monture	70 €	60 €	90 €	80 €
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries	40 €	30 €	45 €	35 €
Verre simple sphéro-cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	40 €	30 €	45 €	35 €
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries	65 €	60 €	105 €	75 €
Verre simple sphéro-cylindrique avec cylindre supérieur à + 4,00 dioptries	65 €	60 €	105 €	75 €
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries	102,50 €	85 €	130 €	90 €
Verre progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre - 8,00 et + 8,00 dioptries	115 €	100 €	155 €	110 €
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de - 4,00 et + 4,00 dioptries	102,50 €	85 €	130 €	90 €
Verre progressif sphéro-cylindrique avec sphère hors zone de - 8,00 et + 8,00 dioptries	115 €	100 €	155 €	110 €
Lentilles acceptées par la sécurité sociale ou non par an	200 €		220 €	
Chirurgie réfractive (pour les deux yeux/an)	-		400 €	
Autres frais (*)				
Prothèses auditives	125 % BR		125 % BR	
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR		100 % BR	
Frais de maternité	315 €		315 €	
Actes hors nomenclature (dans la limite de 100 € par an et par personne pour les deux actes ci-dessous)				
Vaccins non remboursés	Oui		Oui	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (4 séances par an)	25 € par séance		25 € par séance	

ACTES DE PRÉVENTION PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DES CONTRATS SANTÉ RESPONSABLES selon les conditions de l'arrêté pris en application de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale		
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	Oui	Oui
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	Oui	Oui
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de 14 ans)	Oui	Oui
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	Oui	Oui
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes prévus	Oui	Oui
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans	Oui	Oui
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) <i>Haemophilus influenzae</i> B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	Oui	Oui
FR : frais réels. BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés). (*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectués dans le respect des contrats responsables. (**) Contrat d'accès aux soins de l'avenant n° 8 de la convention médicale. (***) Verres et monture s'entend d'un équipement optique complet comprenant les deux verres. L'équipement optique (verres + monture) est limité à un remboursement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vision médicalement constaté. Cette limitation n'est pas applicable pour les enfants mineurs qui bénéficient d'un équipement tous les ans.		

Article 11.6

Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique. Les cotisations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Les cotisations particulières ainsi déterminées sont mentionnées à l'article 17.

Article 12

Définition du conjoint et des enfants à charge

Article 12.1

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an et que le domicile fiscal des deux

- concubins soit le même. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs).

Article 12.2

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire sous condition soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ;
 - ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du participant est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile. Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un Pacs du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

Article 13

Conditions de suspension des garanties

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

Toutefois, les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes.

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

dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme recommandé de la déclaration faite par l'entreprise.

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

Toutefois, les garanties prévues en cas de décès du salarié sont maintenues aux salariés en congé de maternité, de paternité ou congé parental ou au salarié ou ancien salarié en situation d'arrêt de travail dans les conditions prévues à l'article 10 du présent régime.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande de l'entreprise adhérente au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime. Les cotisations basées sur le salaire seront calculées à partir du dernier salaire de base revalorisé, c'est-à-dire le dernier mois de pleine activité du salarié multiplié par 12 et comprenant les primes soumises à cotisations sociales.

Article 14

Portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 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 ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

Article 15

Cotisations

Article 15.1

Taux de cotisation

La cotisation normalement appelée pour les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et allocation obsèques est égale à 0,32 % du salaire brut, dont 50 % est pris en charge par l'employeur.

Le total des cotisations des garanties rente éducation et rente handicap est égal à 0,16 % du salaire brut (soit 0,13 % pour la rente éducation et 0,03 % pour la rente handicap), dont 50 % est pris en charge par l'employeur.

La cotisation « frais de santé » des salariés est égale à :

(En euros.)

	BASE OBLIGATOIRE	OPTION OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE
Salarié seul	48	3,88	4,59
Salarié + un ayant droit	80	7,34	8,87
Salarié + conjoint et enfants	113	11,32	13,57

25,80 € sont pris en charge par l'employeur sur la partie dite base obligatoire.

La cotisation dite « option obligatoire » s'ajoute à la cotisation de la base obligatoire et est répartie selon l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

L'option dite « option facultative » s'ajoute à la cotisation de la base obligatoire, elle peut être soit à la charge exclusive du salarié adhérent, soit répartie selon l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

La cotisation « frais de santé » pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par l'article 10.3 « Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé » est égale à :

(En euros.)

	BASE	OPTION
Salarié seul	72,00	5,81
Salarié + un ayant droit	120,00	11,02
Salarié + conjoint et enfants	169,50	17,03

La cotisation « frais de santé » des salariés relevant du régime local Alsace-Moselle est égale à :

(En euros.)

	BASE OBLIGATOIRE	OPTION OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE
Salarié seul	33,60	3,88	4,59
Salarié + un ayant droit	56,00	7,34	8,87
Salarié + conjoint et enfants	79,10	11,32	13,57

La cotisation dite « option obligatoire » s'ajoute à la cotisation de la base obligatoire et est répartie selon l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

L'option dite « option facultative » s'ajoute à la cotisation de la base obligatoire, elle peut être soit à la charge exclusive du salarié adhérent, soit répartie selon l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

La cotisation « frais de santé » pour les anciens salariés relevant du régime local Alsace-Moselle visés par l'article 10.3 de l'accord « Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé » est égale à :

(En euros.)

	BASE	OPTION
Salarié seul	50,40	5,81
Salarié + un ayant droit	84,00	11,02
Salarié + conjoint et enfants	118,70	17,03

Les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire dans les limites prévues par la loi.

La structure de cotisation définie dans le présent régime est applicable à toutes les entreprises de la branche. Par dérogation, les entreprises dotées d'un régime frais de santé antérieur au présent accord proposant une autre structure devront se conformer dans les 2 ans à celle du présent accord (salarié seul, salarié + un ayant droit, salarié + conjoint et enfants).

Article 15.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont forfaitaires ou exprimées en pourcentage du salaire brut, suivant les garanties.

Le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire brut déclaré à l'URSSAF, y compris les éléments variables, dans la limite des tranches A et B.

Article 15.3

Obligation des entreprises adhérentes, adhésion, affiliation et paiement des cotisations

Article 15.3.1

Entreprises adhérentes. – Adhésion. – Affiliation

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise concernée devra retourner à l'organisme recommandé pour la gestion des garanties un bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

Elle devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie à l'article 3 du présent accord.

Elle devra fournir un état récapitulatif complet du personnel concerné comprenant notamment, pour chacun des salariés, le salaire annuel brut et la situation de famille.

Article 15.3.2

Déclarations

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le salarié servent de base à la garantie.

L'organisme recommandé pour la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

Article 15.3.3

Paiement des cotisations

L'entreprise adhérente tient à la disposition de l'organisme recommandé pour la gestion toutes pièces comptables de nature à justifier les éléments servant de base tant au calcul des cotisations qu'au calcul des prestations.

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions du présent accord. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. Le paiement doit être effectué dans les 10 premiers jours du trimestre civil suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues.

Les régularisations éventuelles sont effectuées à la fin de chaque année. Les versements sont opérés par chèque bancaire ou par virement. L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

A défaut des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'organisme recommandé pour la gestion envoie à l'adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, le gestionnaire peut engager une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

Article 16

Modalités d'adhésion et de mutualisation

Article 16.1

Organismes recommandés

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties capital décès, allocation obsèques et frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est l'institution de prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale : Humanis Prévoyance (institution membre d'ADEIS), dont le siège social est 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris.

Humanis Prévoyance est choisi par les partenaires sociaux pour procéder à l'appel des cotisations relatives au fonds de solidarité de la branche définies à l'article 20, y compris auprès des entreprises non adhérentes au présent régime.

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties rente éducation et rente handicap est l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale : OCIRP, 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

Concernant la gestion de ces deux garanties, l'OCIRP en délègue la charge à Humanis Prévoyance.

Article 16.2

Modalités d'adhésion

Les entreprises concernées qui désirent rejoindre le régime conventionnel pour bénéficier de la mutualisation peuvent demander leur adhésion auprès d'Humanis Prévoyance dans les conditions tarifaires prévues à l'article 15.

Toute demande d'adhésion formulée au-delà de l'extension du présent avenant pourra faire l'objet d'une cotisation supplémentaire temporaire correspondant à la tarification des risques en cours pour les salariés en arrêt de travail à la date d'adhésion de l'entreprise.

Article 16.3

Conditions de réexamen de la mutualisation

Le choix des organismes recommandés peut être modifié par la commission de gestion paritaire, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1^{er} janvier, après notification aux organismes recommandés par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Par ailleurs, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder au réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 5 ans à partir de l'extension du présent avenant.

Article 16.4

Risques en cours à la date d'effet du régime

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties dans l'entreprise :

- s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale sans être couverts auprès d'un précédent assureur pour des garanties décès similaires à celle du présent régime, les organismes recommandés prendront en charge la couverture des garanties décès concernées, et ce dans les conditions prévues au titre du présent régime ;
- s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale tout en bénéficiant d'un maintien de garanties décès auprès d'un précédent assureur mais pour des prestations inférieures à celles prévues par le présent régime, les organismes recommandés prendront en charge le versement du différentiel entre les prestations du présent régime et celles maintenues par le précédent assureur.

Ces dispositions ne seront accordées qu'aux entreprises qui adhéreront au présent régime au plus tard à la date du 1^{er} avril 2015.

Au-delà de cette date, la prise en compte des garanties décès au titre des arrêts de travail en cours sera conditionnée au règlement par l'entreprise d'une cotisation spécifique correspondant à la couverture de ces risques, calculée par les organismes recommandés.

Les indemnités accordées au titre des risques en cours seront accordées à effet du jour de l'adhésion de l'entreprise au régime et seront maintenues au travers d'un fonds spécifique réservé à cet usage. L'organisme recommandé étudiera l'impact de ce maintien et, à l'issue des premières années de gestion du présent régime, présentera à la commission paritaire de gestion les impacts financiers de ces reprises d'encours.

Article 17

Commission de gestion paritaire

Il est institué au sein de la profession une commission de gestion paritaire du régime de prévoyance composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative des salariés et autant de membres représentant la direction des entreprises ou personnes mandatées par ces dernières, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La présidence de cette commission et la fonction de secrétaire sont assurées par le président de la commission sociale de la FEDEREC ou par un représentant désigné par lui pour le remplacer.

Article 17.1

Rôle de la commission de gestion paritaire

La commission paritaire a pour rôle :

- l'application et l'interprétation du « régime de prévoyance » et du « protocole de gestion » ;
- l'étude de l'évolution du régime de prévoyance et des modifications éventuelles de garanties ;
- l'examen des comptes de résultats et le bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix de l'organisme paritaire recommandé ;
- la négociation avec l'organisme paritaire recommandé, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude des cas sociaux difficiles ;
- l'étude d'accès des entreprises (adhérentes ou non à la branche professionnelle) ;
- l'étude des statistiques demandées à l'organisme recommandé pour la gestion ;

- la décision d'affectation des coûts d'étude pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- le suivi des actions sociales mises en œuvre par l'organisme paritaire recommandé.

Pour toutes ces tâches, la commission de gestion paritaire ou l'un de ses représentants syndicaux peut demander l'aide d'un expert extérieur qui sera financé dans les conditions déterminées par le protocole de gestion du régime.

Article 17.2

Réunions

La commission paritaire se réunit au minimum une fois par an, sur convocation du président ou à la demande des organisations syndicales signataires de l'accord, les décisions se prenant à la majorité des voix.

Article 17.3

Association de gestion sociale

Les partenaires sociaux ont décidé la création d'une association loi de 1901 de gestion du régime de prévoyance de la convention collective des industries et commerces de la récupération et du recyclage dénommée AGEPREC.

Cette association a pour objet :

- de gérer, par délégation, les fonds mis à disposition de la commission de gestion paritaire prévue à l'article 19 en procédant notamment aux remboursements des frais (fonctionnement, déplacements, réunions, communication, contrôle et pilotage technique du régime de prévoyance...) engagés par cette commission ou ses membres dans le cadre de leurs missions conventionnelles selon le protocole de gestion du régime ;
- de mener une politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salariés de la branche dans les conditions déterminées à l'article 18 ;
- de mener des campagnes de prévention en matière de santé ou d'amélioration des conditions de travail auprès des salariés ou entreprises de la branche dans les conditions déterminées par l'article 18.

Les membres de cette association sont les syndicats employeurs et salariés signataires du présent avenant. Une convention est conclue entre cette association et l'organisme assureur en charge de la gestion du régime de prévoyance.

Article 18

Fonds de solidarité de la branche

Les organismes recommandés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Au-delà, un fonds de solidarité spécifique à la branche est piloté par l'association de gestion sociale AGEPREC définie à l'article 17.

Son objectif est de permettre :

- le bénéfice des garanties santé à titre gratuit pour les salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute (comme définie au sein de l'article 3) ;
- le bénéfice de conditions tarifaires privilégiées pour les anciens salariés bénéficiaires de la structure d'accueil au titre de la loi Evin en santé ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé

futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés. Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;

- la prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

Un règlement est établi entre l'organisme gestionnaire du régime et l'AGEPREC afin de déterminer notamment les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidées par les partenaires sociaux de la branche.

Le fonds de solidarité est financé :

- par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies à l'article 15 versées par les entreprises, entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi les organismes assureurs recommandés ;
- par un prélèvement annuel de 2 % sur les cotisations annuelles qui aurait dues être versées à l'organisme recommandé par les entreprises qui n'adhéreraient pas à l'organisme recommandé par la branche à l'article 16.1 du présent accord.

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultat, sur décision annuelle de la commission paritaire de pilotage en concertation avec l'organisme assureur recommandé.

Article 19

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée de 1 an à compter de son entrée en vigueur et se renouvellera ensuite par tacite reconduction, sous réserve des modalités de dénonciation et révision figurant à l'article 20 ci-dessous.

Article 20

Modalités de dénonciation et de révision

Chacune des parties signataires a la faculté de dénoncer ou solliciter la révision totale ou partielle du présent avenant à condition de le notifier 3 mois avant l'expiration annuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisme signataire.

Cette lettre devra définir les motifs de la dénonciation ou révision et, dans ce dernier cas, joindre un projet de modification de tout ou partie du présent avenant.

L'avenant dénoncé conserve son plein effet jusqu'à la conclusion éventuelle d'un nouveau texte.

La révision des cotisations est annuelle en fonction des résultats comptables des garanties après décision de la commission sociale paritaire en accord avec l'organisme gestionnaire.

Article 21

Formalités administratives

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités de dépôt.

Sous réserve, en application des dispositions transitoires de la loi n° 2008-789 du 20 août 2008, de l'absence d'opposition de la majorité en nombre des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, le présent avenant fera l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} avril 2015.

Fait à Marcq-en-Barœul, le 9 décembre 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FEDEREC.

Syndicats de salariés :

FGMM CFDT ;

CFTC FGT SNED ;

CGT-FO ;

CFE-CGC.