

Convention Collective Nationale de l'esthétique-cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie du 24 juin 2011 (IDCC 3032)

Sommaire

Accord du 7 octobre 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé	3
Préambule	4
Article 1. Champ d'application du régime de complémentaire santé	4
Article 2. Adhésion du salarié	5
Article 2.1. Salariés bénéficiaires	5
Article 2.2. Non adhésion du salarié	5
Article 3. Amélioration de la couverture frais de santé	6
Article 3.1. Démarche du salarié	6
Article 3.2. Démarche de l'entreprise	7
Article 4. Application stricte des garanties prévues à la convention	7
Article 5. Extension de la garantie frais de santé aux ayants droit du salarié	7
Article 6. Tableau des garanties	8
Article 7. Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle	10
Article 8. Cotisations	10
Article 8.1. Structure de la cotisation	10
Article 8.2. Assiette de cotisation	11
Article 8.3. Régime de base obligatoire	11
Article 8.4. Régimes optionnels	12

Article 8.5. Régime facultatif des ayants droit	13
Article 9. Conditions de cessation des garanties	14
Article 10. Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail	14
Article 10.1. Article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989	14
Article 10.2. Mise en œuvre de la portabilité	15
Article 11. Conditions de suspension des garanties	15
Article 12. Convention d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé	16
Article 13. Haut degré de solidarité	16
Article 13.1. Droits non contributifs	16
Article 13.2. Action sociale et prévention	17
Article 14. Financement du paritarisme	17
Article 15. Information des salariés	17
Article 16. Comité paritaire de suivi	18
Article 17. Modalités d'application	19
II . Recommandation	19
III . Entrée en vigueur – Formalités de dépôt	23

Accord du 7 octobre 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

ENTRE :

La Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté, 64 rue de la briquetterie - 17000 La Rochelle

La Fédération Internationale des Ecoles Professionnelles de la Parfumerie, de l'Esthétique et de la Cosmétique, 22 rue André Devaud - 19100 Brive la Gaillarde

L'Union Nationale des Instituts de Beauté, 21 quai Tilsitt – 69002 Lyon

D'une part,

Et les organisations syndicales suivantes :

La Fédération des Services CFDT, 14 Rue de Scandicci, Tour Essor - 93508 Pantin Cedex

La Fédération CFE-CGC FNECS, 9 rue de Rocroy – 75010 Paris

La Fédération CSFV-CFTC commerces, services, forces de vente, 34, Quai de la Loire - 75019 Paris

La Fédération CGT du commerce, distribution et des services, 263 Rue de Paris - Case 425 - 93514 Montreuil Cedex

La Fédération FGTA-FO, 7 Passage Tenaille - 75680 Paris cedex 14

La Fédération Commerces et services UNSA, 21 rue Jules Ferry - 93177 Bagnolet Cedex

D'autre part.

Il a été décidé ce qui suit :

Préambule

Conformément à la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux ont souhaité instaurer un régime national de couverture complémentaire des frais de santé pour les salariés des entreprises adhérentes de la Convention Collective Nationale de l'esthétique-cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie du 24 juin 2011.

Les partenaires sociaux ont fait le choix de recommander un organisme assurantiel. Pour ce faire, une procédure de mise en concurrence a été mise en œuvre.

L'accord du 7 octobre 2015 définit les garanties minimales de remboursement des frais de santé obligatoires pour les salariés des entreprises adhérentes de la Convention Collective Nationale du 24 juin 2011.

Les dispositions du présent texte répondent aux objectifs suivants :

- > Permettre aux salariés des entreprises adhérentes l'accès à des garanties de protection complémentaire frais de santé ;
- > Mutualiser, au niveau professionnel, les risques maladie, maternité et accident et les frais qui peuvent en découler afin de faciliter la mise en place de telles garanties au niveau des entreprises adhérentes et ce, sans considération notamment de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés ;
- > Offrir aux salariés une garantie de prestations présentant un degré élevé de solidarité en ajoutant aux garanties des droits non contributifs, la création d'un fonds social dédié et la mise en place d'actions de prévention;

Cet accord, n'ayant pas un caractère contraignant, les entreprises auront le choix de se placer dans le cadre de la recommandation, ou de faire appel à un autre prestataire. Seul le niveau des garanties minimales de couverture des frais de santé telles que définies ci-après ainsi que tous les avantages liés au haut degré de solidarité ci-dessus énumérées s'imposent aux entreprises par cet accord.

Article 1. Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent régime s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente Convention Collective Nationale de l'esthétique-cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie du 24 juin 2011 pour les frais de santé engagés à compter de l'entrée en vigueur du présent régime et sa mise en place dans l'entreprise.

Article 2. Adhésion du salarié

Article 2.1. Salariés bénéficiaires

Sont bénéficiaires du présent accord les salariés titulaires d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature, liés par un contrat de travail non suspendu et inscrits à l'effectif de l'entreprise.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu bénéficient du régime dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur.

En cas de suspension du contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou un congé paternité, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période.

En sus des droits pendant la période du contrat de travail, il existe un droit dit de « portabilité ». Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de l'ANI modifié, et devra être mis en œuvre dans les conditions déterminées par les dispositions interprofessionnelles.

Les mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la Sécurité sociale peuvent bénéficier du régime.

Article 2.2. Non adhésion du salarié

Pour les salariés les cas de non adhésion individuelle possibles seront limités aux cas suivants:

- > les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- > Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- > Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation, y compris la cotisation due au titre des garanties de prévoyance lourde, au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- > Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- > Les salariés 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. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;

- > Les salariés bénéficiant, en qualité de salarié ou d'ayants droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire à condition que le dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;

Les salariés doivent formuler leur demande de non affiliation par écrit, auprès de leur employeur, dans les quinze jours qui suivent la mise en place du régime, leur embauche ou leur passage à temps partiel. Selon les cas, ils doivent produire, dans le même délai, et par la suite tous les ans avant le 1^{er} février, un document justifiant de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs en matière de remboursements de frais de santé répondant aux conditions ci-dessus précisées.

Cet écrit est le résultat d'une demande éclairée du salarié qui doit avoir été clairement informé de ses droits et obligations au titre du présent régime et notamment du fait qu'en n'adhérant pas au régime collectif et obligatoire en vigueur au sein de la branche, il ne peut bénéficier :

- > de l'avantage attaché à la cotisation patronale finançant ledit régime;
- > du maintien de la garantie dans les conditions définies par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, 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 ;
- > de la possibilité de contracter à titre individuel la même garantie avec une cotisation ne pouvant dépasser de plus de 50% celle applicable aux actifs, en cas d'invalidité, de départ à la retraite, de chômage au-delà de la période couverte par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser au régime

- > s'ils ne formulent pas leur demande de non affiliation dans les délais et conditions prévus au présent article,
- > s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés au cas par cas.

Article 3. Amélioration de la couverture frais de santé

Article 3.1. Démarche du salarié

Au-delà du régime obligatoire, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme assurantiel à un régime de garantie frais de santé plus favorable.

A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix « Option 1 responsable », « Option 2 responsable » et « Option 3 non responsable ».

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier.

Article 3.2. Démarche de l'entreprise

Le présent accord prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle minimal qui peut être amélioré par la négociation locale. Le présent accord ne saurait en tant que tel remettre en cause de plein droit les dispositions résultant d'accords d'entreprise ou d'établissement négociés localement et plus favorables.

Le caractère plus favorable des garanties collectives mises en place dans une entreprise s'apprécie séparément pour chaque garantie en couverture santé.

La mise en place de garanties plus favorables suppose un acte écrit conforme aux exigences de l'article L.912-2 du code de la Sécurité sociale et dans lequel certaines clauses sont prohibées en vertu de l'article L.912-3. Cet acte doit résulter soit d'un accord collectif conclu en vertu des articles L.2221-1 du code du travail, soit d'un référendum, l'accord n'étant effectif qu'avec un vote favorable de 50 % des effectifs et pas seulement des votants, soit d'une décision unilatérale de l'employeur précédée de la consultation du comité d'entreprise, à défaut, des délégués du personnel. Quels que soient le ou les organismes retenus pour gérer les garanties collectives, il doit respecter toutes les contraintes définies dans le cadre du haut degré de solidarité.

L'acte fondateur de ces garanties détermine notamment le montant de la cotisation totale et sa répartition. La quote-part salariale ne peut excéder celle prévue par le présent texte à identité de prestations sauf en cas de négociations et accord avec les salariés.

Article 4. Application stricte des garanties prévues à la convention

Les entreprises ayant choisi pour la stricte application du présent dispositif conventionnel un autre organisme assureur que celui (ou ceux) recommandé(s) doivent tout mettre en œuvre pour que soit respectée pleinement l'exigence d'application intégrale du dispositif conventionnel. À cet effet, le contrat d'assurance devra expressément faire référence à l'accord du 7 octobre 2015 de la Convention Collective. Si la cotisation totale prévue par le contrat d'assurance conclu avec un organisme autre que celui (ou ceux) recommandé(s) est supérieure à celle figurant article 8 pour des garanties strictement identiques, la part supplémentaire est entièrement due par l'employeur.

Les entreprises ayant mis en place des garanties de remboursement de frais de santé antérieurement à l'entrée en vigueur du présent texte doivent les adapter pour les rendre au moins égales.

Article 5. Extension de la garantie frais de santé aux ayants droit du salarié

Peuvent adhérer au régime à titre facultatif en réglant leur cotisation les ayants droit adulte ou enfant.

- > Est considéré comme ayant droit, le conjoint au sens de la législation de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié (marié, union libre ou Pacs) et ne relevant pas d'un régime obligatoire de Sécurité sociale à un autre titre ;

- > Sont considérés comme ayants droit, les enfants à charge, c'est-à-dire les enfants ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale, nés de l'assuré et âgés de moins de 18 ans.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties 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 assureur de la demande d'extension si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié. Elle doit être payée à l'organisme assureur.

Article 6. Tableau des garanties

Les prestations qui incluent le remboursement de la Sécurité sociale ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du salarié ou des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Les garanties sont exprimées en remboursements de la Sécurité sociale inclus et sont présentées dans les tableaux suivants selon quatre niveaux de remboursements :

- > régime de base obligatoire ;
- > option 1,
- > option 2,
- > option 3

y compris remboursement SS	Base	Option 1 Responsable	Option 2 Responsable	Option 3 Non responsable
SOINS				
Consultations, visites : généralistes	100% BR	125% BR**	200% BR**	FR plafonnés à 50€
Consultations, visites : spécialistes	100% BR	125% BR**	200% BR**	FR plafonnés à 100€
Actes de spécialité	100% BR	125% BR**	200% BR**	200% BR**
Auxiliaires médicaux (*)	100% BR	125% BR	200% BR	200% BR
Soins Infirmiers	100% BR	125% BR	200% BR	200% BR

y compris remboursement SS	Base	Option 1 Responsable	Option 2 Responsable	Option 3 Non responsable
Actes d'Imagerie, d'échographie - doppler	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR
Analyses / Frais de laboratoire	100% BR	125% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie (toutes vignettes)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de prévention prévus par l'article R871-2 du code de la SS	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
Honoraires	100% BR	125% BR**	200% BR**	FR
Frais de séjour	100% BR	125% BR	400% BR	400% BR
Forfait journalier d'hospitalisation	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait pour tout acte > 120 €	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de transport en ambulance	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière	25 € par jour	30 € par jour	50 € par jour	50 € par jour
Lit d'accompagnant enfant mineur	25 € par jour	30 € par jour	50 € par jour	50 € par jour
OPTIQUE				
Limité à un équipement - monture + verres - tous les 2 ans par bénéficiaire, et ramené à équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans et en cas d'évolution de la vue (de 0,25 dioptries)				
Monture	100 €	100 €	120 €	200 €
Verres unifocaux (-6,00 ≤ Sphère ≤ +6,00 et Cylindre ≤ +4,00 dioptries)	275 €	350 €	350 €	350 €
Verres unifocaux (Sphère < +6,00 ou Cylindre > +4,00 dioptries)	275 €	350 €	350 €	350 €
Verres multifocaux	500 €	600 €	600 €	600 €
Lentilles non remboursées SS /an /bénéf	100 €	150 €	200 €	300 €
Lentilles acceptées par la SS /an /bénéf	150 €	150 €	150 €	150 €
Chirurgie réfractrice de l'œil /an /bénéf	175 € par œil	300 € par œil	500 € par œil	500 € par œil
DENTAIRE				
Soins dentaires	165% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS : dents visibles autres dents	165% BR	350% BR	400% BR	500% BR
Orthodontie acceptée par la SS	165% BR	350% BR	400% BR	400% BR
Orthodontie non acceptée par la SS	165% BR	350% BR	400% BR	400% BR
Implants dentaires /an /bénéf	400 €	800 €	1 000 €	1 000 €
CURES ET DIVERS				
Prothèses auditives remboursées par la SS	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR

y compris remboursement SS	Base	Option 1 Responsable	Option 2 Responsable	Option 3 Non responsable
Appareillages (orthèses, simulateurs cardiaques, fauteuils roulants....)	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR
Médecine douce	120 €	120 €	160 €	160 €
ASSISTANCE				

(*) Auxiliaires médicaux : professions définies au livre III du code de la santé publique

(**) 20% de plus pour les praticiens signataires du CAS

Le régime de base, l'option 1 et l'option 2 respectent les exigences posées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets pris pour son application.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la Commission nationale paritaire de négociation et le ou les assureurs recommandés.

Article 7. 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 et les prestations servies par le régime complémentaire 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.

Article 8. Cotisations

Article 8.1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « adulte ».

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié, et donc allant au-delà du régime de base obligatoire déterminé par le présent accord, est à la charge exclusive de ce

dernier, sauf dispositif plus favorable mis en place au niveau des entreprises.

Parallèlement, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec l'assureur recommandé ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

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

En cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail (licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD...) au cours d'un mois civil, la totalité de la cotisation du mois au cours duquel l'embauche ou la rupture est intervenue est due.

Article 8.2. Assiette de cotisation

Les prestations sont assurées en contrepartie du paiement, pour chaque entreprise, d'une cotisation trimestrielle.

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la Sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié par voie réglementaire.

Article 8.3. Régime de base obligatoire

La charge de cotisation du régime de base obligatoire doit être répartie comme suit :

- 50% pour l'employeur ;
- 50% pour le salarié.

Ces taux de cotisations intègrent le coût de la portabilité.

Taux de cotisations pour le régime général :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux de cotisation est de 1,02% du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit un montant de 32,33€ en 2015

Taux de cotisations pour le régime local :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux de cotisation est de 0,59% du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit un montant de 18,70€ en 2015

Les taux de cotisation sont maintenus pour trois ans à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 8.4. Régimes optionnels

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale cumulé au taux de cotisation du régime de base :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
Option 1	Salarié	0,47% PMSS (soit 14,90€ en 2015)
Option 2	Salarié	0,71% PMSS (soit 22,51€ en 2015)
Option 3	Salarié	1,08% PMSS (soit 34,24€ en 2015)

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale cumulé au taux de cotisation du régime de base :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
Option 1	Salarié	0,47% PMSS (soit 14,90€ en 2015)
Option 2	Salarié	0,71% PMSS (soit 22,51€ en 2015)
Option 3	Salarié	1,08% PMSS (soit 34,24€ en 2015)

Article 8.5. Régime facultatif des ayants droit

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale:

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
Régime de base	Conjoint facultatif	0,87% PMSS (soit 27,58€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,67% PMSS (soit 21,24€ en 2015)
Option 1	Conjoint facultatif	0,41% PMSS (soit 13,00€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,27% PMSS (soit 8,56€ en 2015)
Option 2	Conjoint facultatif	0,63% PMSS (soit 19,97€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,42% PMSS (soit 13,31€ en 2015)
Option 3	Conjoint facultatif	0,94% PMSS (soit 29,80€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,70% PMSS (soit 22,19€ en 2015)

* Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale:

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
Régime de base	Conjoint facultatif	0,51% PMSS (soit 16,17€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,39% PMSS (soit 12,36€ en 2015)
Option 1	Conjoint facultatif	0,41% PMSS (soit 13,00€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,27% PMSS (soit 8,56€ en 2015)
Option 2	Conjoint facultatif	0,63% PMSS (soit 19,97€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,42% PMSS (soit 13,31€ en 2015)
Option 3	Conjoint facultatif	0,94% PMSS (soit 29,80€ en 2015)
	Enfant facultatif*	0,70% PMSS (soit 22,19€ en 2015)

* Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

Article 9. Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent en cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin et dans le cadre du dispositif du maintien des garanties prévues par l'article L911.8 du code de la Sécurité sociale.

Forclusion :

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations du gestionnaire, sauf cas de force majeure ou cas fortuit ou si le gestionnaire ne subit pas de préjudice.

Prescription :

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime notamment les demandes de prestations sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, à l'article L 221-11 du code de la Mutualité ou au code des assurances.

Article 10. Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail

Article 10.1. Article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin », la couverture « frais de santé » est maintenue au profit des anciens participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Le tarif applicable aux personnes visées par le présent article ne peut être supérieur de plus de 50 % au tarif applicable aux salariés. L'organisme assureur justifie que le tarif appliqué à ces personnes n'excède pas la réalité du risque de cette population.

La couverture « frais de santé » est maintenue sans contrepartie de cotisations au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Article 10.2. Mise en œuvre de la portabilité

Les salariés participants au régime bénéficient du maintien à titre gratuit du bénéfice 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, sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour bénéficier du dispositif de la portabilité :

- > les droits à remboursements complémentaires doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Autrement dit, le dispositif de portabilité ne concerne que les salariés participants bénéficiaires du régime au moment de la cessation de leur contrat de travail ;
- > l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ;
- > l'ancien salarié participant doit fournir à l'organisme assureur, un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que son organisme assureur en fera la demande.

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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail du participant ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

La cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des régimes fait cesser le maintien. L'ancien salarié participant est donc tenu d'informer l'organisme assureur de tout changement dans sa situation.

Article 11. 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 en vigueur 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, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde non visés dans les dispositions précédentes (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Toutefois, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (part salariale plus part patronale).

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, sous réserve que l'organisme assureur 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 assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

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

Article 12. Convention d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans la Convention d'assurance conclue entre les signataires du présent accord et les organismes recommandés ci-après.

Article 13. Haut degré de solidarité

Les partenaires sociaux souhaitent attribuer 2% de la cotisation à ce poste. La branche gèrera chaque année l'affectation de ces 2%.

Article 13.1. Droits non contributifs

Enfant en situation de handicap

Si un adhérent est parent d'un enfant en situation de handicap ce dernier sera pris en charge par le régime gratuitement quel que soit son âge et dans les mêmes conditions que l'adhérent lui-même. (Même souscription d'option).

Invalidité

Les invalides qui sont devenus invalides de deuxième ou troisième catégorie alors qu'ils bénéficiaient du régime en tant que salarié peuvent continuer à en bénéficier en acquittant une cotisation réduite de 50%.

Article 13.2. Action sociale et prévention

L'action sociale est concrétisée par l'attribution d'une aide financière aux salariés de la branche au vu d'une situation exceptionnelle. Les modalités de mise en œuvre de l'action sociale font l'objet d'un règlement intérieur annexé au présent accord. L'action conduite tient compte, par souci d'efficacité, de celle menée par la caisse ARRCO dont relève l'entreprise.

La politique de prévention fait l'objet d'un travail périodique des partenaires sociaux dans le cadre des commissions paritaires. Elle se matérialise par un plan d'action prévu ab initio et suivi. Celui-ci concerne les actions conduites en vue d'améliorer les taux de fréquence et de gravité de la sinistralité en ce qui concerne les pathologies qui, sans être des maladies professionnelles, sont en liaison avec les conditions de travail dans la branche ; elles visent notamment à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Le plan de prévention peut aussi s'assigner comme objectif l'amélioration de l'état de santé en général. Un rapport est établi avec la collaboration technique de l'organisme ou des organismes recommandés relatif à la réalisation du plan de prévention. Les conclusions de ce rapport servent à définir les nouveaux plans.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'action sociale et de prévention définies par une liste établie par la Commission paritaire.

Article 14. Financement du paritarisme

L'organisme assurantiel ayant accepté un financement du paritarisme à hauteur de 1,5% des cotisations, la branche aura à organiser la gestion de ce financement.

Article 15. Information des salariés

Conformément aux dispositions des articles L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, L.141-4 du Code des Assurances et L.221-6 du Code de la mutualité, l'organisme assureur remet à l'entreprise une notice d'information.

La notice d'information est détaillée. Elle définit les garanties prévues par le contrat, leurs conditions d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre, les clauses édictant des nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. La notice d'information décrit également les modalités de financement (taux et assiette des cotisations patronales et salariales) et les sanctions du non-paiement des primes ou des cotisations.

L'organisme assureur ne peut se limiter à la simple remise d'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, l'organisme assureur remet à l'entreprise, trois mois au moins avant la date de leur entrée en vigueur, une nouvelle notice d'information.

Les entreprises transmettent un exemplaire de cette notice d'information, à chaque salarié assuré et à tout nouvel embauché.

Les salariés sont informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toutes modifications de leurs droits et obligations.

Article 16. Comité paritaire de suivi

Il sera créé au cours de l'année suivant la mise en place du régime frais de santé un comité paritaire de suivi de l'accord composé d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires, représentatives tant des salariés que des employeurs de la branche. Le comité désignera en son sein un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des salariés, l'autre aux représentants des employeurs.

Il se réunit autant que de besoin, et au moins une fois par an. À cette occasion, il étudie, notamment, l'évolution du régime. Pour ce faire, il peut solliciter l'assistance d'un actuaire-conseil.

Chaque organisme assureur fournit annuellement, au plus tard au 31 août, à son cocontractant un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90.769 du 30 août 1990. A l'occasion de ce rapport est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs. Ce rapport doit être accompagné d'informations précises relatives au nombre de sinistres et aux prestations versées.

En fonction des constats et au regard notamment du rapport ainsi transmis par l'organisme assureur recommandé, le comité de suivi peut proposer l'aménagement des dispositions du contrat frais de santé.

Le comité de suivi sera également chargé d'instruire et d'arbitrer tout litige ou difficulté d'interprétation intervenant dans l'application du régime.

Au moins tous les 5 ans en application de la législation sur les recommandations, et à chaque fois qu'une insatisfaction majeure le nécessitera le comité de suivi se posera la question de savoir s'il veut conserver l'organisme assureur recommandé, et si non une nouvelle négociation ou une nouvelle procédure de mise en concurrence sera envisagée.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions de la Convention d'assurance.

Missions

Le Comité Paritaire de suivi a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de protection sociale complémentaire institué par le présent article :

- application et interprétation des dispositions conventionnelles ;
- instruire et trancher tout litige ou difficultés d'interprétations survenant dans l'application du régime et conciliation ;
- examen des comptes de résultats détaillés du régime, fournis par l'organisme ou les organismes assureurs recommandés;
- contrôle des opérations administratives et financières ;

- propositions d'ajustements, d'aménagements et d'améliorations des dispositions du régime ;
- définition des orientations relatives à la politique d'action sociale. A cet effet, elle peut constituer un comité de gestion composé paritairement ;
- définition des orientations relatives à la politique de prévention ;
- promotion du régime en collaboration avec les parties prenantes au régime ;
- suivi de l'application de l'accord et de la conformité des contrats des entreprises.

Article 17. Modalités d'application

Les modalités d'application du présent accord sont déclinées dans une annexe. Celle-ci en fait partie intégrante et ne saurait donc matérialiser un accord thématique autonome. La révision de son contenu est donc soumise aux règles définies à l'article III du présent accord.

II . Recommandation

A la suite d'une procédure d'avis d'appel à la concurrence, les partenaires sociaux recommandent, en qualité d'organisme assureur du régime : APICIL Prévoyance, 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire.

Cet organisme propose un contrat conforme aux dispositions de l'accord du 7 octobre 2015. L'adhésion des entreprises à ce contrat permet la mutualisation des risques au niveau de la branche par l'application d'un tarif unique à l'ensemble des entreprises et l'accès au fonds de mutualisation destiné à financer les actions de prévention et l'action sociale destinées à l'ensemble des salariés de la branche et pour les salariés, ou anciens salariés des entreprises assurées chez l'organisme recommandé, la mutualisation des fonds destinés au financement partiel ou total de cotisations pour certaines prestations.

Conformément aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale, cet ou ces organismes ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention Collective de l'esthétique-cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie.

Le choix de l'organisme recommandé fait l'objet d'un réexamen par les partenaires sociaux au plus tard tous les 5 ans.

Les partenaires sociaux se réunissent au plus tard six mois avant l'expiration du délai de cinq ans. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, l'organisme ou les organismes assureurs recommandés présentent dans un rapport consolidant sur la période de 5 ans considérée les rapports et informations relatifs au suivi du régime, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des 5 années précédentes, ainsi que les conditions de mise en œuvre des droits non contributifs.

Fait à Paris, le 7 octobre 2015

Suivent les signataires des organisations ci-après :

**Les organisations syndicales
d'employeurs de la branche :**

CNAIB

FIEPPEC

UNIB

**Les organisations syndicales
représentatives des salariés
de la branche :**

CFDT des services

CFE- CGC FNECS

**CGT Commerces, distribution
et services**

CSFV/CFTC

FGTA-FO

UNSA FCS

III . Entrée en vigueur – Formalités de dépôt

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt requises par la loi et de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail et de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux signataires du présent accord ont décidé d'un commun accord que cet accord pourra à tout moment être révisé ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2261-7, L. 2261-8 et L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail, sans, pour autant, emporter dénonciation des autres dispositions de la convention collective nationale du 24 juin 2011 étendue.

La demande de révision peut intervenir à tout moment, à l'initiative de l'une des parties signataires. Elle doit être notifiée, par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

De nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 6 mois.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prendra effet le 1er janvier 2016 ou le premier jour du trimestre civil qui suit la date de publication de l'arrêté d'extension au Journal officiel si celle-ci intervient après le 1er octobre 2015

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 7 octobre 2015

Suivent les signataires des organisations ci-après :

**Les organisations syndicales
d'employeurs de la branche :**

**Les organisations syndicales
représentatives des salariés
de la branche :**

CNAIB

CFDT des services

FIEPPEC

CFE-CGC FNECS

UNIB

**CGT Commerces, distribution
et services**

CSFV/CFTC

FGTA-FO

UNSA FCS

