

**ACCORD RELATIF A UN REGIME DE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE DANS
LA BRANCHE DES INDUSTRIES ET DES COMMERCES EN GROS DES VINS,
CIDRES, SPIRITUEUX, SIROPS, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES
DU 1^{ER} AVRIL 2015**

SOMMAIRE :

Préambule

Article 1 – Champ d’application et adhésion

Article 2 – Degré élevé de solidarité

Article 3 – Gestion du régime

Article 4 – Bénéficiaires

Article 5 – Garanties Frais de santé

Article 6 – Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 7 – Maintien des garanties ouvrant droit à portabilité

Article 8 – Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires

Article 9 – Comité paritaire de suivi du régime

Article 10 – Durée et entrée en vigueur

Article 11 – Révision

Article 12 – Dénonciation de l’accord

Article 13 – Dépôt et extension

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses ont élaboré, négocié et conclu un accord instituant principalement un régime obligatoire de remboursement des frais de santé afin d’apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

Concomitamment, il a été également conclu un accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

En effet, il est apparu essentiel aux partenaires sociaux de :

- instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif ;
- rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l’égard des actuels et futurs collaborateurs ;

- faciliter l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'organismes assureurs recommandés après une procédure de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance en 2014, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats.

C'est ainsi que les partenaires sociaux ont procédé à l'appel d'offres auprès d'organismes assureurs sur la base d'un cahier des charges, établi en concertation.

Bien évidemment, au-delà de ces régimes de base obligatoires, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles instituées par le présent accord.

Enfin, les partenaires sociaux, analyseront les informations transmises au Comité de suivi du régime, et se réuniront afin d'envisager la création d'un régime de frais de santé pour les anciens salariés retraités, qui bénéficiaient avant le terme de leur contrat de travail du régime des salariés actifs.

Article 1 – Champ d'application et adhésion

Le présent accord s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969 et remplace l'accord du 14 Février 2003 en vigueur à la date de signature du présent accord, et ne peut être la cause de dispositions moins favorables tant en matière de garanties que de répartition des cotisations entre employeurs et salariés.

Il est préconisé aux entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale, d'adhérer à un organisme assureur recommandé par la branche, et d'y affilier la totalité de leurs salariés.

Les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, ont la possibilité de ne pas adhérer au régime recommandé par la branche, dès lors que les garanties assurées couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord.

Enfin, les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, mais dont les garanties assurées ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord, devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause, le choix de l'organisme assureur incombe à l'employeur, qui recueille préalablement l'avis des représentants du personnel lorsqu'ils existent. L'organisme choisi par l'entreprise assure la collecte des cotisations et le versement des prestations correspondant au moins aux dispositions prévues par le présent accord.

Article 2 – Degré élevé de solidarité

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire relatif au remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif, responsable et solidaire.

Ce régime a pour vocation de permettre aux entreprises, au travers d'un degré élevé de solidarité de bénéficier d'actions et d'outils à caractère non contributif pour les entreprises et les salariés relevant de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons Diverses.

La Commission Sociale Paritaire a décidé de constituer un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche et géré par les organismes d'assurance recommandés.

Ce fonds d'actions sociales est commun au régime de complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, et au régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Son financement annuel est assuré par une part égale à 2% des cotisations versées au titre de l'année et à 5% des résultats créditeurs des régimes de prévoyance et de complémentaire frais de santé de la branche. Il permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la Commission Sociale Paritaire, dans la limite du montant disponible du fonds d'actions sociales.

Ce financement annuel incombe également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, et ayant choisi d'adhérer à un organisme assureur autre que ceux co-recommandés. Ces entreprises verseront cette part des cotisations à leur organisme qui la reversera aux organismes co-recommandés. Cela doit donc permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la Branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons Diverses, de bénéficier du fonds d'actions sociales.

La Commission Sociale Paritaire en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel sur les comptes des régimes de branche, et vérifie que la mise en œuvre par les

organismes d'assurances auprès desquels le fonds a été placé en gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

La Commission Sociale Paritaire a décidé que le fonds d'actions sociales assurerait le financement :

- Des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;
- D'un forfait de sevrage alcoolique par bénéficiaire, permettant le remboursement total ou partiel du coût non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- Des prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - o Soit à titre individuel, l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés et ayants droit ;
 - o Soit à titre collectif, pour les salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Il doit être constitué, au sein du régime, un observatoire de la santé au travail, permettant plus aisément aux entreprises de se situer dans l'environnement de la branche.

Par ailleurs, les partenaires sociaux et les organismes co-recommandés mettent en œuvre tout type d'actions de prévention collective accessibles aux salariés et aux entreprises ayant adhéré à l'un des organismes co-recommandés par la branche. Pour se faire, il sera fait appel aux organismes co-recommandés qui useront de leur propre fonds d'actions sociales déjà constitué.

Tout comme les actions mises en œuvre au travers du fonds d'actions sociales dédié à la branche, ces actions de prévention pourront notamment porter sur les dépendances et la perte d'autonomie y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Par ailleurs, une sensibilisation sur la thématique du handicap à destination des employeurs et des salariés sera proposée chaque année par les organismes assureurs.

Article 3 – Gestion du régime

Article 3.1 - Les organismes co-recommandés

La procédure de mise en concurrence mise en œuvre conformément aux articles D. 912-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale a permis à la Commission Sociale Paritaire de procéder à la co-recommandation de plusieurs organismes d'assurance pour une durée de cinq années.

Il s'agit de : - KLESIA Prévoyance : institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 4-22, rue Marie-Georges Picquart – 75017 PARIS

- Malakoff-Médéric Prévoyance : institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 21, rue Laffitte – 75317 PARIS

Afin de mettre en œuvre le régime, ces organismes assureurs sont co-recommandés par les parties signataires du présent accord.

Ces organismes co-recommandés assurent les garanties prévues par le présent accord.

Conformément à l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité Sociale, les partenaires sociaux réexamineront les modalités d'organisation de la recommandation dans un délai qui ne pourra pas excéder cinq ans à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au moins six mois avant le terme de la recommandation.

Article 3.2 - Gestion administrative

La gestion administrative est déléguée auprès d'un tiers indépendant par les organismes assureurs co-recommandés.

Il lui sera confié tant la gestion du régime mis en place dans le cadre du présent accord, que celui qui résulte de l'accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Article 4 – Bénéficiaires

Le bénéfice des garanties visées à l'article 5 du présent accord, est ouvert au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969, dès lors qu'ils ont une ancienneté d'au moins trois mois à compter de leur inscription dans les effectifs de l'entreprise.

Sont bénéficiaires du régime de base obligatoire de frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise (ayant une ancienneté d'au moins trois mois),
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail et maladie professionnelle) et indemnisés par la Sécurité Sociale,
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quel qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant la période, du maintien de salaire, total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise,
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail, ou sous réserve du Procès-Verbal du Conseil d'Administration, les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité Sociale, sont assimilés à des salariés.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire.

L'employeur peut également souscrire, afin de mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire, à l'un des deux niveaux optionnels présentant des garanties plus élevées.

En application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties frais de santé pourront être acquises dans le cadre d'un contrat collectif et à adhésion obligatoire, aux salariés cadres et non cadres dès la date d'entrée des salariés dans les effectifs de l'entreprise.

Si tel n'est pas le cas, les salariés cadres et non cadres pourront dans le cadre d'un régime frais de santé facultatif, bénéficier des garanties acquises aux salariés cadres et non cadres dès leur date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise. Ils seront alors redevables de l'intégralité de la cotisation correspondante, excepté si l'employeur souhaite en prendre en charge une partie.

Article 5 – Garanties Frais de santé

Article 5.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

Les salariés définis à l'article 4 bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel.

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite, soit individuellement par chaque salarié, soit collectivement par l'employeur (cf. art. 5.3).

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

Article 5.2 - Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément aux dispositions légales en vigueur (notamment l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale), certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur lequel doit préalablement les informer des conséquences de leur choix.

À défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les 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'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale. 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 bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel) ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de complémentaire frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité Sociale, à condition de le justifier chaque année.

PP

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche.

A défaut de fournir les éléments dans les délais, l'employeur procédera à l'affiliation du salarié.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an les informations permettant de justifier leur situation. A défaut de justificatif, l'employeur procédera à l'affiliation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés à tout moment.

Article 5.3 - Extension des garanties frais de santé

Conformément à l'article 5.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Une extension optionnelle de garantie frais de santé peut être souscrite, soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

- Couverture « Duo » :

La couverture « Duo » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint, ou bien, du salarié et d'un enfant à charge.

- Couverture « Famille » :

La couverture « Famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

Article 5.3-1 - Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint judiciairement non séparé de corps ;
Soit la personne mariée au salarié ou liée au salarié par un pacte civil de solidarité.
- Le concubin pourrait être assimilé à un conjoint s'il s'agit de la personne vivant maritalement avec le salarié sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - o qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - o que le salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif.

Article 5.3-2 - Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants du salarié :

- Agés de moins de 21 ans reconnus comme tels par la législation fiscale ;
- Agés de moins de 25 ans s'ils justifient de poursuite d'études et d'une affiliation au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ;
- Handicapés âgés de moins de 25 ans, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil avant leur 21^{ème} anniversaire et à la charge du salarié.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 25^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil.

Article 5.4 - Conditions et tableaux des garanties

Les actes et frais de santé relevant des postes mentionnés aux tableaux des garanties ci-après sont couverts par le régime.

Les prestations sont limitées aux frais réels restants à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

En d'autres termes, sont exclus de la garantie toutes les dépenses soins ou interventions non prises en charge par la Sécurité Sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Les prestations présentent un niveau de garanties supérieur au panier de soins minimum tel que défini dans le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, aucune information ne pouvant être recueillie à cette fin.

Les tableaux ci-dessous font apparaître le niveau de base des garanties conventionnelles, que doit a minima respecter l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord. Les autres niveaux optionnels de garanties seront proposés aux entreprises adhérant au régime recommandé par la branche.

Définitions :

- FR :** Frais réels : totalité des dépenses engagées pour les prestations de santé
- TM :** Ticket modérateur
- SS :** Montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire
- BR :** Base de remboursement : tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CAS :** Contrat d'accès aux soins : convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les médecins libéraux non conventionnés de secteur 2, dont l'objet est d'améliorer le remboursement des honoraires de consultation et d'actes médicaux

Article 5.4-1 - Régime collectif obligatoire

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)		Régime de base conventionnel
Hospitalisation	Frais de séjour	Etablissement conventionné : 100% FR - SS Etablissement non conventionné : 100% BR - SS
	Honoraires des praticiens	Adhérent au CAS : 300% BR Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Soins post-opératoires	30% BR
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
	Chambre particulière (2)	70 € / jour
	Lit accompagnant (3)	25 € / jour
	Transport en ambulance (accepté SS)	35% BR
	Transport en ambulance (refusé SS)	100% BR

Note (1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée

Note (2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :
 - 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé
 - 60 jours en rééducation

Note (3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins

ACTES MEDICAUX		Régime de base conventionnel
Soins courants	Consultations et visites médecins généralistes	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR
	Consultations et visites médecins spécialistes	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR
	Analyses et examens de laboratoire	60% BR
	Actes techniques d'imagerie médicale	60% BR
	Honoraires médecins radiologues	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR
	Auxiliaires médicaux	60% BR
	Actes de spécialistes	Adhérent au CAS : 60% BR Non adhérent au CAS : 40% BR

GARANTIES COMPLEMENTAIRES		Régime de base conventionnel
Compléments de garantie	Orthopédie - appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires)	100% BR
	Frais pharmaceutiques	100% TM
	Vaccins acceptés SS	35% BR
	Vaccins refusés SS (4)	50 € / an / bénéficiaire
Allocations et forfaits	Allocation maternité (5)	156,45 €
	Cures thermales acceptées SS (6)	156,45 € / an / bénéficiaire
	Ostéodensitométrie (7)	50 € / an / bénéficiaire
	Forfait médecine douce (8) (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	3 x 20 € / an / bénéficiaire

Note (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (5) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple

Note (6) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (7) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (8) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en € par prestation

DENTAIRE	Type d'acte	Régime de base conventionnel
Prothèses	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur incisives, canines, 1ères prémolaires (n° dents : finissant par 1 à 4)	330% BR
	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur 2èmes prémolaires, molaires, dents de sagesse (n° dents : finissant par 5 à 8)	150% BR
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR
	Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	NEANT
	Inlay Core pris en charge par la SS	35% BR
	Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	220% BR par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BR
	PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRES (y compris les provisoires) :	
Soins	Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	100% TM
	Inlay/Onlay côtés en soins	245% BR
Hors nomenclature	Actes et scanner (tomodensitométrie)	NEANT
	Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	NEANT
	Implant racine	NEANT
	Pilier implantaire	NEANT
	Parodontologie	NEANT
Orthodontie	Orthodontie – semestre actif pris en charge ou non par la SS	100% BR par semestre actif
	Orthodontie – contention prise en charge ou non par la SS	45% BR la 1ère année 65% BR la 2ème année
	Orthodontie – autres actes pris en charge	100% BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'Opticiens :

- Dans le réseau d'Opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100% des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel.
- Hors réseau d'Opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries : prise en charge ;

- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au b).

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (y compris remboursement de la SS) Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre Progressif *		Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	35 €	sphérique résistant aux rayures	141 €	résistant aux rayures	35 €	130 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	75 €	sphérique aminci super anti-reflets	171 €	aminci super anti-reflets	75 €	170 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2						
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	100 €	sphérique super aminci super anti-reflets	200 €	super aminci super anti-reflets	100 €	200 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4						
De 6.25 à 8	Tous cylindres	120 €	sphérique ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	210 €	ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	120 €	210 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25						
Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	160 €	sphérique ultra aminci optimisé super anti-reflets haut de gamme	234 €	ultra aminci optimisé super anti-reflets haut de gamme	160 €	230 €
Monture adulte / enfant		100 € / 50€					
Lentilles, prise en charge ou non par le régime obligatoire, par an		150 €					
Chirurgie réfractive, par an		200 € / œil					

Verres Progressifs * : jusqu'à la 5ème gamme sur les 8 gammes existantes aujourd'hui.

Article 5.4-2 - Régime optionnel

Régime optionnel de niveau 1

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)		Régime optionnel de niveau 1
Hospitalisation	Frais de séjour	Etablissement conventionné : 100% FR - SS Etablissement non conventionné : 100% BR - SS
	Honoraires des praticiens	Adhérent au CAS : 100% FR - SS Non adhérent au CAS : 200% BR - SS
	Soins post-opératoires	100% FR - SS
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
	Chambre particulière (2)	100% FR
	Lit accompagnant (3)	35 € / jour
	Transport en ambulance (accepté SS)	35% BR
	Transport en ambulance (refusé SS)	100% BR

Note (1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée

Note (2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :
- 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé
- 60 jours en rééducation

Note (3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins

ACTES MEDICAUX		Régime optionnel de niveau 1
Soins courants	Consultations et visites médecins généralistes	Adhérent au CAS : 100% BR Non adhérent au CAS : 80% BR
	Consultations et visites médecins spécialistes	Adhérent au CAS : 100% BR Non adhérent au CAS : 80% BR
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	Actes techniques d'imagerie médicale	100% BR
	Honoraires médecins radiologues	Adhérent au CAS : 100% BR Non adhérent au CAS : 80% BR
	Auxiliaires médicaux	100% BR
	Actes de spécialistes	Adhérent au CAS : 100% BR Non adhérent au CAS : 80% BR

GARANTIES COMPLEMENTAIRES		Régime optionnel de niveau 1
Compléments de garantie	Orthopédie - appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires)	150% BR
	Frais pharmaceutiques	100% TM
	Vaccins acceptés SS	100% BR
	Vaccins refusés SS (4)	50 € / an / bénéficiaire
Allocations et forfaits	Allocation maternité (5)	312,90 €
	Cures thermales acceptées SS (6)	312,90 € / an / bénéficiaire
	Ostéodensitométrie (7)	75 € / an / bénéficiaire
	Forfait médecine douce (8) (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	4 x 30 € / an / bénéficiaire

Note (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (5) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple

Note (6) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (7) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (8) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire ; il est limité en nombre et en montant en € par prestation

DENTAIRE	Type d'acte	Régime optionnel de niveau 1
Prothèses	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur incisives, canines, prémolaires (n° dents : finissant par 1 à 5)	330% BR
	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur molaires et dents de sagesse (n° dents : finissant par 6 à 8)	150% BR
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR
	Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	NEANT
	Inlay Core pris en charge par la SS	55% BR
	Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	340% BR par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BR
	PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRES (y compris les provisoires) :	2000 € / an au-delà : 55% BR
Soins	Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	100% TM
	Inlay/Onlay côtés en soins	245% BR
Hors nomenclature	Actes et scanner (tomodensitométrie)	NEANT
	Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	NEANT
	Implant racine	400 € max 1 / an
	Pilier implantaire	100 € max 1 / an
	Parodontologie	250 € / an
Orthodontie	Orthodontie – semestre actif pris en charge ou non par la SS	200% BR par semestre actif
	Orthodontie – contention prise en charge ou non par la SS	62% BR la 1ère année 93% BR la 2ème année
	Orthodontie – autres actes pris en charge	100% BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'Opticiens :

- Dans le réseau d'Opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100% des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel.
- Hors réseau d'Opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries : prise en charge ;

- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au b).

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (y compris remboursement de la SS) Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre Progressif *		Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	69 €	sphérique super anti-reflets haut de gamme	160 €	super anti-reflets haut de gamme	60 €	150 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	85 €	sphérique aminci super anti-reflets haut de gamme	190 €	aminci super anti-reflets haut de gamme	85 €	190 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2						
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	110 €	sphérique super aminci super anti-reflets haut de gamme	230 €	super aminci super anti-reflets haut de gamme	110 €	230 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4						
De 6.25 à 8	Tous cylindres	150 €	asphérique ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	250 €	ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	150 €	250 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25						
Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	190 €	asphérique ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super anti-reflets haut de gamme	280 €	ultra aminci précalibrage/ optimisation d'épaisseur super anti-reflets haut de gamme	190 €	280 €
Monture adulte / enfant		150 € / 100 €					
Lentilles, prise en charge ou non par le régime obligatoire, par an		250 €					
Chirurgie réfractive, par an		350 € / œil					

Verres Progressifs * : jusqu'à la 6ème gamme sur les 8 gammes existantes aujourd'hui.

Régime optionnel de niveau 2

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)		Régime optionnel de niveau 2
Hospitalisation	Frais de séjour	Etablissement conventionné : 100% FR - SS Etablissement non conventionné : 100% BR - SS
	Honoraires des praticiens	Adhérant au CAS : 100% FR - SS Non adhérant au CAS : 200% BR - SS
	Soins post-opératoires	100% FR - SS
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
	Chambre particulière (2)	100% FR
	Lit accompagnant (3)	50 € / jour
	Transport en ambulance (accepté SS)	50% BR
	Transport en ambulance (refusé SS)	100% BR

Note (1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée

Note (2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :
- 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé
- 60 jours en rééducation

Note (3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins

ACTES MEDICAUX		Régime optionnel de niveau 2
Soins courants	Consultations et visites - médecins généralistes	Adhérant au CAS : 300% BR Non adhérant au CAS : 200% BR - SS
	Consultations et visites - médecins spécialistes	Adhérant au CAS : 300% BR Non adhérant au CAS : 200% BR - SS
	Analyses et examens de laboratoire	300% BR
	Actes techniques d'imagerie médicale	300% BR
	Honoraires médecins radiologues	Adhérant au CAS : 300% BR Non adhérant au CAS : 200% BR - SS
	Auxiliaires médicaux	300% BR
	Actes de spécialistes	Adhérant au CAS : 300% BR Non adhérant au CAS : 200% BR - SS

GARANTIES COMPLEMENTAIRES		Régime optionnel de niveau 2
Compléments de garantie	Orthopédie - appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires)	300% BR
	Frais pharmaceutiques	100% TM
	Vaccins acceptés SS	100% BR
	Vaccins refusés SS (4)	50 € / an / bénéficiaire
Allocations et forfaits	Allocation maternité (5)	375,48 €
	Cures thermales acceptées SS (6)	375,48 € / an / bénéficiaire
	Ostéodensitométrie (7)	75 € / an / bénéficiaire
	Forfait médecine douce (8) (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	4 x 40 € / an / bénéficiaire

Note (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (5) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple

Note (6) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (7) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire

Note (8) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en € par prestation

DENTAIRE	Type d'acte	Régime optionnel de niveau 2
Prothèses	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur incisives, canines, prémolaires et 1ères molaires (n° dents : finissant par 1 à 6)	330% BR
	Couronne ou inter de bridge (SS ou non) sur 2èmes molaires et dents de sagesse (n° dents : finissant par 7 à 8)	150% BR
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR
	Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	30 €
	Inlay Core pris en charge par la SS	73% BR
	Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	340% BR par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BR
	PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRE (y compris les provisoires) :	3000 € / an au-delà : 55% BR
Soins	Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	100% TM
	Inlay/Onlay côtés en soins	365% BR
Hors nomenclature	Actes et scanner (tomodensitométrie)	70 €
	Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	
	Implant racine	400 € max 2 / an
	Pilier implantaire	200 € max 2 / an
	Parodontologie	500 € / an
Orthodontie	Orthodontie – semestre actif pris en charge ou non par la SS	310% BR par semestre actif
	Orthodontie – contention prise en charge ou non par la SS	90% BR la 1ère année 140% BR la 2ème année
	Orthodontie – autres actes pris en charge	175% BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'Opticiens :

- Dans le réseau d'Opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100% des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel.
- Hors réseau d'Opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries : prise en charge ;

- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au b).

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (y compris remboursement de la SS) Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre Progressif *		Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	140 €	Frais réels	300 €	Frais réels	70 €	170 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	140 €		300 €		100 €	220 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2	160 €		300 €		130 €	260 €
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4			300 €		180 €	300 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4	300 €		300 €		220 €	Adulte = 320 € / Enfant = 300 €
De 6.25 à 8	Tous cylindres	300 €		Adulte = 350 € / Enfant = 300 €			
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25						
Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	300 €					
Monture adulte / enfant		150 € / 100 €					
Lentilles, prise en charge ou non par le régime obligatoire, par an		250 €					
Chirurgie réfractive, par an		500 € / œil					

Verres Progressifs * : toutes gammes, y compris la toute dernière.

89

Me

PP

Handwritten signature and initials CC

Article 5.5 - Cotisations

Les taux de cotisation de base conventionnelle obligatoire ci-dessous sont maintenus pendant deux ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constante.

Conformément aux articles 5.1 et 5.3 du présent accord, le montant de la cotisation globale pour les garanties instaurées par le présent accord est fixé dans les tableaux ci-dessous :

Régime général (en % PMSS)	Salarié - Isolé
Base conventionnelle obligatoire	1,23%

Régime Alsace-Moselle (en % PMSS)	Salarié - Isolé
Base conventionnelle obligatoire	0,80%

Pour rappel, il existe deux possibilités :

- amélioration de la base via une souscription par l'entreprise d'un contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire ;
- amélioration de la base via une souscription par le salarié d'un contrat complémentaire à titre individuel.

Article 5.5-1 - Régime optionnel collectif à adhésion obligatoire

Les taux de cotisation du régime optionnel collectif à adhésion obligatoire ci-dessous sont maintenus pendant deux ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constante.

Conformément à l'article 5.3 du présent accord, il peut être mis en place un contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire dont les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous (ces taux de cotisations incluent la cotisation du régime de base conventionnel obligatoire) :

Complémentaire collective à adhésion Obligatoire			
Régime général (en % PMSS)	Salarié - Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		2,45% <i>(soit 1,23% + 1,22%)</i>	3,51% <i>(soit 1,23% + 2,28%)</i>
Régime optionnel de niveau 1	1,44% <i>(soit 1,23% + 0,21%)</i>	2,84% <i>(soit 1,23% + 1,61%)</i>	4,11% <i>(soit 1,23% + 2,88%)</i>
Régime optionnel de niveau 2	1,76% <i>(soit 1,23% + 0,53%)</i>	3,48% <i>(soit 1,23% + 2,25%)</i>	5,01% <i>(soit 1,23% + 3,78%)</i>

Complémentaire collective à adhésion Obligatoire			
Régime Alsace-Moselle (en % PMSS)	Salarié - Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		1,59% <i>(soit 0,80% + 0,79%)</i>	2,28% <i>(soit 0,80% + 1,48%)</i>
Régime optionnel de niveau 1	0,94% <i>(soit 0,80% + 0,14%)</i>	1,85% <i>(soit 0,80% + 1,05%)</i>	2,67% <i>(soit 0,80% + 1,87%)</i>
Régime optionnel de niveau 2	1,14% <i>(soit 0,80% + 0,34%)</i>	2,26% <i>(soit 0,80% + 1,46%)</i>	3,25% <i>(soit 0,80% + 2,45%)</i>

À défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, le taux de cotisation pour la couverture des risques énumérés ci-dessus sera réparti à parts égales entre l'employeur et le salarié :

- 50% à la charge de l'employeur,
- 50% à la charge du salarié.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les cotisations sont réduites pour tenir compte des prestations servies par le régime local.

En tout état de cause, il est rappelé que l'employeur doit mettre en place a minima une couverture de base conventionnelle obligatoire pour le salarié dit isolé.

Article 5.5-2 – Régime optionnel individuel à adhésion facultative

Dans le cas où l'employeur ne retiendrait pas les couvertures collectives obligatoires « Duo » et/ou « Famille », et si un salarié souscrit à une couverture individuelle facultative, à défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, le montant de la cotisation pour la couverture des risques énumérés ci-dessus sera réparti de la manière suivante :

- la part de l'employeur sera équivalente à 50% du montant de la cotisation de la base conventionnelle obligatoire qu'il aura mise en place pour le salarié ;
- la part restante restera intégralement à la charge du salarié.

En cas d'amélioration de la base via une souscription par le salarié d'un contrat complémentaire à titre individuel, les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous (ces taux de cotisations sont en complément de la cotisation du régime de base conventionnel obligatoire) :

Complémentaire individuelle facultative (uniquement en complément de la base CCN)			
Régime général (en %PMSS)	Salarié - Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle		1,29%	2,41%
Régime optionnel de niveau 1	0,23%	1,72%	3,07%
Régime optionnel de niveau 2	0,61%	2,48%	4,14%

Complémentaire individuelle facultative (uniquement en complément de la base CCN)			
Régime Alsace-Moselle (en %PMSS)	Salarié - isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle		0,84%	1,57%
Régime optionnel de niveau 1	0,15%	1,12%	2,00%
Régime optionnel de niveau 2	0,40%	1,62%	2,70%

Article 6 – Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 6.1 - Suspension des garanties

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

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

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur), la garantie est maintenue moyennant le versement par l'employeur et le salarié des cotisations correspondantes.

Dans ce cas la cotisation est calculée sur la base de l'assiette prévue à l'article 5.5 et selon la même répartition employeur/salarié.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné, le salarié supportant le versement des cotisations correspondantes.

Cependant, l'employeur conserve la possibilité de continuer à verser sa part s'il le souhaite.

L'employeur maintiendra dans ce cas l'affiliation du salarié concerné et le versement des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire.

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 désigné en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme désigné de la déclaration faite par l'entreprise.

Article 6.2 - Cessation des garanties

Les garanties cessent sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties frais de santé (cf. article 7), et sous réserve du maintien éventuel à titre individuel des garanties :

- en cas de rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 7 – Maintien des garanties ouvrant droit à portabilité

Les Garanties frais de santé issues d'un contrat collectif souscrit par l'employeur sont maintenues, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 7.1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du Contrat mis en place par l'entreprise,
- de l'ouverture de leurs droits à couverture dans l'entreprise avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

L'ancien salarié devra, mensuellement, fournir le justificatif de l'ouverture de ses droits aux régimes d'assurance chômage à l'assureur. A défaut, aucun remboursement ne sera dû.

Article 7.2 - Garanties maintenues

Dans le cadre de la portabilité, l'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime, sans dissociation possible, au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Article 7.3 - Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur.

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de 12 mois ;
- à la date de reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur choisi par l'entreprise.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Les ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre d'un contrat collectif souscrit par l'employeur bénéficient également du maintien des garanties et ce tant que l'ancien salarié a droit à la portabilité.

Article 7.4 - Financement de la portabilité

Le maintien des garanties est à titre gratuit, c'est-à-dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. Le financement de la portabilité est mutualisé et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires versées pour les salariés en activité dans l'entreprise et leurs ayants-droit.

Article 8 – Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires

Les organismes assureurs recommandés par la branche, ou retenus le cas échéant par les entreprises, proposent l'adhésion à des contrats collectifs ou individuels d'assurance mettant en œuvre des régimes de frais de santé supplémentaires au régime conventionnel obligatoire, moyennant une tarification spécifique, dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ces régimes prévoient des garanties supplémentaires de frais de santé au profit du salarié bénéficiaire du régime obligatoire (sous forme d'options supplémentaires au régime conventionnel obligatoire), ainsi que des garanties complémentaires au profit des ayants

droit, bénéficiant d'une extension des garanties frais de santé au titre d'une couverture « Duo » ou « Famille » en application de l'article 5.3 du présent accord.

Article 9 – Comité paritaire de suivi du régime

Un Comité paritaire de suivi du régime est créé et est composé de deux membres par organisation syndicale de salariés signataires du présent accord, ainsi que de deux membres dans la délégation patronale.

Il est chargé de piloter le régime de frais de santé de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, de vérifier la bonne gestion technique, financière et administrative du régime par les organismes d'assurance co-recommandés, de préconiser toute mesure de nature à assurer l'équilibre du régime de frais de santé à la Commission Sociale Paritaire de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Il reçoit le rapport annuel remis par les organismes d'assurance co-recommandés, analyse les remarques et propositions de ceux-ci et peut demander toutes études aux organismes d'assurance co-recommandés de façon à apprécier l'équilibre du régime de frais de santé. En particulier, le Comité est destinataire des rapports trimestriels d'activité de gestion administrative.

Ce Comité se réunit au moins deux fois par an et son secrétariat est assuré par l'un des organismes assureurs co-recommandés du régime.

Le Comité est compétent pour suivre le régime de complémentaire frais de santé dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses résultant du présent accord, ainsi que le régime complémentaire de prévoyance dans la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Il s'assure de la bonne gestion du régime, et de la mise en œuvre de la politique de branche. Il peut émettre toutes préconisations et en informer la Commission Sociale Paritaire afin qu'elle valide les orientations. Le Comité de suivi est notamment destinataire des rapports annuels et fait part de ses observations et préconisations à la Commission Sociale Paritaire.

Article 10 – Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Article 11 – Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Article 12 – Dénonciation de l'accord

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (employeurs ou salariés), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du Code du travail.

Article 13 – Dépôt et extension

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du Code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires auprès des services du Ministre chargé du travail et remis au Secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 1^{er} avril 2015

Pour le Conseil National des Industries et
Commerces en Gros des Vins, Cidres,
Spiritueux, Sirops, Jus de Fruits
et Boissons Diverses

Jean Pierre COINTREAU



Brice BAVEUX



Pour la F.G.T.A.-F.O.
Christian CRETIER



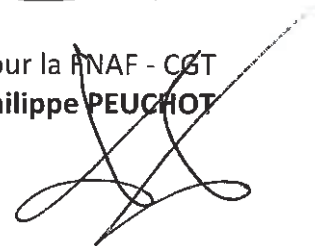
Pour la F.G.A.-C.F.D.T.
Pascal SOUZY

Pour la CSFV - CFTC
Jean-Marie ARGENCE

Pour la C.F.E.-C.G.C.
Jean-Michel LOISEAU



Pour la RNAF - CGT
Philippe PEUCHOT



AVENANT N°1
À L'ACCORD RELATIF À UN REGIME DE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
DANS LA BRANCHE DES INDUSTRIES ET DES COMMERCES EN GROS DES VINS,
CIDRES, SPIRITUEUX, SIROPS, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses ont conclu le 1^{er} avril 2015 un accord relatif au régime de remboursement des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969.

Soucieux de renforcer les garanties de prévoyance complémentaire dont bénéficient les salariés, les parties au présent accord ont entendu actualiser l'accord du 1^{er} avril 2015 en apportant les modifications nécessaires à sa mise en conformité avec l'évolution des dispositions légales et réglementaires et à sa bonne compréhension.

Plus particulièrement, la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 ont créé le dispositif du « versement santé » au profit de certains salariés en contrats courts ou à temps très partiel.

Ils ont par conséquent convenu d'apporter les modifications suivantes aux articles 4 et 5.

Article 1 – Modification de l'article 4 « Bénéficiaires »

L'article 4 est modifié ainsi :

« Le bénéfice des garanties visées à l'article 5 du présent accord, est ouvert au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 Février 1969, à compter de leur entrée dans les effectifs de l'entreprise. »

Par exception, les salariés visés à l'article 4 bis du présent accord et qui relèvent exclusivement du dispositif du « versement santé » en application de l'article L. 911-7-1 II du Code de la sécurité sociale sont exclus du bénéfice du régime complémentaire santé mis en place.



Article 2 – Création d'un nouvel article 4 bis « Versement santé »

Un article 4 bis « Versement santé » est ajouté à l'accord du 1^{er} avril 2015. Il est rédigé comme suit :

Article 4 bis. 1 - Objet du « versement santé »

L'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, prévoit que certains salariés peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement (dit « versement santé ») afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire ainsi qu'à la portabilité.

Article 4 bis. 2 - Bénéficiaires du « versement santé »

Bénéficiaire du « versement santé », sous réserve de respecter les conditions prévues à l'article 4 bis. 3 - du présent accord, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à trois (3) mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à quinze (15) heures par semaine.

Article 4 bis. 3 - Conditions d'octroi

Pour percevoir le « versement santé », le salarié doit avoir souscrit un contrat « responsable » au sens des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le « versement santé » ne peut en outre être cumulé avec le bénéfice d'une couverture :

- bénéficiaire d'un financement public (couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale ou participation financière d'une collectivité publique),
- collective et obligatoire au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, y compris en tant qu'ayant droit.

Le salarié devra justifier l'existence de sa couverture par ailleurs et sa compatibilité avec le « versement santé » par tout moyen permettant à l'entreprise d'attester de la conformité de la couverture au dispositif du « versement santé ».

Article 4 bis. 4 - Modalités de calcul

Le montant du « versement santé » est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Article 3 – Modification de l'article 5.1 « Bénéficiaires à titre obligatoire »

L'article 5.1 « Bénéficiaires à titre obligatoire » est modifié ainsi : « Les salariés définis à l'article 4 bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel, à l'exclusion des salariés bénéficiaires du « versement santé », visés à l'article 4 bis. 2 - du présent accord ».

Article 4 – Durée - Entrée en vigueur - Effets

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il sera applicable à partir du 1^{er} janvier 2018 pour les employeurs membres ou adhérents des organisations signataires et au plus tard le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'arrêté portant extension de ses dispositions aura été publié au Journal officiel.

Il s'incorpore à l'accord national du 1^{er} avril 2015 qu'il modifie.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 5 – Dépôt, extension et publicité

Le présent avenant est notifié et déposé dans les conditions prévues par le Code du travail aux articles L.2231-6 et D.2231-2. Le présent avenant est déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier et une version sur support électronique et remis au greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension auprès du Ministre chargé du travail.

En application de l'article L. 2231-5-1 du Code du travail, le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale en ligne des accords collectifs.

En vertu de l'article R. 2231-1-1 du même code, les signataires pourront demander l'anonymisation des noms des signataires lors du dépôt du présent accord par la partie effectuant le dépôt ou par les autres signataires dans le mois suivant.

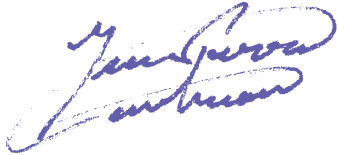


Fait à Paris, le 5 décembre 2017

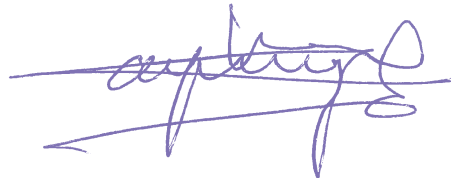
Pour le Conseil National des Industries et
Commerces en Gros des Vins, Cidres,
Spiritueux, Sirops, Jus de Fruits
et Boissons Diverses

Pour la F.G.A.-C.F.D.T.
Stéphane JAMET

Jean Pierre COINTREAU



Pour la F.G.T.A.-F.O.
Jean-Jacques CAZAUMAYOU



Brice BAVEUX



Pour la FNAF - CGT
Gaëtan MAZIN



Pour le SNCEA C.F.E.-C.G.C.
Jean-Luc GUILLET



AVENANT N°2
À L'ACCORD RELATIF À UN RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DANS LA BRANCHE DES INDUSTRIES ET DES COMMERCES EN GROS DES VINS,
CIDRES, SPIRITUEUX, SIROPS, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses ont conclu le 1^{er} avril 2015 un accord relatif au régime de remboursement des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Vins, Cidres, Jus de Fruits, Sirops, Spiritueux et Liqueurs de France du 13 février 1969.

Les parties au présent accord ont entendu actualiser l'accord du 1^{er} avril 2015 en apportant les modifications nécessaires à sa mise en conformité avec l'évolution des dispositions légales et réglementaires et à sa bonne compréhension.

Ils ont par conséquent convenu d'apporter les modifications suivantes à l'article 2.

ARTICLE 1 – Modification de l'article 2 « Degré élevé de solidarité »

L'article 2 est modifié ainsi :

« Article 2 – Degré élevé de solidarité

Article 2.1 - Garanties présentant un degré élevé de solidarité

L'accord du 1^{er} avril 2015 a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire relatif au remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif, responsable et solidaire.

A ce titre, des garanties présentant un degré élevé de solidarité sont mises en place au bénéfice des salariés des entreprises relevant de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses.

Conformément aux dispositions de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, il est convenu que 2% des cotisations annuelles acquittées au titre du régime de complémentaire frais de santé sont affectés au financement du degré élevé de solidarité.

Cette part de financement est versée par chaque entreprise à l'organisme assureur qui assure sa couverture au titre du régime de complémentaire frais de santé. En contrepartie, et conformément aux orientations arrêtées par les partenaires sociaux de la branche, le contrat d'assurance de l'entreprise prévoit la mise en œuvre :

- d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment à la sensibilisation aux addictions ;
- de prestations d'action sociale, soit à titre individuel (attribution d'aides et de secours individuels aux salariés et leurs ayants droit, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie), soit à titre collectif (attribution d'aides aux salariés ou leurs ayants droits leur permettant de faire face à des situations telles que la perte d'autonomie, le handicap, ou encore le bénéfice d'un soutien aux aidants familiaux).

Article 2.2 - Gestion du fonds d'action sociale de la branche

Pour les entreprises ayant fait le choix de rejoindre l'un des deux organismes assureurs co-recommandés visés à l'article 3.1 de l'accord du 1^{er} avril 2015, il est institué un fonds d'action sociale financé et géré de façon mutualisée par les organismes co-recommandés.

Exclusivement dédié aux entreprises et aux salariés de la branche ayant adhéré auprès de l'un des deux organismes d'assurance co-recommandés, ce fonds d'action sociale est commun au régime de complémentaire frais de santé et au régime de prévoyance de la branche des Industries et des Commerces en gros des Vins, Cidres, Spiritueux, Sirops, Jus de fruits et Boissons diverses, institués par accords de branche du 1^{er} avril 2015.

Les domaines d'intervention et actions menées dans le cadre de ce fonds d'action sociale, ainsi que les modalités de sa mise en œuvre, font l'objet d'un règlement spécifique. »

ARTICLE 2 – Durée - Entrée en vigueur - Effets

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du Code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant, sauf si lesdits accords assurent des garanties au moins équivalentes.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il sera applicable à partir du 1^{er} juillet 2018 pour les employeurs membres ou adhérents des organisations signataires et au plus tard le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'arrêté portant extension de ses dispositions aura été publié au Journal officiel.

Il pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du Code du travail.

Conformément aux articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de l'accord et de ses avenants ultérieurs. Elle peut émaner de tout ou partie des signataires ou parties ayant adhéré à l'accord.

Il s'incorpore à l'accord national du 1^{er} avril 2015 qu'il modifie.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme, dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

ARTICLE 3 – Dépôt, extension et publicité

Le présent avenant est notifié et déposé dans les conditions prévues par le Code du travail aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2. Le présent avenant est déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier et une version sur support électronique et remis au greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension auprès du Ministre chargé du travail.

En application de l'article L. 2231-5-1 du Code du travail, le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale en ligne des accords collectifs.

En vertu de l'article R. 2231-1-1 du même code, les signataires pourront demander l'anonymisation des noms des signataires lors du dépôt du présent accord par la partie effectuant le dépôt ou par les autres signataires dans le mois suivant.

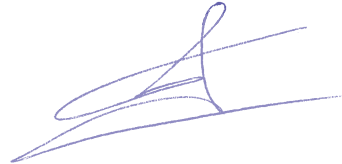
Fait à Paris, le 5 juillet 2018

Pour le Conseil National des Industries et
Commerces en Gros des Vins, Cidres,
Spiritueux, Sirops, Jus de Fruits
et Boissons Diverses

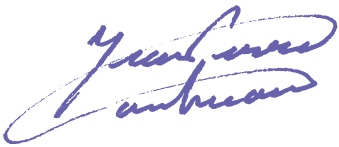
Pour la FGA-CFDT

po
Stéphane JAMET

NADINE GOUN



Jean Pierre COINTREAU



Pour la FGTA-FO

Jean-Jacques CAZAUMAYOU

Christian CRETIER



Brice BAVEUX

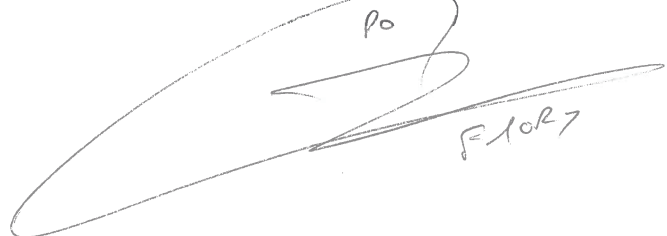


Pour la FNAF-CGT

Gaëtan MAZIN

Pour le SNCEA CFE-CGC

Jean-Luc GUILLET

po

F1027