

**ACCORD DE BRANCHE DU 9 SEPTEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE
DE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DANS LE NOTARIAT**

Entre les soussignés :

Le Conseil supérieur du notariat,
dont le siège est à PARIS 7^e (75),
60, boulevard de La Tour-Maubourg,
&

Le Syndicat national des notaires,
dont le siège est à PARIS 8^e (75),
73, boulevard Malesherbes,

Formant la délégation patronale des notaires représentée par Me Pierre-Henri TOULOUSE, notaire à
TARBES,

D'une part,

ET

La Fédération des services C.F.D.T.,
dont le siège est à PANTIN (93), 14, rue Scandicci,
représentée par M. Jean-Pierre BERGER,

Le Syndicat national des cadres et techniciens du notariat,
dont le siège est à PARIS 8^e (75), 59/63, rue du Rocher,
représenté par M. Lucien CARON,
ledit syndicat affilié à la C.F.E. - C.G.C.,

La Fédération « commerce, services et force de vente » affiliée à la C.F.T.C.,
dont le siège est à PARIS 19^e (75), 34, quai de la Loire,
représentée par Mme Sandra WISNIEWSKI,

La Fédération nationale des personnels des sociétés d'études C.G.T.,
dont le siège est à MONTREUIL (93), 263, rue de Paris,
représentée par M. Pierre LESTARD,

D'autre part,

Il est convenu :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux signataires, qui rappellent que les employeurs du notariat participent historiquement au financement de la complémentaire frais de santé des salariés, expriment au travers de cet accord la volonté que les salariés du notariat bénéficient d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans des conditions définies par eux, plus favorables que celles fixées par la loi et les règlements, sous réserve du respect des exigences de plafond posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Le titre I ci-après définit :

- les bénéficiaires de cette couverture ainsi que les cas et conditions de dispense d'affiliation,
- le contenu et le niveau des garanties minimales dont devront bénéficier les personnes couvertes, lesquels ont été définis en conformité avec les exigences des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables »,
- la structure des cotisations et la répartition de leur charge entre employeur et salarié.

Le titre II recommande, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1, II du Code de la Sécurité sociale, un organisme qui s'engage, par contrat, à couvrir les bénéficiaires de la couverture mise en place par le présent accord, aux tarifs et conditions définis ci-après par les partenaires sociaux.

Cette recommandation a notamment pour objet de donner l'assurance que la couverture proposée par l'organisme recommandé est bien conforme aux garanties minimales définies au titre I et qu'elle profite de conditions économiques avantageuses.

TITRE I

RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

Article 1 CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord s'applique, sur le territoire métropolitain et dans les départements et collectivités d'outre-mer, à l'ensemble des offices notariaux et des organismes assimilés au sens de l'article 1 de la convention collective nationale du notariat ainsi qu'à leurs salariés.

Article 2 OBJET

Le présent accord instaure un régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés des offices notariaux et des organismes assimilés au sens de l'article 1 de la convention collective nationale du notariat, ainsi que de leurs ayants droit, tels que définis à l'article 3.1.2 ci-après.

Il définit une couverture minimale en matière de remboursements de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sous réserve du respect des exigences de plafond posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

Au 1^{er} janvier 2016, chaque office doit avoir conclu un contrat de complémentaire frais de santé avec l'organisme de son choix, permettant la mise en œuvre de cette couverture et en avoir informé par écrit chaque salarié.

Les garanties de ce contrat, les conditions pour y adhérer, la structure des cotisations et la répartition de leur charge entre employeur et salarié doivent répondre aux dispositions du présent titre I.

Article 3 BÉNÉFICIAIRES

3.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont bénéficiaires à titre obligatoire de la couverture mise en place par le présent accord (hors cas de dispense prévus à l'article 3.2) :

3.1.1 - Salariés

Sans condition d'ancienneté, les salariés :

- des offices notariaux,
- des organismes assimilés tels que visés par l'article 1 de la convention collective du notariat.

3.1.2 - Ayants droit

Les ayants droit du salarié, tels que définis ci-après (le régime de base s'entendant du régime de Sécurité sociale auquel est affilié le salarié) :

- le conjoint ni divorcé ni séparé de corps, à charge du salarié au sens du régime de base,
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité, à sa charge au sens du régime de base,
- les enfants à charge du salarié au sens du régime de base,
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants (jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire),
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de ne pas bénéficier de par ce contrat d'une couverture frais de santé à titre obligatoire (jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire),
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'études, pendant une durée maximale d'1 an (jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire),
- les enfants du salarié reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et percevant des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées,
- les personnes considérées par le régime de base comme ayants droit du salarié pour les prestations maladie.

3.2 - Dispenses d'affiliation

Pourront toutefois être dispensés de s'affilier au contrat de complémentaire frais de santé souscrit par l'employeur, sans remettre en cause le caractère collectif et obligatoire de celui-ci, s'ils en font la demande par écrit :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation représentant au moins 10% de leur rémunération brute,
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois sous réserve de justifier

par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,

- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois,
- les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective frais de santé relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale (notamment en tant qu'ayant droit de leur conjoint), à condition d'en justifier chaque année,
- les ayants droit du salarié au sens de l'article 3.1.2 ci-dessus, qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective obligatoire frais de santé au sens de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale à condition d'en justifier chaque année.

3.3 - Bénéficiaires à titre facultatif

Peuvent bénéficier du régime à titre facultatif, sous réserve d'adhérer individuellement au contrat spécifique et d'acquitter la cotisation correspondante, sans participation financière de l'employeur :

3.3.1 - Anciens salariés

Les anciens salariés dont le contrat de travail était rompu avant l'entrée en vigueur de l'accord et affiliés au régime de la CRPCEN ou percevant une pension de la CRPCEN, sans formalités médicales et sans carence, sous réserve d'en faire la demande dans un délai maximum de 12 mois suivant la mise en œuvre du présent régime.

3.3.2 - Ayants droit du salarié

Les ayants droit du salarié non visés par l'article 3.1.2 ci-dessus, à savoir :

- le conjoint ni divorcé ni séparé de corps bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants rattachés, pour le bénéfice des prestations maladie et maternité, au régime du conjoint bénéficiaire de l'affilié.

3.3.3 - Ayants droit de l'ancien salarié

Les ayants droit de l'ancien salarié tel que visé à l'article 3.3.1 ci-dessus, lui-même affilié à titre facultatif :

- le conjoint de l'ancien salarié, ni divorcé ni séparé de corps,
- la personne liée à l'ancien salarié par un pacte civil de solidarité,
- le concubin de l'ancien salarié, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants de l'ancien salarié âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants (jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire),
- les enfants de l'ancien salarié âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation (jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire),
- les enfants de l'ancien salarié âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'études, pendant une durée maximale d'1 an (jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire),
- les enfants de l'ancien salarié reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et percevant des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées,
- les personnes considérées par le régime de base comme ayants droit de l'ancien salarié pour les prestations maladie.

3.3.4 - Autres bénéficiaires à titre facultatif

- les ayants droit du salarié décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, et au-delà de cette période s'ils conservent le numéro d'immatriculation de l'assuré décédé, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès,
- les ayants droit de l'ancien salarié au sens de l'article 3.3.1 ci-dessus, décédé, sans limitation de durée, sous réserve que les intéressés aient été affiliés au régime à la date du décès de leur conjoint et qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès,
- les enfants handicapés du salarié décédé, percevant les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées, antérieurement bénéficiaires, qui viendraient à perdre cette qualité par suite du décès du parent ouvrant droit, sans limitation de durée.

3.4 - Conséquences de la suspension du contrat de travail

3.4.1 - Périodes de suspension du contrat de travail ouvrant droit à une indemnisation du salarié mise, au moins pour partie, à la charge de l'employeur

Les salariés bénéficiaires, dont le contrat de travail est suspendu, et qui bénéficient, dans ce cadre, d'un maintien de salaire total ou partiel ou du versement d'indemnités financées au moins en partie par l'employeur, comme par exemple de la garantie de salaire prévue aux articles 20 et 23 de la convention collective nationale du notariat, restent affiliés au régime aux mêmes conditions que les salariés en activité durant la suspension de leur contrat de travail et tant que l'employeur assure un maintien de tout ou partie de la rémunération ou prend en charge une partie des indemnités dont ils bénéficient.

3.4.2 - Autres cas de suspension du contrat de travail

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, les salariés bénéficiaires peuvent, sur leur demande, continuer à bénéficier du régime sous réserve d'acquitter eux-mêmes la totalité de la cotisation correspondante.

3.5 - Conséquences de la rupture du contrat de travail

3.5.1 - Portabilité

En cas de rupture de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien du régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'office, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale. L'employeur est tenu d'informer le salarié de cette disposition dans les conditions prévues à l'article 4 ci-après.

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 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 12 mois.

La portabilité concerne également les ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat.

Ce maintien de garanties est gratuit pour le salarié et pour l'employeur. Il est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire frais de santé des salariés en activité.

3.5.2 - Maintien de la couverture complémentaire frais de santé en application de l'article 4 de la « loi Evin »

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture du régime complémentaire frais de santé est maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat au profit des anciens salariés 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 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture complémentaire frais de santé à ces anciens salariés incombe à l'organisme assureur, l'employeur n'intervenant pas dans le financement de cette couverture.

Article 4 OBLIGATION D'INFORMATION DES SALARIÉS SUR LE CONTRAT COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ SOUSCRIT PAR L'EMPLOYEUR

Conformément à l'article 12 de la « loi Evin », l'employeur doit remettre à chaque salarié affilié au contrat de complémentaire frais de santé applicable au sein de l'office, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant les garanties souscrites et leurs modalités d'application, ainsi que toutes les mises à jour de ce document.

Ces informations peuvent être délivrées par tout moyen adapté permettant de répondre effectivement à cette obligation, notamment courrier, courriel, intranet.

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité, l'employeur mentionne dans le certificat de travail une information sur les droits du salarié au titre de la portabilité des garanties.

Article 5 GARANTIES

Les garanties définies ci-après constituent le socle de remboursements dont les salariés couverts par cet accord doivent bénéficier.

Ces garanties sont conformes aux exigences de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes à celles des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, dans leur rédaction en vigueur à la date de conclusion du présent accord, relatives aux contrats dits « responsables ».

L'ensemble des remboursements ci-dessous s'entend dans la limite des dépenses réelles et sur justification. Par ailleurs, lorsque le régime intervient en surcomplémentaire, son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire.

Poste		Remboursements Base ⁽¹⁾ + Complémentaire
Soins courants	Consultation généraliste	100% BR ⁽²⁾
	Consultation spécialiste	230% BR
	• CAS ⁽³⁾	200% BR
	• Hors CAS	
	Auxiliaires médicaux	100% BR
	Actes de spécialité	100% BR
	Analyses	100% BR
	Radiologie	150% BR
• CAS	100% BR	
• Hors CAS		
Transport	100% BR	
Consultation Ostéopathe et autres médecines douces ⁽⁴⁾	120 € / an / bénéficiaire	
Pharmacie	Pharmacie Vignette blanche	100% BR
	Pharmacie Vignette bleue	100% BR
	Pharmacie Vignette orange	15% BR
	Contraception	50 € / an / bénéficiaire
	Vaccins anti-grippe	100% FR ⁽⁵⁾

Poste		Remboursements Base ⁽¹⁾ + Complémentaire
Prothèses	Prothèses auditives adultes par appareil	100% BR + 1 178 €
	Prothèses auditives enfants par appareil (enfant de moins de 20 ans)	100% BR + 763 €
	Prothèses capillaires et mammaires	100% BR + 400 €
	Petit appareillage	100% BR + 31 €
	Orthopédie - Podologie	100% BR
	Gros appareillage	100% BR
	Dentaire	Soins dentaires
Prothèses dentaires acceptées		503% BR
Orthodontie acceptée		510% BR
Implantologie		500 € / implant (hors prothèse garantie par ailleurs)
Parodontologie non remboursée		80 € / an
Un équipement tous les 2 ans de date à date (période ramenée à 1 an en cas de changement de correction et pour les enfants) ⁽⁶⁾		Les remboursements respectent les minima et les plafonds prévus par les articles L. 911-7 et D. 911-1 et L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur à la date de conclusion du présent accord
Optique	Monture adulte	115 €
	Verres adulte	500% BR + 150 € / verre
	Monture enfant	100 €
	Verres enfant	190% BR + 140 € / verre
	Lentilles remboursées	300% BR + 230 € / an
	Lentilles non remboursées	170 € / an
	Kératectomie	500 € / œil
	Implant oculaire	500 € / œil

Poste		Remboursements Base ⁽¹⁾ + Complémentaire	
Hospitalisation médicale	Frais de séjour	100% BR	
	Honoraires médicaux (y compris participation «actes lourds»)	100% BR	
	Forfait journalier	100% FR	
	Chambre particulière médicale	54 € / jour	
	Frais d'accompagnement	31 € / jour	
Hospitalisation chirurgicale	Frais de séjour	100% BR	
	Honoraires chirurgicaux (y compris participation «actes lourds»)	• CAS • Hors CAS	220% BR 200% BR
	Forfait journalier	100% FR	
	Chambre particulière chirurgicale	54 € / jour	
	Frais d'accompagnement	31 € / jour	
Autres	Cures	• Honoraires • Voyage / hébergement	100% BR
	Frais d'obsèques		1 525 €
	Maternité		Idem prestations maladie

⁽¹⁾ La Base s'entendant du régime de Sécurité sociale auquel est affilié le bénéficiaire, le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire obligatoire le cas échéant, ainsi que l'action sociale de la CRPCEN le cas échéant

⁽²⁾ BR : base de remboursement

⁽³⁾ CAS : contrat d'accès aux soins

⁽⁴⁾ Chiropractie, étiothérapie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, psychothérapie, diététicien, pédicurie

⁽⁵⁾ FR : frais réels

⁽⁶⁾ Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus

Article 6 **FINANCEMENT DU RÉGIME** **COLLECTIF ET OBLIGATOIRE** **DE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ**

6.1 - Structure de la cotisation

Le contrat de complémentaire frais de santé conclu par l'employeur doit prévoir deux groupes de cotisation :

- salarié adhérent seul, cotisation « isolé »,
- salarié adhérent avec des ayants droit à charge, cotisation « famille ».

Afin de garantir à l'ensemble des salariés un niveau de couverture global identique, régime de base compris, chacun des groupes de cotisation comprend différents montants selon que le salarié est affilié :

- au régime spécial de la CRPCEN,
- au régime obligatoire local de l'Alsace-Moselle,
- au régime général de Sécurité sociale.

6.2 - Répartition de la charge de la cotisation entre employeur et salarié

Conformément à l'article L.911-7, II du Code de la Sécurité sociale, l'employeur assume la moitié du financement de la couverture du salarié, tel que visé à l'article 3.1.1 ci-dessus (cotisation « isolé ») et de ses éventuels ayants droit à titre obligatoire, tels que visés à l'article 3.1.2 ci-dessus (cotisation « famille »), après déduction de toute participation issue de prélèvements mutualisés auprès des offices notariaux.

Article 7 **ACTION SOCIALE**

Le régime finance des actions matérialisant son degré élevé de solidarité par l'affectation de 2% des cotisations collectées, tel que défini par l'article R.912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces actions seront définies conformément aux dispositions de l'article R.912-2 du Code de la Sécurité sociale par les partenaires sociaux réunis en Commission mixte paritaire de la convention collective.

Les partenaires sociaux pourront notamment prévoir :

- Une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au b du 2° de l'article R.242-1-6, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

- Le financement d'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 pouvant 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 au champ professionnel ou interprofessionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés.
- La prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - a) Soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salarié et ayants droit ;
 - b) Soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord 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.

TITRE II

RECOMMANDATION

Article 8 **ORGANISME RECOMMANDÉ**

À l'issue d'un appel d'offres répondant à l'ensemble des critères définis par l'article L.912-1, II du Code de la Sécurité sociale, les partenaires sociaux signataires ont choisi de recommander aux employeurs du notariat, l'APGIS, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – 12 rue Massue 94684 VINCENNES cedex - pour assurer la couverture de complémentaire frais de santé des salariés.

Un contrat conforme aux dispositions du présent accord, auquel les employeurs peuvent adhérer dans les conditions ci-après définies, est conclu entre l'APGIS et les partenaires sociaux signataires.

Article 9 COTISATIONS APPELÉES PAR L'ORGANISME RECOMMANDÉ POUR LES BÉNÉFICIAIRES À TITRE OBLIGATOIRE

9.1 - Taux de cotisation

Les taux de cotisation appelés par l'organisme recommandé pour les bénéficiaires à titre obligatoire et correspondant aux garanties définies à l'article 5 ci-dessus sont fixés comme suit :

- salarié affilié au régime spécial de la CRPCEN :
 - adhérent seul : 1,17% du plafond de la Sécurité sociale,
 - adhérent avec ayants droit à charge : 1,76% du plafond de la Sécurité sociale,
- salarié affilié au régime obligatoire local de l'Alsace-Moselle :
 - adhérent seul : 0,79% du plafond de la Sécurité sociale,
 - adhérent avec ayants droit à charge : 1,19% du plafond de la Sécurité sociale,
- salarié affilié au régime général de la Sécurité sociale :
 - adhérent seul : 1,62% du plafond de la Sécurité sociale,
 - adhérent avec ayants droit à charge : 2,44% du plafond de la Sécurité sociale.

Ces taux incluent la taxe sur les contrats d'assurance de 13,27% ainsi que des chargements de 8%.

9.2 - Évolution des cotisations et des garanties

Les taux de cotisation précisés à l'article 9.1 ci-dessus sont garantis par l'organisme recommandé jusqu'au 31 décembre 2018, hors évolutions législatives et réglementaires.

À l'issue de cette période, et en fonction de l'équilibre financier du régime, les garanties et/ou les cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par les partenaires sociaux réunis en Commission mixte paritaire de la convention collective, après présentation des comptes par l'organisme recommandé.

L'organisme recommandé s'engage à prendre à sa charge la totalité des éventuels déficits sur cette période de maintien des cotisations de 3 années.

Article 10 GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES

L'organisme recommandé peut proposer aux salariés affiliés de souscrire des garanties facultatives surcomplémentaires à celles du socle défini à l'article 5.

Ces garanties sont alors souscrites à titre facultatif et financées en totalité par le salarié, pour lui-même et ses éventuels ayants droit. Elles font l'objet d'un contrat spécifique, juridiquement distinct du contrat instaurant les garanties correspondant au socle défini à l'article 5.

Article 11 SUIVI DU CONTRAT CONCLU AVEC L'ORGANISME RECOMMANDÉ

Le contrat de complémentaire frais de santé conclu entre les partenaires sociaux et l'organisme recommandé est soumis au contrôle des partenaires sociaux réunis en Commission mixte paritaire de la convention collective.

Une présentation sera effectuée par l'organisme recommandé à cette fin, au moins 2 fois par an.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1, III du Code de la Sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 12 CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT CONCLU AVEC L'ORGANISME RECOMMANDÉ

Le contrat conclu entre les partenaires sociaux signataires du présent accord et l'organisme recommandé peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet dudit contrat :

- par les partenaires sociaux sus cités, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois,
- par l'organisme recommandé, sous réserve de respecter un préavis de 9 mois, sauf pour l'année du réexamen quinquennal où le délai de préavis sera de 12 mois.

TITRE III

CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

Article 13 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE DE L'ACCORD

Le présent accord à durée indéterminée entrera en vigueur le 1er janvier 2016.

Article 14 RÉVISION ET DÉNONCIATION

Le présent accord pourra être révisé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du Code du travail.

Il pourra être dénoncé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Article 15 DÉPÔT – PUBLICITÉ – EXTENSION

Le présent accord sera déposé, conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du Code du travail. Il sera porté à la connaissance des employeurs et des salariés par sa mise en ligne sur le portail REAL, intranet de la profession, un exemplaire imprimé devant être émargé par tous les membres du personnel et conservé par l'employeur. Il sera soumis à la procédure d'extension prévue aux articles L. 2261-24 et suivants du Code du travail, à l'initiative de la partie la plus diligente.

*Fait à Paris, en huit (8) exemplaires,
Le 9 septembre 2015*