

**ACCORD DU 7 FEVRIER 2022 RELATIF A LA GOUVERNANCE ET AUX
GARANTIES CONTRIBUTIVES ET NON-CONTRIBUTIVES DU REGIME DE
PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DE LA BRANCHE DE LA
METALLURGIE**

**modifié par l'avenant du 1^{er} juillet 2022 et par l'avenant du 11 juillet
2023 (version consolidée)**

Entre :

- l'Union des Industries et Métiers de la métallurgie (ci-après « UIMM »), d'une part,
- les Organisations syndicales représentatives soussignées, d'autre part,

PREAMBULE

L'UIMM et les Organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche de la métallurgie concluent le présent accord relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie.

Les partenaires sociaux confirment leur attachement à un dialogue social régulier, constructif au regard des intérêts communs de leurs mandants, et fondé sur la confiance.

Ce dialogue social est organisé, dans le cadre de la gouvernance des deux régimes de protection sociale complémentaire, en articulant les compétences de la Commission paritaire de suivi (ci-après « CPS ») et de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (ci-après « CPPNI »), cette dernière ayant vocation à interpréter les dispositions conventionnelles de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie du 7 février 2022, relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de soins de santé et en prévoyance de la branche de la métallurgie et à négocier les décisions ayant un effet structurel sur le régime. Ces décisions sont préparées dans le cadre des travaux conduits sous l'égide de la CPS.

La gestion des régimes implique en outre que l'UIMM et les Organisations Syndicales de salariés représentatives s'appuient sur les compétences d'une part du ou des organismes assureurs retenu(s) pour gérer opérationnellement les régimes et d'autre part sur celles d'un actuaire-conseil. Ces deux relations sont contractuelles. Elles doivent donner lieu à une remise en concurrence régulière et a minima tous les 5 ans. Le(s) distributeur(s) d'assurance retenu(s) et l'actuaire-conseil sont choisis d'un commun accord par l'UIMM et les Organisations Syndicales de salariés représentatives.

S'agissant du régime de garanties relatives aux frais de santé d'une part, du régime des garanties couvertes en prévoyance dite « lourde » d'autre part, le pilotage doit respecter le principe du pilotage à l'équilibre. Ceci oblige l'UIMM et les Organisations Syndicales représentatives à prendre toute décision nécessaire au retour à l'équilibre et de prendre chacun leur responsabilité quant à la pérennité du régime, en cas de déséquilibres budgétaire et prudentiel structurels. Dans ce cadre, ils veillent à tendre vers un équilibre du financement, à parts égales, entre les employeurs et les salariés.

Le présent accord vise à déterminer les missions dévolues à la CPS, sa composition, son fonctionnement ainsi que les moyens nécessaires.

Par ailleurs concernant les garanties contributives et non-contributives, le régime de branche institué par le présent accord à vocation à :

- permettre à toutes les entreprises relevant de la branche de la métallurgie visé à l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie de souscrire un contrat d'assurance auprès de l'un des organismes assureurs retenus par les partenaires sociaux de la branche afin de respecter les minima de branche définis dans l'annexe précitée ;
- favoriser la mutualisation des risques, au niveau de la branche, par l'instauration d'un régime de branche, pour les garanties de remboursement de frais de soins de santé, définies au chapitre II, et pour les garanties de prévoyance lourde, définies au chapitre III de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie. Les entreprises rejoignant le régime de branche se verront appliquer les cotisations définies au présent accord.

TITRE I. GOUVERNANCE PARITAIRE DU REGIME DE BRANCHE

Article 1. Champ d'application

Le champ d'application du présent accord est défini à l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 2. Missions de la Commission paritaire de suivi (CPS)

La CPS a pour missions :

1° de piloter paritairement lesdits régimes conventionnels en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte dans le temps des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation ;

A ce titre, elle est chargée :

- de suivre la mise en place et de contrôler l'application des régimes conventionnels en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation. A ce titre, la CPS est éclairée par les travaux menés dans le cadre de l'analyse de la sinistralité de chacun des risques couverts par le régime. Ces travaux sont réalisés dans le cadre d'un observatoire des sinistralités assurant notamment la gestion de bases qui colligent les données relatives à la sinistralité, auprès de chacun des organismes d'assurance gestionnaire du régime, les agrège et en assure l'exploitation statistique conformément aux demandes de la CPS et dans le respect des règles de confidentialité, en particulier celles du règlement général sur la protection des données (RGPD) ;
- de contrôler les opérations administratives, financières et techniques des régimes conventionnels ;
- d'étudier le compte de résultats et le bilan comptable consolidé, de chacun des régimes, produits par le(s) organisme(s) assureur(s) apériteurs et de les approuver. Cette mission s'effectue dans le cadre du principe de pilotage à l'équilibre mentionné en préambule. Les conditions de suivi technique des régimes sont précisées par voie de protocole ;
- de prendre des décisions d'affectation pour améliorer les résultats financiers des régimes conventionnels après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles ;
- d'émettre toutes propositions d'ajustement nécessaires à la pérennité des régimes conventionnels et d'organiser leurs évolutions ;
- de rendre un avis préalable sur toute proposition de modification desdits régimes conventionnels dont la CPPNI ne serait pas à l'initiative ;
- de formuler des propositions d'évolution à la hausse ou à la baisse des garanties et/ou des tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou de déficits ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment. Ces propositions doivent respecter le principe du pilotage à l'équilibre mentionné en préambule ;

- au-delà d'un délai de 2 ans après l'ouverture des régimes, d'accepter ou de refuser l'adhésion (décision motivée) des entreprises dont les effectifs assurables sont supérieurs à 500 personnes ;
- de préparer des propositions de décisions à soumettre à la CPPNI dans le cadre du choix des organismes assureurs, lors des renouvellements, ainsi que des décisions à prendre vis-à-vis de ceux-ci en cas de défaillance dans la gestion du régime.

Au regard des propositions émises par la CPS, la CPPNI peut engager une négociation notamment sur l'évolution des prestations, des taux de cotisations.

2° de définir et gérer la mise en œuvre du degré élevé de solidarité, conformément au cadre fixé par l'article 22 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie et dans le cadre des deux Fonds de solidarité conformément aux dispositions des articles 14 et suivants du présent accord.

Le Fonds de solidarité santé est abondé par les prélèvements opérés sur les primes de la garantie frais de santé, et le Fonds de solidarité prévoyance, par ceux opérés sur les primes des garanties de prévoyance dite « lourde ». Par principe, ces deux Fonds sont pilotés budgétairement à l'équilibre et doivent en permanence être solvables.

Ces deux Fonds sont abondés par les cotisations des entreprises ayant adhéré à l'offre labellisée santé et / ou prévoyance.

Dans ce cadre, la CPS est chargée :

- de contrôler les opérations administratives, financières et techniques conduites par le(s) gestionnaire(s) du Fonds de solidarité ;
- d'étudier le compte de résultats et le bilan comptable, produits par le(s) organisme(s) gestionnaire(s) de chacune des sections du Fonds de solidarité ;
- d'émettre toutes propositions d'ajustement nécessaires au respect de l'équilibre budgétaire susmentionné ;
- de prendre des décisions d'affectation afin d'améliorer les résultats financiers du Fonds de solidarité ;
- de formuler des propositions d'actions qui pourraient être retenues pour être financées par le Fonds solidarité, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 16.2 du présent accord.

Au regard des propositions émises par la CPS, la CPPNI peut engager des négociations notamment sur les actions prises en charge par le Fonds de solidarité.

Article 3. Composition de la Commission paritaire de suivi

La CPS comprend deux collèges répartis de la manière suivante :

- un **Collège salarié** : composé de deux représentants pour chacune des organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche ;
- un **Collège employeur** : composé d'un nombre de représentants de l'UIMM égal au nombre total des membres des organisations syndicales représentatives de salariés.

Tout membre de la CPS doit remplir une déclaration d'intérêt mentionnant les fonctions exercées de salarié, d'administrateur ou de dirigeant au sein d'un organisme complémentaire (institution de prévoyance, mutuelle et société d'assurance), ou au sein d'un groupe au sens du 5° de l'article L 356-1 du code des assurances, quel qu'il soit.

L'actuaire-conseil est désigné par la CPPNI pour une durée maximale de 5 ans. Durant cette période, il est reconduit chaque année par tacite reconduction sauf avis contraire de la CPS.

La CPS peut faire appel, si nécessaire, à des experts extérieurs pour orienter et enrichir ses travaux. La demande en est faite à la majorité simple des membres. Le choix et le changement d'experts sont également décidés à la majorité simple des membres de la CPS.

Article 4. Fonctionnement de la Commission paritaire de suivi

Article 4.1. Présidence paritaire et Secrétariat de la CPS

Article 4.1.1. Présidence paritaire

La Présidence de la CPS est assurée alternativement tous les 2 ans par un représentant employeur ou un représentant des organisations syndicales représentatives de salariés signataires du présent accord. En vue de satisfaire à une représentation équilibrée de l'instance, il est précisé qu'un représentant d'une organisation syndicale représentatives signataires ne pourra exercer à nouveau la Présidence sans qu'un représentant des autres organisations syndicales représentatives signataires n'ait occupé la fonction.

Le candidat est désigné à la majorité simple des membres du collège auquel il appartient. En cas de partage des voix, le candidat le plus âgé est élu.

La Vice-Présidence est assurée et désignée selon les mêmes conditions que la Présidence, au sein de l'autre collège que celui du Président.

La Présidence paritaire est composée du Président et du Vice-Président.

En cas d'absence du Président, son Vice-Président assure la Présidence. En cas d'absence du Vice-Président, la Présidence est assurée par le membre présent le plus âgé des organisations signataires.

Article 4.1.2. Secrétariat

L'UIMM assume la tâche matérielle du Secrétariat de la CPS. A ce titre, elle est chargée, notamment, de la diffusion des convocations ; de l'établissement et de l'envoi de l'ordre du jour après accord de la Présidence paritaire ; de la rédaction du projet de relevé de décisions, puis du relevé de décisions final après validation par la Présidence paritaire ; ainsi que de l'organisation matérielle des réunions.

A la demande du Secrétariat, l'actuaire-conseil pourra intervenir pour l'assister dans ses missions.

Article 4.2. Réunions de la CPS

Article 4.2.1. Fréquence des réunions

A l'initiative de son Président et de son Vice-Président, la CPS tient au moins trois réunions ordinaires par an dont l'une est destinée à examiner et approuver les comptes (comptes de résultats et bilans) présentés dans le rapport annuel relatif à la situation des régimes conventionnels. Cette réunion a obligatoirement lieu au cours du quadrimestre qui suit la date de clôture des comptes annuels et au plus tard le 30 juin.

Lors de la dernière réunion de l'année, la CPS adopte à la majorité simple des membres un calendrier prévisionnel des réunions ordinaires pour l'année à venir. Ce calendrier prévisionnel pourra, le cas échéant, être modifié à la majorité simple, dans l'hypothèse où une réunion ne pourrait se tenir. Cette réunion sera reportée dans les meilleurs délais.

La CPS peut, à titre exceptionnel, tenir des réunions extraordinaires. La demande en est faite à la majorité simple des membres d'un collège. La demande doit indiquer le(s) point(s) qu'ils souhaitent porter à l'ordre du jour.

La CPS peut tenir une réunion extraordinaire relative aux admissions probatoires, dès qu'une entreprise, dont les effectifs assurables sont supérieurs à 500 personnes, se portera candidate à l'entrée dans le régime, conformément au cas prévu au 10ème alinéa du 1 de l'article 2.

Article 4.2.2. Convocation aux réunions

Les membres de la CPS participent aux réunions sur convocation du Secrétariat par courrier électronique ou, à défaut par tout moyen.

La convocation aux réunions est accompagnée de l'ordre du jour définitif.

Elle est adressée à chacun des membres et invités de la CPS dans un délai d'au moins quinze jours avant la réunion ordinaire et d'au moins cinq jours avant la réunion extraordinaire.

Une convocation spécifique est adressée à l'ensemble des membres de la CPS dans le cadre d'une réunion d'admission probatoire, à laquelle est jointe la ou les candidatures à l'entrée dans le régime. Cette convocation est adressée maximum trois jours avant la réunion spécifique.

Article 4.2.3. Siège et tenue des réunions

Par principe, les réunions se tiennent au siège de la CPS, dans les locaux de l'UIMM.

Toutefois, sur demande de la majorité simple des membres de la CPS adressée au Secrétariat au moins sept jours avant la date de la réunion ordinaire et au moins trois jours avant la date de la réunion extraordinaire, celles-ci peuvent se tenir par visioconférence.

La première séance est présidée par le doyen en âge.

Le Président ouvre et lève la séance. Il met en délibération tous les points inscrits à l'ordre du jour et dirige les débats.

Participent aux réunions de la CPS, les membres ayant voix délibérative, le Secrétariat de la CPS et, en tant que de besoin :

- l'actuaire-conseil ;
- le(s) apériteur(s) retenu(s) dans le cadre de la procédure d'appel d'offre ;
- le(s) organisme(s) retenu(s) pour gérer l'observatoire des sinistralités ;
- le(s) autre(s) organisme(s) retenu(s) pour gérer le régime ;
- l'expert mentionné à l'article 3 du présent accord ;
- toute personne invitée après approbation de la majorité absolue des membres.

En cas d'empêchement de l'un des membres de la CPS, l'organisation qu'il représente peut mandater un autre membre présent de la CPS.

Toute désignation doit parvenir au Secrétariat de la CPS au plus tard la veille de la réunion pour laquelle le mandat est attribué, sous la forme d'un pouvoir signé par l'organisation qu'il représente.

Article 4.2.4. Ordre du jour et transmission des documents

Article 4.2.4.1. Modalité de fixation de l'ordre du jour

Dans le cadre d'une réunion ordinaire, l'ordre du jour est arrêté par la Présidence paritaire de la CPS et mis à disposition de ses membres, par le Secrétariat de la CPS, par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, un mois avant la tenue de la réunion.

L'ensemble des membres disposent d'un délai de sept jours à compter de sa réception pour apporter leurs observations, propositions de modifications ou d'ajouts. L'absence de réponse à l'issue de ce délai vaut approbation tacite.

En cas de désaccord, l'ordre du jour définitif est fixé par la Présidence paritaire.

L'ordre du jour définitif est adressé par le Secrétariat de la CPS à ses membres, au moins quinze jours avant la tenue de la réunion ordinaire, par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, en même temps que la convocation.

Dans le cadre d'une réunion extraordinaire, l'ordre du jour est proposé par les membres demandant la tenue de cette réunion et arrêté par la Présidence paritaire, et adressé, par le Secrétariat de la CPS, par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, à l'ensemble des membres.

Dans le cadre d'une réunion extraordinaire relative aux admissions probatoires, la demande d'adhésion tient lieu d'ordre du jour et est jointe à la convocation.

Article 4.2.4.2. Modalité de transmission des documents

Les documents relatifs à la tenue des réunions sont mis à disposition des membres de la CPS par le Secrétariat par courrier ou par le biais d'une plateforme numérique ou, à défaut par tout moyen.

Cette mise à disposition se fera au moins deux semaines avant la tenue des réunions ordinaires et au moins trois jours avant la tenue des réunions extraordinaires.

Dans le cadre d'une réunion extraordinaire relative aux admissions probatoires du 10ème alinéa du 1 de l'article 2, les documents relatifs aux candidatures seront transmis avec la convocation.

Tout dépôt sur la plateforme fera l'objet d'une notification aux membres de la CPS, ainsi qu'à une personne supplémentaire désignée par chacune des organisations syndicales représentatives.

Article 4.2.5. Relevé de décisions

Dans un délai de quinze jours à compter de la réunion ordinaire, un projet de relevé de décisions, rédigé par le Secrétariat, validé par la Présidence paritaire, est adressé par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, à l'ensemble des participants à la réunion.

Dans un délai de sept jours à compter de la réunion extraordinaire, un projet de relevé de décisions, rédigé par le Secrétariat, validé par la Présidence paritaire, est adressé par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, à l'ensemble des participants à la réunion.

Le relevé de décisions est soumis à l'approbation des membres de la CPS à l'occasion de la réunion ordinaire ou extraordinaire qui suit sa validation par la Présidence paritaire.

La version approuvée du relevé de décisions est adressée par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, aux membres de la CPS par le Secrétariat.

Dans un délai maximum de deux jours à compter de la réunion spécifique d'admission probatoire, un relevé de décisions, rédigé par le Secrétariat, validé par la Présidence paritaire, est adressé par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, aux membres de la CPS.

Article 4.2.6. Mode de consultation et de prise de décisions

Lorsqu'un avis de la CPS est nécessaire, il est pris à la majorité simple des voix exprimées.

Chaque organisation syndicale représentative de salariés au niveau national dans la branche dispose d'une voix. L'UIMM dispose d'un nombre de voix égal au nombre de voix de l'ensemble des organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche.

Lorsqu'un avis de la CPS est sollicité dans un délai restreint, c'est-à-dire inférieur à trois jours, il peut faire l'objet, si nécessaire, d'une consultation par voie dématérialisée, lorsque l'urgence le nécessite sur décision de la Présidence paritaire. L'urgence pourra notamment être caractérisée par toute situation de nature à déséquilibrer ou mettre en difficulté le régime.

Dans ce cas, le Secrétariat de la CPS, après avis de la Présidence paritaire, adresse aux membres un courrier électronique comportant le point soumis au vote, ainsi que les documents éventuellement afférents à ce point.

Les membres de la CPS disposent d'un délai de deux jours ouvrables afin de transmettre leur réponse par courrier électronique. L'absence de réponse à l'issue de ce délai vaut approbation tacite. A l'issue de la consultation, le Secrétariat adresse aux membres la décision issue du vote, ainsi que le détail de l'état des votes par organisation (accord, abstention ou refus).

En cas de partage des voix empêchant la CPS de rendre un avis sur quelque sujet que ce soit, le point de l'ordre du jour discuté est transmis à la CPPNI. La CPPNI rend alors un avis définitif, qui s'impose à la CPS, conformément à ses règles de fonctionnement. L'avis de la CPPNI est inscrit au relevé de décisions mentionné au 4.2.5 du présent accord.

Article 5. Moyens accordés aux membres de la CPS

Article 5.1. Formation des membres de la CPS

Les membres de la CPS bénéficieront d'une formation leur permettant d'appréhender ou d'approfondir l'environnement et les enjeux du domaine assurantiel et de la prévoyance afin d'assurer un pilotage efficient et éclairé du régime.

Les formations seront assurées par l'actuaire-conseil et les organismes assureurs **selon les modalités qui seront déterminées à l'issue de la consultation des organismes assureurs pour la constitution du régime**. Elles seront financées par le régime.

Article 5.2. Prise en charge de la rémunération et des frais des membres de la CPS

Article 5.2.1. Prise en charge de la rémunération des membres de la CPS

Les salariés, désignés pour siéger à la CPS, bénéficient d'une autorisation d'absence pour participer tant aux réunions mentionnées à l'article 4.2.1 qu'aux formations prévues à l'article 5.1. du présent accord sans diminution de leur rémunération. Ce coût pourra être pris en charge par le régime, sur justificatifs présentés par l'employeur. Cette autorisation d'absence est accordée par l'employeur sous réserve que le salarié présente la convocation à la réunion ou à la formation, accompagnée respectivement de l'ordre du jour ou de l'attestation d'inscription, et respecte un délai de prévenance qui ne peut être inférieur à 8 jours. En cas de réunion extraordinaire dûment justifiée, ce délai est réduit à 48 heures.

Les salariés siégeant à la CPS pourront également informer de manière anticipée leur employeur de la tenue de réunions, en leur communiquant le calendrier prévisionnel visé à l'article 4.1.1. du présent accord.

Article 5.2.2. Prise en charge des frais des membres de la CPS

Les salariés désignés pour siéger à la CPS bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de déplacement leur permettant de participer tant aux réunions mentionnées à l'article 4.2.1 qu'aux formations prévues à l'article 5.1. du présent accord conformément au barème applicable aux administrateurs du régime AGIRC-ARRCO institué par l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017.

Article 6. Date d'entrée en vigueur

Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2023.

Article 7. Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 8. Révision

Le présent accord peut être révisé à tout moment pendant sa période d'application, par accord collectif conclu sous la forme d'un avenant.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs habilitées à engager la procédure de révision sont déterminées conformément aux dispositions de l'article L. 2261-7 du Code du travail.

Les conditions de validité de l'avenant de révision obéissent aux conditions posées par l'article L. 2232-6 du Code du travail.

Article 9. Dénonciation

Sans préjudice du dernier alinéa de l'article L. 2261-10 du Code du travail, le présent accord peut être dénoncé, à tout moment, par les parties signataires en respectant le délai de préavis de trois mois visé à l'article L. 2261-9 du Code du travail. La dénonciation se fait dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires.

TITRE II. REGIME DE BRANCHE ET MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES CONTRIBUTIVES

Les dispositions du présent titre sont exclusivement applicables aux entreprises ayant rejoint le régime de frais de soins de santé et/ou de prévoyance de la branche de la métallurgie.

Chapitre I. Cotisations applicables et garanties additionnelles

Le régime met en œuvre pour toutes les entreprises de la branche qui l'ont rejoint la mutualisation des garanties définies comme socle minimal dans l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, afin de renforcer la couverture de leurs salariés.

S'agissant du régime de garanties relatives aux frais de santé d'une part, du régime des garanties couvertes en prévoyance dite « lourde » d'autre part, le pilotage doit avoir pour objet l'intérêt social des salariés de la branche, tout en respectant le principe du pilotage à l'équilibre. Cela oblige l'UIMM et les Organisations Syndicales représentatives à prendre toute décision nécessaire à la gestion budgétaire à l'équilibre du régime.

Les tarifs applicables au financement des dites garanties, de frais de santé et de prévoyance, instituées par l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie sont déclinés ci-après.

De même, les partenaires sociaux ont souhaité, en sus des garanties du régime de base proposer, au libre choix des entreprises de la branche, des garanties additionnelles obligatoires ou facultatives pour les salariés en application de l'article 10.2 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, afin de renforcer la couverture de leurs salariés.

Les cotisations et prestations sont gérées par un ou des organismes assureurs.

Le choix du ou des organismes assureurs en charge d'assurer les garanties prévues par le régime institué en application de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie sera réexaminé au maximum tous les cinq ans et fera l'objet d'une procédure de mise en concurrence dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats.

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent aux entreprises ayant rejoint le régime de protection sociale de la branche.

Article 10. Cotisations applicables au régime de branche frais de santé

Article 10.1. Montant des cotisations

Article 10.1. a) Modalités de fixation de la cotisation du régime frais de santé

Les cotisations du régime frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Ces cotisations sont prélevées sur le revenu d'activité ou de remplacement du salarié.

Conformément à l'article D. 911-1-1 du Code de la sécurité sociale, pour les salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié sont réduites dans une proportion représentative du différentiel de garanties définies à l'article 10 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.

Article 10.1. b) Paramètre d'établissement de la cotisation du régime frais de santé

Le tarif applicable dépend des paramètres suivants :

- La région tarifaire conformément à l'article 10.4 du présent accord
- Les garanties minimales conformément à l'article 10.1 et à l'Annexe n° 1 du présent accord relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.
- La composition du foyer familial du salarié conformément à l'article 10.3.a) du présent accord.
- Le caractère obligatoire ou facultatif des garanties additionnelles conformément aux articles 10.2 et 10.3 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.

Les tarifs applicables sont répertoriés à l'Annexe n°4 du présent accord.

Article 10.2. Répartition de la cotisation

Article 10.2. a) Garantie instituée à titre obligatoire

La cotisation servant au financement de la couverture collective, lorsqu'elle est instituée à titre obligatoire dans l'entreprise, est répartie comme suit :

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

S'agissant du financement de la couverture minimale conventionnelle pour les salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la répartition de la prise en charge entre l'employeur et le salarié est assurée dans les mêmes proportions que celles déclinées ci-avant soit :

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

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues dans le présent accord.

La part de la cotisation correspondant à la participation des salariés fait l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur leur salaire à laquelle les salariés ne peuvent s'opposer.

L'employeur est responsable de la retenue de la cotisation et de son versement à l'organisme assureur.

Article 10.2 b) Garanties additionnelles facultatives.

Lorsque les garanties additionnelles sont mises en place, à titre facultatif, au sein de l'entreprise, la cotisation afférente est intégralement à la charge des salariés ayant choisi d'opter pour ce niveau supérieur de garanties.

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement de ces garanties additionnelles facultatives.

Pour rappel, dès lors que la couverture est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations et contributions sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

Article 10.3. Extension optionnelle des garanties aux ayants droit des salariés

Les garanties relevant du socle minimal obligatoire, défini à l'article 10.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, ainsi que les garanties additionnelles relevant de l'article 10.2 de la même annexe, peuvent être étendues au bénéfice des ayants droit des salariés tels que définis ci-après à l'article 10.3 a). Lorsque cette extension est mise en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Article 10.3. a) Définition des ayants droit des salariés

Modifié par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 1.

Sont considérés comme étant les ayants droit des salariés les conjoints et enfants à charge de ces derniers selon les définitions arrêtées ci-après.

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié, marié et non séparé de corps judiciairement ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la date du décès ;
- Le partenaire du salarié lié par un Pacte Civil de Solidarité ;

- Le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du salarié et ceux de son conjoint, tel que définit précédemment, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

- D'une part :
 - Ils sont âgés de moins de 18 ans ;
 - Ou sont âgés d'au moins 18 ans et jusqu'à 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Être sous contrat d'apprentissage ;
 - Suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
 - Être inscrit à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance, et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - Ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés ;
- D'autre part :
 - Ils vivent sous le même toit ;
 - Ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus ;
 - Ou sont fiscalement à la charge du conjoint du salarié (tel que défini ci-avant) ;

Par ailleurs, pour bénéficier des dispositions de maintien des garanties prévus par l'article 4 de la loi du 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint (tel que défini ci-avant), du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;
- Les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du salarié, s'ils naissent vivants et viables.

Article 10.3. b) Modalités d'extension des garanties aux ayants droit des salariés

L'extension des garanties aux ayants droit des salariés peut être instituée, à titre obligatoire ou à titre facultatif, au sein de l'entreprise.

Les employeurs ayant choisi d'instituer, à titre obligatoire, la couverture des ayants droit, tels que définis à l'article 10.3 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, doivent formaliser ce choix par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale au niveau de leur entreprise.

- Extension des garanties aux ayants droit des salariés à titre obligatoire

Pour rappel, lorsque la couverture des ayants droit des salariés est instituée à titre obligatoire au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

- Extension des garanties aux ayants droit des salariés à titre facultatif

Lorsque l'extension des garanties aux ayants droit des salariés est instituée à titre facultatif au sein de l'entreprise, la cotisation afférente est intégralement à la charge des salariés ayant choisi d'opter pour cette extension de garanties.

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement de cette couverture facultative.

Pour rappel, dès lors que la couverture des ayants droit est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations et contributions sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

Article 10.3. c) Modalité de versement des cotisations pour les Garanties additionnelles instituées à titre facultatif

Lorsque la couverture collective est instituée à titre facultatif, conformément aux articles 10.2. b) et 10.3 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, la cotisation est à la charge exclusive du salarié ayant choisi d'y adhérer.

Article 10. 3 d) Structure de cotisations obligatoires

Les options de structure de cotisations obligatoires, pouvant être choisies par l'employeur, dans le cadre du régime de branche, sont déclinées dans le tableau ci-dessous :

Cotisation Isolé/ (conjoint et / ou enfant facultatif dans ce cas la cotisation finançant cette/ces couverture(s) facultative(s) supplémentaire(s) est à la charge exclusive du salarié, sans contrepartie financière au-delà du deuxième enfant)
Cotisations Isolé/duo (salarié et un ayant-droit conjoint ou enfant) /famille (conjoint et/ou enfant(s) au moins deux ayants droit) (adhésion obligatoire en fonction de la composition de la famille)
Cotisation Isolé/famille (adhésion obligatoire en fonction de la composition de la famille)
Cotisation Tarif unique famille (TUF) (adhésion obligatoire des ayants droit)
Cotisation Salarié + enfant(s) / conjoint facultatif (faculté d'ajouter le conjoint à titre facultatif dans ce cas la cotisation finançant cette couverture facultative supplémentaire est à la charge exclusive du salarié)

Au-delà, de cette obligation, l'employeur peut participer au financement de la couverture facultative. Dans ce cas la contribution patronale n'est pas exonérée des cotisations et contributions sociales.

Article 10.4. Régionalisation tarifaire.

Le tarif du régime frais de santé est établi sur la base d'une régionalisation comportant trois (3) zones tarifaires distinctes, à l'exclusion des particularités induites pour le régime d'Alsace/Moselle. Le découpage tarifaire est repris à l'Annexe n°3 du présent accord.

La zone tarifaire applicable est déterminée en fonction du lieu d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'établissement.

- Pour les entreprises mono-établissement : la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction du lieu d'implantation géographique de l'entreprise.
- Pour les entreprises multi-établissements : la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction de celle applicable au siège social de l'entreprise.
- Pour les Groupes : la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction de celle applicable au siège social de la société-mère du Groupe.

A titre dérogatoire, pour les entreprises multi-établissements, à la demande de l'entreprise dont l'effectif est supérieur à un nombre de salariés défini dans le contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale de la métallurgie, et en accord avec son organisme assureur, la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction de la zone qui détient, peu importe le nombre d'établissements dans la zone, le plus de salariés.

Article 10.5. Garanties additionnelles au régime frais de santé

En application des articles 10.2 a) et 10.2 b) de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, les entreprises visées à l'article 2 de la convention collective nationale, peuvent, afin de compléter le niveau de couverture de leurs salariés, instaurer en plus des garanties des bases, les garanties additionnelles déclinées au contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la métallurgie.

- Régime C
- Régime U2'

La grille de ces garanties additionnelles applicables dans le cadre du régime de branche est présentée en Annexe n°2 du présent accord.

Article 10.6. Taux de cotisation du régime frais de santé

Le taux qui s'applique à l'article 10.1 a) au titre du socle minimal de garanties obligatoires est de **1,28** % du PMSS. Le taux qui s'applique pour les salariés relevant du régime local d'Alsace Moselle est de **0,84** % du PMSS.

Si le contrat collectif ne couvre que les salariés, à l'exclusion de leurs ayants-droits (dans le cadre d'une cotisation salarié isolé), les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéficiaire du socle minimal de garanties obligatoires à leurs ayants-droits, conformément aux dispositions de l'article 10.3, du présent accord.

Cette extension se fait à titre facultatif, au choix du salarié selon les modalités prévues au contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la métallurgie. La cotisation supplémentaire finançant cette extension sera à la charge exclusive du salarié.

Article 10.7. Cotisations applicables aux garanties additionnelles

En complément des garanties minimales conventionnelles visées ci-avant, les partenaires sociaux ont choisi de souscrire des garanties additionnelles obligatoires ou facultatives en frais de santé. Les tarifs applicables à ces garanties additionnelles figurent dans le contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 10.8. Exclusions Santé

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire figurant sur le tableau des garanties et renvois associés, dans la limite des montants exprimés,
- Les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis au lexique,
- Les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis au Lexique,
- La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins, la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiquées par des spécialistes hors parcours de soins,

La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale.

Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

- Les dépassements d'honoraires, si ces derniers ne figurent pas sur les feuilles de soins et/ou les factures d'hospitalisation, déclarés à la sécurité sociale.
- Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR),
- Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas de prise en charge par la sécurité sociale,
- L'achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée).

Article 11. Reprise des encours et Revalorisations

Article 11.1. Modalité de financement de la reprise des encours.

La reprise des encours des entreprises ayant intégrées le régime de branche, est conditionnée au paiement d'une « prime unique » et d'une « cotisation additionnelle mutualisée ». Peuvent bénéficier de la reprise des encours au titre d'aggravations d'états pathologiques antérieurs, les entreprises ayant dans leurs effectifs, des salariés dont l'arrêt de travail (non assuré par un précédent organisme assureur ou assuré par un précédent organisme assureur à un niveau moindre et hors les revalorisations de rentes et les garanties décès mentionnées à l'article 11.2) est en cours à la date d'effet d'adhésion au régime de branche.

Pour chaque catégorie de bénéficiaires définie à l'article 15.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, est fixée un seuil d'effectif physique. Chaque salarié est décompté pour une unité, quel que soit son temps de travail, pour la détermination de l'effectif physique.

- Le seuil d'effectif pour les salariés cadres est de 20 salariés ;
- Le seuil d'effectif pour les salariés non-cadres est de 20 salariés.

Pour chaque catégorie de bénéficiaire, l'entreprise est qualifiée de « petite entreprise » si ses effectifs physiques sont inférieurs ou égaux aux seuils d'effectifs de cette catégorie et de « moyenne ou grande entreprise » s'ils sont strictement supérieurs.

Les petites entreprises sont exonérées de la « prime unique ». Une « cotisation additionnelle mutualisée » est définie par catégorie de bénéficiaires. Celle-ci est acquittée par l'ensemble des entreprises, pour une durée de cinq ans. Elle couvre le coût de la reprise des aggravations des états pathologiques antérieurs, des entreprises qualifiées de « petites entreprises », pour cette catégorie de bénéficiaires, le cas échéant en différentiel de la prestation versée au titre de la situation antérieure par un précédent contrat d'assurance.

Les « petites entreprises » acquittent la « cotisation additionnelle mutualisée »

La « prime unique », destinée à financer le coût de reprise des aggravations des états pathologiques antérieurs de l'entreprise, est acquittée par chacune des entreprises qualifiées de « moyenne ou grandes », par catégories de bénéficiaires, en sus de la « cotisation additionnelle mutualisée » également acquittée par les entreprises qualifiées de « moyennes ou grandes ».

Article 11.2. Indice de revalorisation des prestations.

Les indemnités journalières complémentaires, la rente d'invalidité complémentaire et le salaire de référence permettant le versement du capital décès et de la rente éducation sont revalorisés en fonction de l'évolution d'un indice comprise entre zéro et l'évolution de la valeur de service du point du régime unique AGIRC-ARRCO, en fonction des marges disponibles sur le régime.

Cet indice est celui mentionné à l'article 18.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, afin de renforcer la couverture de leurs salariés. Il est fixé par la CPPNI après avis de la CPS, celle-ci s'étant concertée préalablement avec les organismes assureurs.

Article 12. Cotisations applicables au régime de prévoyance lourde

Article 12.1. Assiette des cotisations du régime de branche en prévoyance

Modifié par Avenant du 11 juillet 2023 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 1.

- Cas général

L'assiette de cotisations afférentes au présent régime correspond à l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

L'assiette des cotisations précitée est limitée aux deux tranches suivantes :

- T1 : de 0 à 1 PASS
- T2 : de 1 à 8 PASS

- Cas particulier des salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur conformément à l'article 15.2 a) de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie.

Pour la garantie incapacité

L'assiette des cotisations des salariés en suspension du contrat de travail indemnisé (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...), pour la garantie incapacité, est égale au montant brut dudit revenu de remplacement, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur.

Pour les garanties décès et invalidité

L'assiette des cotisations pour les garanties invalidité et décès des salariés en suspension indemnisée du contrat de travail (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...) est la rémunération antérieure (salaire des douze derniers mois) à la suspension indemnisée du contrat de travail du salarié telle que définie au point précédent « cas général ».

Article 12.2. Taux

Le financement du présent régime est assuré, pour les salariés cadres et non-cadres tels que définis à l'article 15.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, par une cotisation globale assise sur l'assiette définie au 12.1 du présent chapitre, en détaillant le taux pour chacune des tranches T1 et T2.

Il comprend :

- Le coût de l'octroi de la garantie décès à tous les salariés sous contrat de travail, en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise en chapeau des garanties maintenues par le précédent assureur et
- Le coût de la revalorisation des prestations en cours, incapacité temporaire, invalidité permanente et rente éducation au-delà du niveau atteint à la date de résiliation de l'adhésion auprès de l'ancien assureur, conformément à l'article 18.2 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie

Les taux de cotisations applicables sont destinés à financer les garanties minimales définies à l'article 17 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et de prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.

Ils sont ventilés par risque selon les modalités suivantes :

- Garantie socle (y compris garantie de passif) :
 - 1,021 % T1 pour les salariés cadres
 - 1,743 % T2 pour les salariés cadres
 - 1,849 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 1,849 % T2 pour les salariés non-cadres

- Garantie incapacité :
 - 0,197 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,330 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,455 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,455 % T2 pour les salariés non-cadres
- Garantie invalidité :
 - 0,310 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,900 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,889 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,889 % T2 pour les salariés non-cadres
- Garantie décès au titre de la garantie en capital :
 - 0,386 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,386 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,250 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,250 % T2 pour les salariés non-cadres
- Garantie décès au titre de la garantie en rente éducation :
 - 0,105 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,105 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,147 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,147 % T2 pour les salariés non-cadres
- Garantie de passif (garantie additionnelle mutualisée de l'article 11.1 pour une durée limitée à 5 ans) :
 - 0,023 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,023 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,108 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,108 % T2 pour les salariés non-cadres

Article 12.3. Répartition de la cotisation du régime de branche en prévoyance

Modifié par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 2.

Cette cotisation est répartie entre employeur et salarié selon la clé de répartition suivante :

Participation de l'employeur	Participation du salarié
Garantie incapacité :	Garantie incapacité :
0,197 % T1 pour les salariés cadres	0 % T1 pour les salariés cadres
0,329 % T2 pour les salariés cadres	0 % T2 pour les salariés cadres
0 % T1 pour les salariés non-cadres	0,455 % T1 pour les salariés non-cadres
0 % T2 pour les salariés non-cadres	0,455 % T2 pour les salariés non-cadres
Garantie invalidité :	Garantie invalidité :
0,310 % T1 pour les salariés cadres	0 % T1 pour les salariés cadres
0,900 % T2 pour les salariés cadres	0 % T2 pour les salariés cadres
0,444 % T1 pour les salariés non-cadres	0,445 % T1 pour les salariés non-cadres
0,444 % T2 pour les salariés non-cadres	0,445 % T2 pour les salariés non-cadres
Garantie décès au titre de la garantie en capital :	Garantie décès au titre de la garantie en capital :
0,386 % T1 pour les salariés cadres	0 % T1 pour les salariés cadres
0,386 % T2 pour les salariés cadres	0 % T2 pour les salariés cadres
0,169 % T1 pour les salariés non-cadres	0,081 % T1 pour les salariés non-cadres
0,169 % T2 pour les salariés non-cadres	0,081 % T2 pour les salariés non-cadres
Garantie décès au titre de la garantie en rente éducation :	Garantie décès au titre de la garantie en rente éducation :
0,105 % T1 pour les salariés cadres	0 % T1 pour les salariés cadres
0,105 % T2 pour les salariés cadres	0 % T2 pour les salariés cadres
0,074 % T1 pour les salariés non-cadres	0,073 % T1 pour les salariés non-cadres
0,074 % T2 pour les salariés non-cadres	0,073 % T2 pour les salariés non-cadres
Garantie de passif :	Garantie de passif :
0,023 % T1 pour les salariés cadres	0 % T1 pour les salariés cadres
0,023 % T2 pour les salariés cadres	0 % T2 pour les salariés cadres
0,108 % T1 pour les salariés non-cadres	0 % T1 pour les salariés non-cadres
0,108 % T2 pour les salariés non-cadres	0 % T2 pour les salariés non-cadres

Les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1

du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement des garanties additionnelles obligatoires.

Article 12.4. Plafond du salaire de référence du régime prévoyance.

En tout hypothèse le salaire servant de référence au calcul des garanties de prévoyance ne peut excéder huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Article 12.5. Garanties additionnelles obligatoires Prévoyance.

En complément des garanties minimales conventionnelles visées ci-avant, les partenaires sociaux ont choisi de souscrire des garanties additionnelles obligatoires en prévoyance. Les tarifs applicables à ces garanties additionnelles figurent dans le contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale de la métallurgie.

Les partenaires sociaux s'accordent sur la liste des garanties additionnelles figurant ci-après du 12.5.i au 12.5.vi, qui servira de référence pour finaliser le contrat cadre mentionné ci-dessus.

Ces garanties additionnelles prennent la forme d'une prestation complémentaire différentielle égale aux niveaux globaux d'indemnités mentionnés aux points 12.5.i à 12.5.vi suivants, sous déduction des prestations de Sécurité sociale et des obligations de l'employeur notamment conventionnelles, en particulier celles relevant de l'annexe 9 de la convention collective de la métallurgie.

Article 12.5. i Montant de l'indemnité journalière complémentaire additionnelle

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire additionnelle pour les salariés cadres est déterminée sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

Option A 1

- **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Option B 1

- **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie., pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire additionnelle pour les salariés non-cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

Option A 2

- **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Option B 2

- **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Article 12.5. ii Montant de la rente invalidité additionnelle

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire optionnelle pour les salariés cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

Option 1

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **48 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Option 2

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **51 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire optionnelle pour les salariés non-cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

Option 1

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **45 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **75 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la

métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **75 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Option 2

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **48 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Option 3

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **51 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 12.5. iii Montant du capital décès additionnel

Le montant de ce capital décès optionnel pour les salariés cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

- Option 1 : **250 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 2 : **300 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 3 : **350 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Le montant de ce capital décès optionnel pour les salariés non-cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

- Option 1 : **150** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 2 : **200** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 3 : **250** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 4 : **300** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 5 : **350** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 12.5. iv Montant de la majoration en cas de décès du salarié en situation maritale ou assimilée (conjoint, concubin, partenaire de pacs)

Le capital décès précédemment défini est majoré de 50 % lorsque le salarié décédé était lié à un conjoint au jour du décès, de sorte qu'appliquée à la garantie et aux options définies aux 17.3.c). ii, la garantie majorée soit la suivante :

- Garantie décès socle cadres : 200 % du salaire de référence
 - Option A 1 : **250** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option B 1 : **300** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option C 1 : **350** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Garantie décès socle non-cadres : 100 % du salaire de référence
 - Option A 2 : **150** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option B 2 : **200** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option C 2 : **250** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option D 2 : **300** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option E 2 : **350** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

En application du 17.3. d) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié, marié et non séparé de corps judiciairement à la date du décès ;
- Le partenaire du salarié lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- Le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins. Toutefois, la condition de durée d'un an est supprimée en cas de décès d'origine accidentelle du salarié.

Article 12.5. v Montant de la rente éducation optionnelle

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation optionnelle en cas de décès d'un salarié cadre défini à l'article 15.1 est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

- Option A 1 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **6 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
- Option B 1 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **12 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation optionnelle en cas de décès d'un salarié non-cadre défini à l'article 15.1 est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

- Option A 2 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **6 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
- Option B 2 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **12 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;

Article 12.5 vi Doublement de la rente éducation en cas de décès des deux parents

Supprimé par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 3.

Article 12.6. Exclusions Prévoyance.

- 1° Sont exclus des garanties décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, rente éducation, les décès résultant des faits suivants :
- De la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non), mettant en cause l'Etat français,
 - D'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active, sauf accomplissement du devoir professionnel, légitime défense ou assistance à personne en danger,
 - Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus, sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.
 - Le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive. Dans ce cas, le capital décès est versé au bénéficiaire subséquent.
 - Tout déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée, ou déconseillée sauf raison professionnelle, telle que publiée sur le site du Ministère des Affaires étrangères français, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées aux conditions générales « Obligations liées à la territorialité ».

Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de cinq jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

- 2° Sont exclus des garanties, incapacité temporaire de travail–invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :
- De faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors cas de suicide)
 - Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus, sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.
 - Les conséquences d'une grossesse non pathologique

Chapitre II. Financement du dispositif de portabilité pour les entreprises en Liquidation judiciaire

Article 13. Portabilité en liquidation judiciaire

Au-delà des dispositions visées aux articles 13.1 et 20.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, en cas d'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire de l'entreprise, les garanties prévues au présent régime sont maintenues en application du dispositif de portabilité des droits au profit de l'ancien salarié licencié pour motif économique, tant que le contrat

d'assurance qui garantit la couverture du salarié n'a pas été résiliée. Cette portabilité est assurée même en l'absence de paiement de cotisations.

TITRE III GARANTIES NON-CONTRIBUTIVES DU REGIME DE BRANCHES

Les dispositions du présent titre sont exclusivement applicables aux entreprises ayant rejoint le dispositif de garanties présentant un degré élevé de solidarité du régime de branche de la métallurgie.

Article 14. Objet

En application des dispositions de l'article 22 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, et conformément aux dispositions de l'article L 912-1 du Code de la sécurité sociale, le présent chapitre instaure des garanties présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Les organisations syndicales et patronales signataires de l'accord de branche conclu au niveau de la branche ont affirmé leur attachement :

- à mettre en œuvre une politique d'action sociale correspondant à la situation spécifique de la branche et venant en supplément des actions pouvant déjà être développées par ailleurs ;
- à en assurer le pilotage et le suivi de manière pertinente et efficiente en commission paritaire de suivi instituée par le Titre I du présent accord ;
- à optimiser la gestion des fonds destinés à financer les actions de solidarité qu'ils auront déterminées, à en garantir une gestion transparente et donc à prévoir une mutualisation renforcée.

C'est pour s'assurer de pouvoir atteindre ces objectifs que les partenaires sociaux, au sein de la Commission paritaire de suivi, ont entendu mettre en place une politique de solidarité conventionnelle pour chacun des régimes complémentaires, santé et prévoyance, en :

- assurant, d'une part, une mutualisation des fonds des entreprises et des salariés qui cotisent au titre d'assurances collectives mises en œuvre en application du présent accord et ce, conformément aux dispositions des articles L.912-1 IV, R. 912-2, R. 912-3 et D. 912-14 du Code de la sécurité sociale ;
- mettant en œuvre, d'autre part, un pilotage paritaire maîtrisé du déploiement des prestations à caractère non directement contributif inhérentes à la mise en œuvre des régimes conventionnels de protection sociale complémentaire, santé et prévoyance.

Article 15. Financement du fonds de solidarité

Les garanties relevant du degré élevé de solidarité sont financées et gérées de manière mutualisée pour les entreprises et salariés relevant du champ d'application du présent accord et ayant rejoint le(s) organisme(s) de prévoyance gérant le régime.

Pour financer ces actions et prestations de solidarité, il est créé un fonds de solidarité dédié auquel les entreprises et les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % HT des cotisations servant au financement du régime obligatoire institué dans l'entreprise pour répondre à l'obligation de mettre en place une couverture en matière de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance lourde.

Cette cotisation vient en déduction des cotisations versées par les entreprises aux organismes assureurs.

Article 16. Modalités de fonctionnement du fonds de solidarité

Article 16.1. Article 16.1 Bénéficiaires

Peuvent bénéficier des fonds de solidarité les salariés couverts par les régimes de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance lourde mis en œuvre par le présent accord, c'est-à-dire les salariés appartenant aux entreprises entrant dans le champ de la mutualisation de la branche et qui abondent le fonds social.

Article 16.2. Prestations

Le fonds social est destiné à la mise en œuvre des actions sociales de solidarité et de prévention visant à préserver ou améliorer collectivement ou individuellement la situation des salariés qui connaissent ou sont susceptibles de connaître des difficultés, et ce, quelle qu'en soit l'origine.

Ainsi, ce fonds a pour finalité de financer des prestations non directement contributives et notamment d'octroyer des aides à titre exceptionnel, au profit de l'ensemble des salariés susvisés.

Le fonds peut également intervenir dans la mise en place d'actions collectives ayant pour objectif de mettre à la disposition des membres participants des outils ou des structures leur permettant de trouver des compléments d'information ou de soutien, tant sur le plan matériel que sur le plan psychologique.

Le fonds social est également destiné à financer des actions contribuant à la prévention des risques professionnels au sein des entreprises de la branche.

L'action sociale intervient :

- Soit en complément à celle d'autres organismes prioritaires pour intervenir (Sécurité sociale, Maisons Départementales du Handicap, organismes assureurs) ;
- Soit de manière unique.

La Commission paritaire de suivi veille à la mise en œuvre par les assureurs des actions visées dans l'accord et définies à l'Annexe 5.

Les organismes assureurs gestionnaires des prestations financées par le fonds social pourront à titre expérimental, consacrer une partie des ressources du fonds pour financer des actions autres que celles définies dans le présent accord, sous réserve de respecter le champ défini par l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale.

La mise en œuvre, des actions expérimentales est conditionnée à la présentation et à la validation préalable desdites actions par la Commission paritaire de suivi qui en fixe les modalités (contenu, durée d'expérimentation, part du fonds sociale mobilisé) :

- La durée d'expérimentation ne pourra pas dépasser 2 ans,
- L'ensemble des dépenses résultants des expérimentations ne pourra excéder 20 % des dépenses de l'organisme assureur au titre du DES.

A l'issue de la période d'expérimentation, la commission paritaire de suivi pourra proposer à la CPPNI la généralisation des actions expérimentales à l'ensemble des entreprises visées à l'article 2 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie.

Article 17. Organismes gestionnaires

Article 17.1. Modalités de gestion

Article 17.1. a) Gestion et délégation de gestion des prestations par les organismes gestionnaires

Conformément aux principes visés dans le présent accord, chaque organisme assureur retenu pour la couverture des garanties visées par le régime de branche, est mandaté pour assurer la gestion, pour le compte de la branche et en application des accords conclus par elle, des politiques de solidarité mises en œuvre dans le cadre des régimes conventionnels de prévoyance et de remboursement de frais de soins de santé.

Les organismes assureurs gestionnaires visés ci-dessus peuvent déléguer la gestion des prestations prévues par le présent chapitre à l'un des autres organismes mandatés par la branche.

Article 17.1. b) Apéritition des Fonds de solidarité

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation choisit, parmi les organismes assureurs retenus, le(s) apériteur(s) des fonds de solidarité.

Article 17.2. Durée du mandat de gestion

Le mandat de gestion est d'une durée déterminée qui ne pourra pas être supérieure à 5 ans.

Le premier mandat prend effet à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat cadre.

Article 17.3. Modalités de renouvellement ou de changement des organismes gestionnaires des prestations

À chaque échéance du mandat, la branche se positionnera paritairement pour un renouvellement ou un changement des organismes gestionnaires des prestations.

Article 17.4. Missions des gestionnaires

Article 17.4. a) Missions de chacun des gestionnaires des prestations.

Chacun des organismes assureurs ayant la charge de gérer les prestations prévues par le présent dispositif, a notamment pour mission :

- De dispenser les prestations mentionnées à l'article 16.2 du présent accord, selon les modalités qui y sont spécifiées s'agissant des prestations mentionnées dans le présent accord et de la marge de manœuvre encadrée laissée à la discrétion des organismes assureurs ;
- D'accompagner et conseiller la Commission paritaire de suivi dans la détermination des actions et prestations de solidarité prioritaires dans la branche ;

Les sommes gérées par les organismes assureurs gestionnaires des prestations, mandatés par la branche ne sont, en aucun cas, leur propriété, pas plus qu'elles ne sont celle des organismes assureurs auprès desquels les entreprises ont souscrit leurs contrats d'assurance collectifs.

Tout organisme mandaté par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation pour gérer ses politiques de solidarité reconnaît expressément, en acceptant ce mandat, qu'il ne disposera d'aucun droit sur les sommes ainsi gérées, et celui-ci s'engage à les restituer à la branche une fois son mandat arrivé à échéance.

Les organismes gestionnaires des prestations mettent en œuvre le protocole technique et financier mentionné au 17.4. b), en ce qui les concernent.

Article 17.4. b) Missions du gestionnaire du fonds de solidarité

Les relations entre l'organisme gestionnaire du fonds de solidarité et la Commission paritaire de branche sont précisées par voie de protocole technique spécifique visé par les partenaires sociaux.

Ce protocole fixe en particulier les modalités d'apurement par l'organisme gestionnaire du fonds, précisant notamment les voies et moyens de la péréquation entre les organismes gestionnaires des prestations, de la consolidation comptable et de la restitution qui en est faite, *a minima* annuellement, à la Commission paritaire de suivi.

L'organisme gestionnaire du fonds de solidarité a également pour mission de fournir un reporting à la Commission paritaire de suivi afin en particulier :

- De détailler les flux comptables existant entre les différents intervenants. Ce reporting participe aux obligations de restitution réglementaires de la branche prévues par le Code de la sécurité sociale ;
- D'assurer un suivi des actions menées au profit des salariés et des entreprises de la branche, d'en faire des restitutions périodiques à la branche, de veiller aux éventuels besoins d'évolutions et de produire, en tant que de besoin, tous les indicateurs et outils permettant à la Commission paritaire de suivi d'arrêter ou de modifier les actions utiles aux salariés et entreprises de la branche.

Ce travail de reporting général permettra également à la Commission paritaire de suivi de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs pour lui permettre de faire évoluer, le cas échéant, ses politiques conventionnelles de solidarité.

Article 18. Rapports annuels sur la mise en œuvre du degré élevé de solidarité

Les organismes gestionnaires des prestations remettront chacun, à la Commission paritaire de suivi, un rapport d'information sur l'effectivité des politiques de prévention et d'actions sociales mises en œuvre dans le cadre du degré élevé de solidarité. De surcroît, l'organisme gestionnaire du fonds social s'engage à fournir un rapport d'information relatif aux missions spécifiques qui lui sont confiées et qui sont mentionnées à l'article 8.

Les organismes mandatés au titre de la gestion des politiques conventionnelles de solidarité s'engagent expressément, à formaliser lesdits rapports conformément aux exigences des textes en vigueur.

La commission paritaire de suivi veillera au bon fonctionnement de ces dispositifs au travers des rapports annuels.

TITRE IV – LA MARQUE

Créé par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 4.

L'UIMM (ci-après l'« UIMM ») et les organisations syndicales de salariés signataires du présent accord (ci-après les « Organisations Signataires » ; (l'UIMM et les Organisation Signataires étant ci-après désignées les « Parties ») ; conviennent de doter le régime de branche en protection sociale complémentaire de signes distinctifs, incluant une Marque.

Article 19. Les signes distinctifs

Les signes distinctifs consistent en :

- Un signe verbal, déposé à titre de marque auprès de l'INPI : « cœur industrie » dont les détails sont joints en annexe 6, ci-après la « Marque » ;
- Un logo :



- Une signature : « Le régime de protection sociale complémentaire de la métallurgie » ;

Les modalités d'utilisation de ces signes distinctifs sont notamment spécifiées dans un brandbook dont les détails sont joints en Annexe 7.

L'ensemble de ces éléments a été validé, à l'unanimité, par les organisations signataires, en CPPNI.

Les Parties conviennent que ces éléments pourront faire l'objet d'évolutions futures.

La Marque, et les signes distinctifs, sont la propriété de l'UIMM qui prend en charge toutes les formalités administratives afférentes (notamment le dépôt et le renouvellement de la Marque auprès de l'INPI).

L'UIMM s'engage à procéder au renouvellement de la Marque auprès de l'INPI, à chaque échéance de renouvellement, tant que la Marque est utilisée pour désigner le régime de branche de protection sociale complémentaire.

Article 20. Usages des signes distinctifs

2.1. Généralités

Les signes distinctifs ne peuvent être utilisés qu'au titre du régime de branche, dans le cadre exclusif défini par le présent accord.

Les signes distinctifs devront être utilisés conformément au brandbook dont les détails sont joints en Annexe 7, et à ses éventuelles évolutions.

2.2. Usage de la Marque par les Parties

L'UIMM et les Organisations Signataires peuvent utiliser la Marque pour la promotion du régime de branche, en particulier auprès de leurs adhérents. A cette fin, l'UIMM concède aux Organisations Signataires un droit non-exclusif d'utilisation de la Marque en France et sans droit de sous-licence, aux seules fins de promotion du régime de branche :

- Sur tous supports de communication : électroniques, papiers, documents commerciaux, documents audiovisuels, multimédias, prospectus.

Les Parties reconnaissent et acceptent que cet avenant ne confère aux Organisations Signataires aucun droit de propriété sur la Marque.

Les Organisations Signataires s'interdisent de procéder au dépôt d'une marque, ou de tout signe distinctif (nom de domaine, etc.), similaire à la Marque.

Cette licence est accordée à titre gratuit.

Cette licence est accordée par l'UIMM aux Organisations Signataires pour une durée égale à celle de la validité de la Marque. Si la marque n'était pas renouvelée, pour le motif prévu à l'article 1, ou était annulée ou déchue, la présente licence serait automatiquement résiliée.

2.3. Usage par les organismes assureurs dont l'offre est labellisée pour gérer le régime de branche

Par contrats de licence séparés, la Marque sera concédée en licence par l'UIMM, à titre gratuit, aux organismes assureurs dont l'offre est labellisée pour gérer le régime de branche.

Les contrats de licence prévoient que ce droit leur soit automatiquement retiré dès que leur offre cesse d'être labellisée, que ce soit de leur fait ou de celui des Organisations Signataires.

La Marque peut être utilisée par les organismes assureurs dont l'offre est labellisée, par les entités des groupes qu'elles constituent, ou par leurs sous-traitants. Néanmoins, si les organismes assureurs dont l'offre est labellisée souhaitent qu'une entité du groupe ou un sous-traitant utilise la Marque, ils doivent en faire la demande préalable écrite auprès de l'UIMM en spécifiant les modalités d'usage souhaitées. L'autorisation sera accordée explicitement par l'UIMM, après accord des Organisations Signataires. L'absence de réponse vaudra rejet.

La Marque peut être utilisée par les organismes assureurs dont l'offre est labellisée, leurs entités et leurs sous-traitants, exclusivement pour la distribution et la commercialisation du régime de branche ou des prestations afférentes, y compris celles relevant du degré élevé de solidarité. »

Fait à Paris, le 7 février 2022

- l'Union des Industries et Métiers de la Métallurgie

Signataire

- la Fédération des Cadres, de la Maîtrise et des Techniciens de la Métallurgie CFE-CGC

Signataire

- la Fédération Confédérée FO de la Métallurgie

Signataire

- la Fédération Générale des Mines et de la Métallurgie CFDT

Signataire

- la Fédération des Travailleurs de la Métallurgie CGT

Non signataire

Liste des annexes

Modifié par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 5.

Après l'annexe 5 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie, sont ajoutées une annexe 6 (La marque) et une annexe 7 (Brandbook).

- Annexe n° 1 : Grille des garanties minimales
- Annexe n° 2 : Grille des garanties additionnelles
- Annexe n° 3 : Découpages tarifaires régionaux
- Annexe n° 4 : Tableaux des tarifications régionalisées
- Annexe n° 5 : Liste des prestations à caractère non directement contributif
- Annexe n° 6 : La Marque
- Annexe n° 7 : Brandbook

Annexe n° 1 : Grille des garanties minimales frais de santé

Modifiée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – Annexe 1

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Base conventionnelle uniquement (si choisi)
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (y compris maternité)	
Frais de séjour	100 % BR
Honoraires	
Honoraires signataire Optam/Optam CO	150 % BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	130 % BR
Chambre particulière (y compris en ambulatoire) – forfait maximum / jour / bénéficiaire	1,5 % PMSS
Forfait hospitalier	100 % DE
Lit d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)	1,00 % PMSS
Cas de la maternité (a) : Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Oui
Forfait patient urgence (b)	Sans reste à payer
Transport sanitaire	100 % BR
DENTAIRE auprès d'un professionnel	
Soins dentaires	125 % BR
Implant dentaire – forfait / implant (maxi deux par an)	-
Orthodontie	
Orthodontie remboursée SS	225 % BR
Orthodontie non remboursée SS	-
Parodontologie	
Parodontologie remboursée SS	125 % BR
Parodontologie non remboursée SS – forfait maximum / an / bénéficiaire	-
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé (1) après intervention de la Sécurité sociale, sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder les HLF	
Inlay core	100 % des frais restant à charge
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % des frais restant à charge
Panier maîtrisé (2) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder les HLF	
Inlay, onlay	225 % BR
Inlay core	225 % BR
Prothèses dentaires	225 % BR

	Base conventionnelle uniquement (si choisi)
DENTAIRE auprès d'un professionnel (suite)	
Panier libre (3)	
Inlay, onlay	225 % BR
Prothèses dentaires	225 % BR
Inlay core	225 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (11)	
OPTIQUE (c)	
Équipement optique de classe A (100 % Santé) après intervention de la Sécurité sociale, sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder le PLV	
Équipement optique (1 monture + 2 verres) 100 % Santé (4) :	100 % des frais restant à charge
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % des frais restant à charge
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	100 % des frais restant à charge
Équipement optique de classe B au tarif libre (5) (maxi 100€ pour la monture)	
Monture + deux verres simples	250 €
Monture + deux verres complexes	350 €
Monture + deux verres très complexes	450 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	300 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	350 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	400 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder 100 % des PLV	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder 100% des PLV	100 % BR
Dans tous les cas (verres de classe A ou B) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder 100 % des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance	100 % BR
Autres suppléments (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Lentilles	
Lentilles prises en charge SS – forfait maximum / an / bénéficiaire	200 € (minimum TM)
Lentilles non prises en charge SS – forfait maximum / an / bénéficiaire	200 €
Chirurgie optique réfractive – forfait / œil	
	-

Base conventionnelle
uniquement
(si choisi)

PROTHESES AUDITIVES (6)		
Équipement 100 % Santé (7)		
Aides auditives après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV		100 % des frais restant à charge
Équipement libre (8)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale sur une période de quatre ans		1 700 € TTC
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire (par période de quatre ans)		200 % BR pour un ou deux appareils
Aides auditives pour les personnes atteintes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes à 1/20e de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) par période de quatre ans		200 % BR pour un ou deux appareils
Piles remboursées SS (9)		100 % BR
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
Honoraires médicaux		
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam		100 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste non Optam		100 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO		150 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non-signataire Optam/Optam CO		130 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO		150 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non-signataire Optam/Optam CO		130 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO		150 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie non-signataire Optam/Optam CO		130 % BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement		100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire		100 % BR
Cas de la maternité (a) :		Oui
Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité		
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique		200 % BR
Forfait actes lourds		100 % FR
Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15 % SS)		100 % BR

						Base conventionnelle uniquement (si choisi)
AUTRES POSTES						
Médecine douce et sevrage tabagique (10) (maxi : 4 séances ou intervention par an pour l'ensemble des postes ci-dessous)						
Ostéopathie, forfait / séance ou intervention / bénéficiaire		Chiropraxie,		Acupuncture		25 € maximum
Psychomotricité, forfait / séance ou intervention / bénéficiaire		Étiopathie,		Sevrage tabagique		25 € maximum
Forfait maternité ou adoption – forfait / enfant						150 €
Cures thermales						
Traitement						-
Voyage et hébergement – forfait maximum / an / bénéficiaire						-
Consultation d'un psychologue remboursé SS						100 % BR
Assistance						Oui
Actes de prévention selon contrat responsable Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code						
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.						100 % BR
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).						100 % BR
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.						100 % BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).						100 % BR
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :						
a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;						
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;						100 % BR
c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;						
d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;						
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).						
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.						100 % BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :						
a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;						
b) Coqueluche : avant 14 ans ;						
c) Hépatite B : avant 14 ans ;						
d) BCG : avant 6 ans ;						100 % BR
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;						
f) Haemophilus influenzae B ;						
g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.						
						Base conventionnelle uniquement (si choisi)
AUTRES POSTES (suite)						
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale						
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)						-

SS = Sécurité sociale, RSS = Remboursement Sécurité sociale, BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, BRR = Base de Remboursement Reconstituée, BRSS - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement

de la Sécurité sociale, DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale, TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise), RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale), RC = Régime complémentaire, PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale, HLF = Honoraires Limite de Facturation, PLV = Prix Limite de Vente

(a) Dans la limite des garanties énoncées des postes Hospitalisation et Soins courants

(b) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

(c) Le remboursement est limité :

- à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire.
- à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.

(7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(8) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

(9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(10) Acupuncture, l'ostéopathie et la chiropraxie : seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. Etiopathie : il doit s'agir d'étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

(11) Prestations proratisées sur la base d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale (BRR 2022 = 120 €).

En outre, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le régime prend en charge le ticket modérateur pour toutes les consultations de psychologues remboursées par la Sécurité Sociale

GARANTIES PREVOYANCE BASE CONVENTIONNELLE–

SALARIES « CADRES »

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches 1 et 2 (1)
 Les modalités de versement et de revalorisation des prestations, leur assiette et les exclusions de garanties sont détaillées au sein des Conditions générales remises par les organismes assureurs lors de la souscription du contrat d'assurance et annexées au présent Contrat cadre.

		Base conventionnelle
CAPITAL		DÉCÈS
OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)		
Capital décès (ou IAD) toutes causes		
Quelle que soit la situation familiale de l'assuré		200 %
RENTE D'EDUCATION EN CAS DE DECES (2)		
Rente annuelle temporaire d'éducation (3) (4)		
Par enfant à charge âgé de moins de 16 ans		4 %
Par enfant à charge âgé de 16 à 18 ans inclus		6 %
Par enfant à charge âgé de 19 à 25 ans inclus (5)		8 %
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (6)		
Franchise		
Salariés n'ayant pas 12 mois d'ancienneté		90 jours continus
Salariés ayant 12 mois d'ancienneté		En complément puis en relais du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles
Montant	des	prestations
sous déduction des	des indemnités journalières	brutes
versées par la Sécurité sociale française (7) et du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles		
Jusqu'à 180 jours		100 %
Au-delà de 180 jours et jusqu'à expiration des droits à IJSS (7)		75 %
INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (6)		
Montant	des	prestations
sous déduction des	des rentes	brutes
versées par la Sécurité sociale française		
Invalidité 1re catégorie		45 %
Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité permanente professionnelle N compris entre 33 % et 66 %		N/66° de la rente d'invalidité de 2 ^e catégorie
Invalidité 2e ou 3e catégorie		75 %
Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %		75 %

(1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française. (2) le salaire de référence retenu pour les garanties Rentes Éducation est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. (3) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information. (4) Le montant des rentes est doublé lorsque l'enfant est, ou devient, orphelin des deux parents. (5) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation. (6) Le total des prestations cumulées ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité (7) Indemnités Journalières ou Indemnités Temporaire d'Inaptitude versées par la Sécurité Sociale.

GARANTIES PREVOYANCE BASE CONVENTIONNELLE – SALARIES « NON CADRES »

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches 1 et 2 (1)

Les modalités de versement et de revalorisation des prestations, leur assiette et les exclusions de garanties sont détaillées au sein des Conditions générales remises par les organismes assureurs lors de la souscription du contrat d'assurance et annexées au présent Contrat cadre.

		Base conventionnelle
CAPITAL OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)		DÉCÈS
Capital décès (ou IAD) toutes causes		
Quelle que soit la situation familiale de l'assuré		100 %
RENTE D'EDUCATION EN CAS DE DECES (2)		
Rente annuelle temporaire d'éducation (3) (4)		
Par enfant à charge âgé de moins de 16 ans		4 %
Par enfant à charge âgé de 16 à 18 ans inclus		6 %
Par enfant à charge âgé de 19 à 25 ans inclus (5)		8 %
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (6)		
Franchise		
Salariés n'ayant pas 12 mois d'ancienneté		90 jours continus
Salariés ayant 12 mois d'ancienneté		En relais du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (7)
Montant des prestations sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française (8)		
Jusqu'à expiration des droits à IJSS (8)		75 %
INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (6)		
Montant des prestations sous déduction des rentes brutes versées par la Sécurité sociale française		
Invalidité 1re catégorie		42 %
Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité permanente professionnelle N compris entre 33% et 66%		N/66ème de la rente d'invalidité de 2 ^e catégorie
Invalidité 2e ou 3e catégorie		70 %
Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66%		70 %

- (1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française (2) le salaire de référence retenu pour les garanties Rentes Éducation est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jours du décès. (3) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information (4) Le montant des rentes est doublé lorsque l'enfant est, ou devient, orphelin des deux parents. (5) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation. (6) Le total des prestations cumulées ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité (7) Les obligations conventionnelles de l'employeur au titre du maintien de salaire des personnels non-cadres évoluent au 01/01/2024 (8) Indemnités Journalières ou Indemnités Temporaire d'Inaptitude versées par la Sécurité Sociale.

Annexe n°2 : Grille des garanties additionnelles

Modifiée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – Annexe 2

	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (y compris maternité)		
Frais de séjour	100 % BR	200 % BR
Honoraires		
Honoraires signataire Optam/Optam CO	220 % BR	235 % BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (y compris en ambulatoire) – forfait maximum / jour / bénéficiaire	2,5 % PMSS	2,5 % PMSS
Forfait hospitalier	100 % DE	100 % DE
Lit d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)	1,50 % PMSS	1,75 % PMSS
Cas de la maternité (a) : Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Oui	Oui
Forfait patient urgence (b)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Transport sanitaire	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins dentaires	125 % BR	125 % BR
Implant dentaire – forfait / implant (maxi deux par an)	300 €	500 €
Orthodontie		
Orthodontie remboursée SS	300 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée SS	-	400 % BRR
Parodontologie		
Parodontologie remboursée SS	125 % BR	125 % BR
Parodontologie non remboursée SS – forfait maximum / an / bénéficiaire	-	200 €
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé (1) après intervention de la Sécurité sociale, sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder les HLF		
Inlay core	100 % des frais restant à charge	100 % des frais restant à charge
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % des frais restant à charge	100 % des frais restant à charge
Panier maîtrisé (2) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder les HLF		
Inlay, onlay	300 % BR	400 % BR
Inlay core	300 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires	300 % BR	400 % BR

	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
DENTAIRE auprès d'un professionnel (suite)		
Panier libre (3)		
Inlay, onlay	300 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires	300 % BR	400 % BR
Inlay core	300 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (11)	-	410 % BRR
OPTIQUE (c)		
Équipement optique de classe A (100 % Santé) après intervention de la Sécurité sociale, sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder le PLV		
Équipement optique (1 monture + 2 verres) 100 % Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant	100 % des frais restant à charge	100 % des frais restant à charge
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % des frais restant à charge	100 % des frais restant à charge
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	100 % des frais restant à charge	100 % des frais restant à charge
Équipement optique de classe B au tarif libre (5) (maxi 100€ pour la monture)		
Monture + deux verres simples	350 €	350 €
Monture + deux verres complexes	450 €	450 €
Monture + deux verres très complexes	550 €	550 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	400 €	400 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	450 €	450 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	500 €	500 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder 100% des PLV	100 % BR	100 % BR
Dans tous les cas (verres de classe A ou B) sans que le remboursement total de l'organisme assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder 100 % des PLV		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR
Lentilles		
Lentilles prises en charge SS – forfait maximum / an / bénéficiaire	250 € (minimum TM)	350 € (minimum TM)
Lentilles non prises en charge SS – forfait maximum / an / bénéficiaire	250 €	280 €
Chirurgie optique réfractive – forfait / œil	400 €	400 €

	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
PROTHESES AUDITIVES (6)		
Équipement 100 % Santé (7)		
Aides auditives après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge	100 % des frais restant à charge
Équipement libre (8)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale sur une période de quatre ans	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire (par période de quatre ans)	300 % BR pour un ou deux appareils	1 240 € par appareil
Aides auditives pour les personnes atteintes jusqu'au 20e anniversaire de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) par période de quatre ans	300 % BR pour un ou deux appareils	300 % BR pour un ou deux appareils
Piles remboursées SS (9)	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
Honoraires médicaux		
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam	100 % BR	185 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste non Optam	100 % BR	165 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	180 % BR	220 % BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non-signataire Optam/Optam CO	160 % BR	200 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	180 % BR	235 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non-signataire Optam/Optam CO	160 % BR	200 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	180 % BR	180 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie non-signataire Optam/Optam CO	160 % BR	160 % BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % BR	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR	100 % BR
Cas de la maternité (a) : Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Oui	Oui
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	300 % BR	300 % BR + 600 € / an
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15 % SS)	100 % BR	100 % BR

	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
AUTRES POSTES		
Médecine douce et sevrage tabagique (10) (maxi : 4 séances ou intervention par an pour l'ensemble des postes ci-dessous)		
Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture forfait / séance ou intervention / bénéficiaire	25 € maximum	105 € maximum
Psychomotricité, Étioopathie, Sevrage tabagique forfait / séance ou intervention / bénéficiaire	25 € maximum	25 € maximum
Forfait maternité ou adoption – forfait / enfant	200 €	550 €
Cures thermales		
Traitement	-	100 % BR
Voyage et hébergement – forfait maximum / an / bénéficiaire	-	RSS + 350 €
Consultation d'un psychologue remboursé SS	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui
Actes de prévention selon contrat responsable Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code		
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100 % BR	100 % BR
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100 % BR	100 % BR
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100 % BR	100 % BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100 % BR	100 % BR
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :		
a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;		
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;	100 % BR	100 % BR
c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;		
d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;		
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).		
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100 % BR	100 % BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :		
a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;		
b) Coqueluche : avant 14 ans ;		
c) Hépatite B : avant 14 ans ;		
d) BCG : avant 6 ans ;		
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;	100 % BR	100 % BR
f) Haemophilus influenzae B ;		
g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.		

	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
AUTRES POSTES (suite)		
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)	-	100 % FR

SS = Sécurité sociale, RSS = Remboursement Sécurité sociale, BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, BRR = Base de Remboursement Reconstituée, BRSS - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale, DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale, TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise), RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale), RC = Régime complémentaire, PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale, HLF = Honoraires Limite de Facturation, PLV = Prix Limite de Vente

(a) Dans la limite des garanties énoncées des postes Hospitalisation et Soins courants

(b) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

(c) Le remboursement est limité :

- à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire.
- à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.

(7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(8) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

(9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(10) Acupuncture, l'ostéopathie et la chiropraxie : seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. Etiopathie : il doit s'agir d'étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.

(11) Prestations proratisées sur la base d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale (BRR 2022 = 120€).

En outre, conformément aux dispositions législatives et réglementaire en vigueur, le régime prend en charge le ticket modérateur pour toutes les consultations de psychologues remboursées par la Sécurité Sociale

GARANTIES OPTIONNELLES PREVOYANCE – SALARIES « CADRES »

1/2

Les prestations, exprimées en pourcentage du salaire annuel brut, sont limitées aux tranches 1 et 2 (1).

Les prestations des garanties optionnelles viennent en complément de celles de la base conventionnelle

Les garanties du module B souscrites permettent de respecter la cotisation minimale employeur conventionnelle à 1,12% T1 et T2.

MODULE A	MODULE A (si choisi)					
	DC1 (si choisi)	DC2 (si choisi)	DC3 (si choisi)	DC4 (si choisi)	DC5 (si choisi)	DC6 (si choisi)
CAPITAL DÉCÈS (OU IAD*) TOUTES CAUSES						
Capital décès (ou IAD*) toutes causes Exprimé en % du salaire annuel brut						
• Quelle que soit la situation familiale de l'assuré	50 %	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %

MODULE B	MODULE B (si choisi)	
	CAPITAL DÉCÈS (OU IAD*) TOUTES CAUSES	
Majoration par salarié marié ou assimilé Exprimé en % du salaire annuel brut		
• En cas de décès (ou IAD*) toutes causes de l'assuré	50 %	
Frais d'obsèques Exprimé en % du PMSS (2), dans la limite des frais réellement engagés		
• En cas de décès de l'assuré	50 %	
• En cas de décès du conjoint (3)	50 %	
• En cas de décès d'un enfant (3)	50 %	

MODULE C	MODULE C (si choisi)	
	CAPITAL DÉCÈS (OU IAD*) TOUTES CAUSES	
Majoration par enfant à charge Exprimé en % du salaire annuel brut		
• En cas de décès (ou IAD*) toutes causes de l'assuré	25 %	
Capital décès accidentel Exprimé en % du salaire annuel brut		
• En cas de décès de l'assuré quelle que soit sa situation de famille	100 %	
Double effet Exprimé en % du salaire annuel brut		
• En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (3)	100 %	

(1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française. (2) PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Il est consultable sur www.securitesociale.fr. (3) Voir les définitions indiquées aux conditions générales. (*) IAD = Invalidité absolue et définitive

GARANTIES OPTIONNELLES PREVOYANCE – SALARIES « CADRES »

2/2

Les prestations, exprimées en pourcentage du salaire annuel brut, sont limitées aux tranches 1 et 2 (1).

Les prestations des garanties optionnelles viennent en complément de celles de la base conventionnelle

MODULE D	MODULE D (si choisi)	
	RE1 (si choisi)	RE2 (si choisi)
RENTE D'EDUCATION EN CAS DE DECES (2)		
Rente annuelle temporaire d'éducation (3) Exprimée en % du salaire annuel brut		
• Par enfant à charge âgé de moins de 16 ans	2 %	4 %
• Par enfant à charge âgé de 16 à 18 ans inclus	2 %	4 %
• Par enfant à charge âgé de 19 à 25 ans inclus (4)	2 %	4 %

Le montant des rentes est doublé lorsque l'enfant est, ou devient, orphelin des deux parents.

MODULE E	MODULE E (si choisi)			
	AT1 (si choisi)	AT2 (si choisi)	AT3 (si choisi)	AT4 (si choisi)
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (5)				
Franchise				
• Début de l'indemnisation	A compter du 181 ^e jour			
• Fin l'indemnisation	Jusqu'à expiration des droits à IJSS (6)			
Montant des prestations Exprimé en % du salaire annuel brut en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale française (6) et du contrat de base	2,5 %	5 %	7,5 %	10 %
INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (5)				
Montant des prestations Exprimé en % du salaire annuel brut en complément des rentes versées par la Sécurité sociale française				
• Invalidité 1 ^{er} catégorie	1,5 %	3 %	4,5 %	6 %
• Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité permanente professionnelle N compris entre 33 % et 66 %	N/66 ^e de la prestation d'invalidité de 2 ^e catégorie			
• Invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	2,5 %	5 %	7,5 %	10 %
• Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	2,5 %	5 %	7,5 %	10 %

(1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française. (2) Le salaire de référence retenu pour les garanties Rentes Éducation est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. (3) Voir les définitions indiquées aux conditions générales et à la notice d'information. (4) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2^eme ou 3^eme catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation. (5) Le total des prestations cumulées ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité (6) Indemnités Journalières ou Indemnités Temporaire d'Inaptitude versées par la Sécurité Sociale.

Règles de souscription

A. Le Module A et le Module B, peuvent être souscrits seuls, contrairement aux Modules C, D et/ou E qui ne peuvent être souscrits sans le Module A.

D'autre part, concernant le Module E, les règles suivantes s'appliquent :

Le Module E « AT1 » peut être souscrit quel que soit le niveau de garantie du Module A retenu.

Le Module E « AT2 » peut être souscrit lorsque le Module A « DC2 », « DC3 », « DC4 », « DC5 » ou « DC6 » est retenu.

Le Module E « AT3 » peut être souscrit lorsque le Module A « DC3 », « DC4 », « DC5 » ou « DC6 » est retenu.
Le Module E « AT4 » peut être souscrit lorsque le Module A « DC4 », « DC5 » ou « DC6 » est retenu.

GARANTIES OPTIONNELLES PREVOYANCE – SALARIES « NON-CADRES »

1/2

Les prestations, exprimées en pourcentage du salaire annuel brut, sont limitées aux tranches 1 et 2 (1).

Les prestations des garanties optionnelles viennent en complément de celles de la base conventionnelle

La souscription des garanties des modules A option DC2, et E option AT1 permettent d'atteindre les niveaux des garanties conventionnelles des salariés cadres, s'agissant des garanties décès et invalidité.

MODULE A	MODULE A (si choisi)					
	DC1 (si choisi)	DC2 (si choisi)	DC3 (si choisi)	DC4 (si choisi)	DC5 (si choisi)	DC6 (si choisi)
CAPITAL DÉCÈS (OU IAD*) TOUTES CAUSES						
Capital décès (ou IAD*) toutes causes Exprimé en % du salaire annuel brut						
• Quelle que soit la situation familiale de l'assuré	50 %	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %

MODULE B	MODULE B (si choisi)					
	CAPITAL DÉCÈS (OU IAD*) TOUTES CAUSES					
Majoration par salarié marié ou assimilé Exprimé en % du salaire annuel brut						
• En cas de décès (ou IAD*) toutes causes de l'assuré				50 %		
Frais d'obsèques Exprimé en % du PMSS (2), dans la limite des frais réellement engagés						
• En cas de décès de l'assuré				50 %		
• En cas de décès du conjoint (3)				50 %		
• En cas de décès d'un enfant (3)				50 %		

MODULE C	MODULE C (si choisi)					
	CAPITAL DÉCÈS (OU IAD*) TOUTES CAUSES					
Majoration par enfant à charge Exprimé en % du salaire annuel brut						
• En cas de décès (ou IAD*) toutes causes de l'assuré				25 %		
Capital décès accidentel Exprimé en % du salaire annuel brut						
• En cas de décès de l'assuré quelle que soit sa situation de famille				100 %		
Double effet Exprimé en % du salaire annuel brut						
• En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (3)				100 %		

(1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française. (2) PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Il est consultable sur www.securitesociale.fr. (3) Voir les définitions indiquées aux conditions générales (*) IAD = Invalidité absolue et définitive

GARANTIES OPTIONNELLES PREVOYANCE – SALARIES « NON-CADRES »

2/2

Les prestations, exprimées en pourcentage du salaire annuel brut, sont limitées aux tranches 1 et 2 (1).

Les prestations des garanties optionnelles viennent en complément de celles de la base conventionnelle

MODULE D	MODULE D (si choisi)	
	RE1 (si choisi)	RE2 (si choisi)
RENTE D'EDUCATION EN CAS DE DECES (2)		
Rente annuelle temporaire d'éducation (3) Exprimée en % du salaire annuel brut		
• Par enfant à charge âgé de moins de 16 ans	2 %	4 %
• Par enfant à charge âgé de 16 à 18 ans inclus	2 %	4 %
• Par enfant à charge âgé de 19 à 25 ans inclus (4)	2 %	4 %

Le montant des rentes est doublé lorsque l'enfant est, ou devient, orphelin des deux parents.

MODULE E	MODULE E (si choisi)			
	AT1 (si choisi)	AT2 (si choisi)	AT3 (si choisi)	AT4 (si choisi)
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (5)				
Franchise				
• Salariés n'ayant pas 1 an d'ancienneté	90 jours continus			
• Salariés ayant 1 an d'ancienneté	En relais du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (**)			
Montant des prestations Exprimé en % du salaire annuel brut en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale française (6) et du contrat de base	-	2,5 %	5 %	7,5 %
INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (5)				
Montant des prestations Exprimé en % du salaire annuel brut en complément des rentes versées par la Sécurité sociale française				
• Invalidité 1 ^{re} catégorie	3 %	4,5 %	6 %	7,5 %
• Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité permanente professionnelle N compris entre 33 % et 66 %	N/66 ^e de la prestation d'invalidité de 2 ^e catégorie			
• Invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	5 %	7,5 %	10 %	12,5 %
• Incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	5 %	7,5 %	10 %	12,5 %

(1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française. (2) Le salaire de référence retenu pour les garanties Rentes Éducation est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. (3) Voir les définitions indiquées aux conditions générales. (4) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation. (5) Le total des prestations cumulées ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité (6) Indemnités Journalières ou Indemnités Temporaire d'Inaptitude versées par la Sécurité Sociale. (**) Les obligations conventionnelles de l'employeur au titre du maintien de salaire des personnels non-cadres évoluent au 01/01/2024.

Règles de souscription

Seul le Module A peut être souscrit seul, contrairement aux Modules B, C, D et/ou E qui ne peuvent être souscrits sans le Module A. D'autre part, concernant le Module E, les règles suivantes s'appliquent :

Le Module E « AT1 » peut être souscrit quel que soit le niveau de garantie du Module A retenu.

Le Module E « AT2 » peut être souscrit lorsque le Module A « DC2 », « DC3 », « DC4 », « DC5 » ou « DC6 » est retenu.
Le Module E « AT3 » peut être souscrit lorsque le Module A « DC3 », « DC4 », « DC5 » ou « DC6 » est retenu.
Le Module E « AT4 » peut être souscrit lorsque le Module A « DC4 », « DC5 » ou « DC6 » est retenu.

Annexes n° 3 : Zones tarifaires

Créée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie

La zone tarifaire définie par département dans le tableau ci-dessous, est déterminée en fonction du lieu d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'établissement.

Zone basse		Zone moyenne		Zone haute	
3	ALLIER	1	AIN	6	ALPES MARITIMES
7	ARDECHE	2	AISNE	75	PARIS
8	ARDENNES	4	ALPES DE HAUTE PROVENCE	78	YVELINES
10	AUBE	5	HAUTES ALPES	83	VAR
14	CALVADOS	9	ARIEGE	91	ESSONNE
15	CANTAL	11	AUDE	92	HAUTS DE SEINE
16	CHARENTE	12	AVEYRON	93	SEINE SAINT DENIS
17	CHARENTE MARITIME	13	BOUCHES DU RHONE	94	VAL DE MARNE
18	CHER	19	CORREZE	95	VAL D'OISE
22	COTES D'ARMOR	20	CORSE DU SUD (2A)		
23	CREUSE	20	HAUTE CORSE (2B)		
24	DORDOGNE	21	COTE D'OR		
25	DOUBS	30	GARD		
26	DROME	31	HAUTE GARONNE		
27	EURE	32	GERS		
28	EURE ET LOIR	33	GIRONDE		
29	FINISTERE	34	HERAULT		
35	ILLE ET VILAINE	38	ISERE		
36	INDRE	40	LANDES		
37	INDRE ET LOIRE	42	LOIRE		
39	JURA	43	HAUTE LOIRE		
41	LOIR ET CHER	46	LOT		
44	LOIRE ATLANTIQUE	51	MARNE		
45	LOIRET	54	MEURTHE ET MOSELLE		
47	LOT ET GARONNE	55	MEUSE		
48	LOZERE	57	MOSELLE		
49	MAINE ET LOIRE	59	NORD		
50	MANCHE	60	OISE		
52	HAUTE MARNE	62	PAS DE CALAIS		
53	MAYENNE	64	PYRENEES ATLANTIQUES		
56	MORBIHAN	65	HAUTES PYRENEES		
58	NIEVRE	66	PYRENEES ORIENTALES		
61	ORNE	67	BAS RHIN		
63	PUY DE DOME	68	HAUT RHIN		
70	HAUTE SAONE	69	RHONE		
71	SAONE ET LOIRE	77	SEINE ET MARNE		
72	SARTHE	81	TARN		
73	SAVOIE	82	TARN ET GARONNE		
74	HAUTE SAVOIE	84	VAUCLUSE		
76	SEINE MARITIME	87	HAUTE VIENNE		
79	DEUX SEVRES	88	VOSGES		
80	SOMME				
85	VENDEE				
86	VIENNE				
89	YONNE				
90	BELFORT				

Annexe n° 4 : Tableaux des tarifications régionalisées

Créée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie

Tarifs Zone basse

Salariés relevant du Régime général de la Sécurité sociale

Trois niveaux de couverture peuvent être souscrits à titre obligatoire par l'entreprise soit :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2

En fonction du choix de l'employeur au titre du niveau de couverture du contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, le salarié peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieure à titre facultatif.

Niveaux de couverture		Cotisations contractuelles en % du PMSS					
		BASE CONVENTIONNELLE (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 1 à titre facultatif	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (OBLIGATOIRE)
Structure cotisation par l'entreprise	Structure de cotisation choisie						
Structure Salarié seul (Isolé) / Conjoint / Enfant							
	Salarié seul (Isolé)	1,15 %	+ 0,47 %	+ 1,01 %	1,59 %	+ 0,48 %	2,02 %
	Conjoint (facultatif)	1,38 %	+ 0,56 %	+ 1,21 %	1,91 %	+ 0,57 %	2,43 %
	Enfant (facultatif) gratuité à compter du 3 ^e enfant	0,69 %	+ 0,28 %	+ 0,60 %	0,96 %	+ 0,29 %	1,22 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Famille							
	Salarié seul (Isolé)	1,15 %	+ 0,47 %	+ 1,01 %	1,59 %	+ 0,48 %	2,02 %
	Famille	3,23 %	+ 1,29 %	+ 2,58 %	4,44 %	+ 1,14 %	5,46 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Duo / Famille							
	Salarié seul (Isolé)	1,15 %	+ 0,47 %	+ 1,01 %	1,59 %	+ 0,48 %	2,02 %
	Duo	2,42 %	+ 0,91 %	+ 1,94 %	3,27 %	+ 0,90 %	4,10 %
	Famille	3,65 %	+ 1,52 %	+ 2,93 %	5,08 %	+ 1,25 %	6,19 %
Structure Tarif unique Famille		2,62 %	+ 1,10 %	+ 2,19 %	3,65 %	+ 0,96 %	4,51 %
Structure Salarié et enfants / Conjoint							
	Salarié et enfants	1,79 %	+ 0,79 %	+ 1,52 %	2,53 %	+ 0,65 %	3,10 %
	Conjoint (facultatif)	1,38 %	+ 0,56 %	+ 1,21 %	1,91 %	+ 0,57 %	2,43 %

Tarifs Zone moyenne

Salariés relevant du Régime général de la Sécurité sociale

Trois niveaux de couverture peuvent être souscrits à titre obligatoire par l'entreprise soit :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2

En fonction du choix de l'employeur au titre du niveau de couverture du contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, le salarié peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieure à titre facultatif.

Niveaux de couverture		Cotisations contractuelles en % du PMSS					
		BASE CONVENTIONNELLE (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 1 à titre facultatif	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (OBLIGATOIRE)
Structure de cotisation par l'entreprise	Structure de cotisation par l'entreprise						
Structure Salarié seul (Isolé) / Conjoint / Enfant							
Salarié seul (Isolé)		1,28 %	+ 0,52 %	+ 1,12 %	1,77 %	+ 0,53 %	2,25 %
Conjoint (facultatif)		1,54 %	+ 0,62 %	+ 1,34 %	2,12 %	+ 0,64 %	2,70 %
Enfant (facultatif) gratuité à compter du 3 ^e enfant		0,77 %	+ 0,31 %	+ 0,67 %	1,06 %	+ 0,32 %	1,35 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Famille							
Salarié seul (Isolé)		1,28 %	+ 0,52 %	+ 1,12 %	1,77 %	+ 0,53 %	2,25 %
Famille		3,58 %	+ 1,44 %	+ 2,87 %	4,94 %	+ 1,27 %	6,07 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Duo / Famille							
Salarié seul (Isolé)		1,28 %	+ 0,52 %	+ 1,12 %	1,77 %	+ 0,53 %	2,25 %
Duo		2,69 %	+ 1,01 %	+ 2,15 %	3,64 %	+ 1,00 %	4,55 %
Famille		4,06 %	+ 1,68 %	+ 3,26 %	5,65 %	+ 1,39 %	6,88 %
Structure Tarif unique Famille		2,91 %	+ 1,22 %	+ 2,43 %	4,05 %	+ 1,07 %	5,01 %
Structure Salarié et enfants / Conjoint							
Salarié et enfants		1,98 %	+ 0,87 %	+ 1,69 %	2,81 %	+ 0,72 %	3,45 %
Conjoint (facultatif)		1,54 %	+ 0,62 %	+ 1,34 %	2,12 %	+ 0,64 %	2,70 %

Tarifs Zone haute

Salariés relevant du Régime général de la Sécurité sociale

Trois niveaux de couverture peuvent être souscrits à titre obligatoire par l'entreprise soit :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2

En fonction du choix de l'employeur au titre du niveau de couverture du contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, le salarié peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieure à titre facultatif.

Niveaux de couverture		Cotisations contractuelles en % du PMSS					
		BASE CONVENTIONNELLE (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 1 à titre facultatif	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (OBLIGATOIRE)
Structure de cotisation par l'entreprise	Structure de cotisation par l'entreprise						
Structure Salarié seul (Isolé) / Conjoint / Enfant							
Salarié seul (Isolé)		1,47 %	+ 0,60 %	+ 1,29 %	2,03 %	+ 0,61 %	2,59 %
Conjoint (facultatif)		1,77 %	+ 0,72 %	+ 1,55 %	2,44 %	+ 0,73 %	3,11 %
Enfant (facultatif) gratuité à compter du 3 ^e enfant		0,88 %	+ 0,36 %	+ 0,77 %	1,22 %	+ 0,37 %	1,55 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Famille							
Salarié seul (Isolé)		1,47 %	+ 0,60 %	+ 1,29 %	2,03 %	+ 0,61 %	2,59 %
Famille		4,12 %	+ 1,65 %	+ 3,30 %	5,68 %	+ 1,46 %	6,98 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Duo / Famille							
Salarié seul (Isolé)		1,47 %	+ 0,60 %	+ 1,29 %	2,03 %	+ 0,61 %	2,59 %
Duo		3,09 %	+ 1,16 %	+ 2,47 %	4,18 %	+ 1,15 %	5,23 %
Famille		4,67 %	+ 1,94 %	+ 3,75 %	6,49 %	+ 1,60 %	7,91 %
Structure Tarif unique Famille		3,34 %	+ 1,40 %	+ 2,79 %	4,66 %	+ 1,23 %	5,76 %
Structure Salarié et enfants / Conjoint							
Salarié et enfants		2,28 %	+ 1,00 %	+ 1,94 %	3,23 %	+ 0,83 %	3,97 %
Conjoint (facultatif)		1,77 %	+ 0,72 %	+ 1,55 %	2,44 %	+ 0,73 %	3,11 %

Tarifs

Salariés relevant du Régime Alsace Moselle

Trois niveaux de couverture peuvent être souscrits à titre obligatoire par l'entreprise soit :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2

En fonction du choix de l'employeur au titre du niveau de couverture du contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, le salarié peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieure à titre facultatif.

Structure de cotisation par l'entreprise / Niveau de couverture de croisée		Cotisations contractuelles en % du PMSS					
		BASE CONVENTIONNELLE (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 1 à titre facultatif	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (OBLIGATOIRE)	+ OPTION 2 A titre facultatif	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (OBLIGATOIRE)
Structure Salarié seul (Isolé) / Conjoint / Enfant							
Salarié seul (Isolé)		0,84 %	+ 0,48 %	+ 0,93 %	1,30%	+ 0,45 %	1,65 %
Conjoint (facultatif)		1,01 %	+ 0,57 %	+ 1,12 %	1,55 %	+ 0,54 %	1,98 %
Enfant (facultatif) gratuité à compter du 3 ^e enfant		0,51 %	+ 0,29 %	+ 0,56 %	0,78 %	+ 0,27 %	0,99 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Famille							
Salarié seul (Isolé)		0,84 %	+ 0,48 %	+ 0,93 %	1,30 %	+ 0,45 %	1,65 %
Famille		2,37 %	+ 1,32 %	+ 2,38 %	3,61 %	+ 1,08 %	4,43 %
Structure Salarié seul (Isolé) / Duo / Famille							
Salarié seul (Isolé)		0,84 %	+ 0,48 %	+ 0,93 %	1,30 %	+ 0,45 %	1,65 %
Duo		1,77 %	+ 0,93 %	+ 1,78 %	2,65 %	+ 0,85 %	3,32 %
Famille		2,68 %	+ 1,55 %	+ 2,71 %	4,14 %	+ 1,18 %	5,02 %
Structure Tarif unique Famille		1,92 %	+ 1,12 %	+ 2,02 %	2,97 %	+ 0,91 %	3,66 %
Structure Salarié et enfants / Conjoint							
Salarié et enfants		1,31 %	+ 0,80 %	+ 1,40 %	2,07 %	+ 0,61 %	2,53 %
Conjoint (facultatif)		1,01 %	+ 0,57 %	+ 1,12 %	1,55 %	+ 0,54 %	1,98 %

COTISATIONS DU REGIME CONVENTIONNEL PREVOYANCE

Les taux de cotisations prévoyance (hors cotisation additionnelle mutualisée) sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2025, hors évolutions légales et réglementaires.

Salariés « cadres »

GARANTIES	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Décès / Invalidité Absolue et Définitive	0,386 %	0,386 %
Rente éducation (assuré par l'OCIRP)	0,105 %	0,105 %
Incapacité temporaire de travail	0,197 %	0,329 %
Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle	0,310 %	0,900 %
Cotisation additionnelle mutualisée *	0,023 %	0,023 %
TOTAL	1,021 %	1,743 %

* liée à la reprise des aggravations d'état (telle que définie en article 1.4.2 des conditions générales) à la date de souscription

Salariés « non-cadres »

GARANTIES	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Décès / Invalidité Absolue et Définitive	0,250 %	0,250 %
Rente éducation (assuré par l'OCIRP)	0,147 %	0,147 %
Incapacité temporaire de travail	0,455 %	0,455 %
Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle	0,889 %	0,889 %
Cotisation additionnelle mutualisée *	0,108 %	0,108 %
TOTAL	1,849 %	1,849 %

* liée à la reprise des aggravations d'état (telle que définie en article 1.4.2 des conditions générales) à la date de souscription

Les tranches de salaire 1 et 2, sont définies comme suit :

- Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale

COTISATIONS DES GARANTIES OPTIONNELLES

Salariés « cadres »

Cotisations par modules de garanties

Les cotisations mentionnées ci-dessous sont exprimées en pourcentage des tranches 1 et 2 (*).

MODULE A	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC1)	0,130 %	0,130 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC2)	0,259 %	0,259 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC3)	0,389 %	0,389 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC4)	0,519 %	0,519 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC5)	0,648 %	0,648 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC6)	0,778 %	0,778 %

MODULE B	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Majoration par salarié marié ou assimilé	0,099 %	0,099 %
Frais d'obsèques		

MODULE C	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Majoration enfant	0,100 %	0,100 %
Capital décès accidentel		
Double effet		

MODULE D	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Rentes éducation (RE1)	0,039 %	0,039 %
Rentes éducation (RE2)	0,077 %	0,077 %

MODULE E	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Incapacité temporaire (AT1)	0,111 %	0,111 %
Incapacité ou incapacité permanente (AT1)		
Incapacité temporaire (AT2)	0,167 %	0,167 %
Incapacité ou incapacité permanente (AT2)		
Incapacité temporaire (AT3)	0,216 %	0,216 %
Incapacité ou incapacité permanente (AT3)		

Incapacité temporaire (AT4)	0,265 %	0,265 %
Incapacité ou incapacité permanente (AT4)		

(*) T1 = Tranche 1 = Tranche Rémunération dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale ; T2 = Tranche 2 = Rémunération comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Il convient de se référer aux conditions générales pour connaître les modalités relatives à l'assiette de cotisations

COTISATIONS DES GARANTIES OPTIONNELLES

Salariés « non-cadres »

Cotisations par modules de garanties

Les cotisations mentionnées ci-dessous sont exprimées en pourcentage des tranches 1 et 2 (*).

MODULE A	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC1)	0,169 %	0,169 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC2)	0,337 %	0,337 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC3)	0,506 %	0,506 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC4)	0,674 %	0,674 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC5)	0,843 %	0,843 %
Capital décès (ou IAD*) toutes causes (DC6)	1,011 %	1,011 %

MODULE B	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Majoration par salarié marié ou assimilé	0,156 %	0,156 %
Frais d'obsèques		

MODULE C	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Majoration enfant	0,132 %	0,132 %
Capital décès accidentel		
Double effet		

MODULE D	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Rentes éducation (RE1)	0,048 %	0,048 %
Rentes éducation (RE2)	0,097 %	0,097 %

MODULE E	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Tranche 1	Tranche 2
Incapacité ou incapacité permanente (AT1)	0,329 %	0,329 %
Incapacité temporaire (AT2)	0,486 %	0,486 %
Incapacité ou incapacité permanente (AT2)		
Incapacité temporaire (AT3)	0,724 %	0,724 %
Incapacité ou incapacité permanente (AT3)		

Incapacité temporaire (AT4)	0,896 %	0,896 %
Invalidité ou incapacité permanente (AT4)		

(*) T1 = Tranche 1 = Tranche Rémunération dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale ; T2 = Tranche 2 = Rémunération comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Il convient de se référer aux conditions générales pour connaître les modalités relatives à l'assiette de cotisations.

Annexe 5 : Liste des prestations à caractère non directement contributif

Créée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie

Les partenaires sociaux de la branche de la métallurgie ont choisi de doter le régime de protection sociale complémentaire qu'ils ont instauré, d'un dispositif de prestation à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité (DES). Il s'agit, comme le précise l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de « *prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.* ». Ces garanties ont vocation à être mises en œuvre dans l'ensemble des entreprises de la branche qu'elles que soient les modalités de couverture assurantielles retenues par l'entreprise pour couvrir ses salariés en protection sociale complémentaire.

A ce titre, les organisations signataires entendent fixer un cadre qui, d'une part, s'inscrive dans les objectifs assignés au nouveau dispositif conventionnel de renforcer l'attractivité et la compétitivité de la branche et, d'autre part, définisse des axes déclinables dans les entreprises voire précise certaines actions qui pourront être organisées par les entreprises dans le cadre du DES.

1. Degré élevé de solidarité et attractivité et compétitivité de la branche

L'attractivité et la compétitivité de la branche peuvent s'approcher de plusieurs façons, qu'il s'agisse de populations cibles spécifiques ou d'approches davantage liées aux politiques de santé et aux métiers exercés.

A ce titre, s'agissant des populations qui pourraient être plus spécifiquement ciblées par la mise en place de garanties non directement contributives, on peut citer :

1. Les alternants : l'alternance constitue en effet un modèle de recrutement pour la branche. Renforcer les outils à dispositions des entreprises pour rendre l'apprentissage plus performant dans un objectif de formation et de recrutement contribuera à l'attractivité de la branche ;
2. Les femmes : la féminisation de la branche (22,7% en 2019) reste encore faible. Des mesures rendant la branche plus attractive pourraient être recherchées notamment au travers du DES ;
3. Les aidants : l'augmentation du nombre des aidants auprès de leurs aînés induit par l'augmentation de l'espérance de vie de ces derniers concerne davantage de salariés dans les entreprises. Le recul probable de l'âge légal de départ en retraite dans les années à venir devrait encore accroître le nombre de salariés concernés, qui devront articuler différemment leur vie privée et leur activité professionnelle. Offrir des services aux salariés aidants entre également dans les outils d'une stratégie d'emploi des seniors et contribue à l'attractivité de la branche ;
4. Les salariés en risque de désinsertion professionnelle : dont on sait que les outils médico-administratifs mis à disposition ne sont pas encore complètement performants.

S'agissant du second axe identifié et relatif aux politiques de santé et aux métiers exercés, les organisations signataires souhaitent s'inspirer en premier lieu de la définition de la santé retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa déclaration fondatrice d'Alma Ata en 1978 : « *La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.* ». En effet, les entreprises contribuent à cet « *état complet de bien-être* », en particulier selon les axes des branches de la sécurité sociale avec la prévention des risques professionnels pour la branche ATMP ou la complémentaire santé pour le risque maladie.

Les prestations à caractère non-directement contributif présentant un degré élevé de solidarité ont également leur rôle à jouer, en particulier dans le cadre d'actions de prévention, pour contribuer à cet « *état complet de bien-être* » : des prestations retenues dans ce cadre participeraient également des actions permettant d'améliorer l'attractivité et la compétitivité de la branche.

2. Cadrage des actions à retenir dans le cadre du degré élevé de solidarité de la branche

Pour la mise en œuvre des orientations précisées précédemment, dans le respect du 1^{er} alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les actions à retenir par les entreprises dans le cadre du degré élevé de solidarité et qui seront financées par les sommes précomptées à ce titre sur les primes d'assurance des contrats collectifs frais de santé et prévoyance lourde ou par un budget équivalent financé par l'entreprise, peuvent s'inscrire sur les axes suivants :

Les dispositifs proposés seront mis en œuvre progressivement, en fonction des priorités et, le cas échéant, des pourcentages y afférents fixés par les partenaires sociaux, et des retours d'expériences sur les actions réalisées.

Ces dispositifs n'ont pas vocation à se substituer à ceux du régime général de sécurité sociale, mais à intervenir en articulation avec ceux-ci.

1- Financement de tout ou partie de la part salariale de la prime d'assurance relative aux frais de santé de certaines catégories de salariés, en particulier des alternants ; (santé)

Dispositif : en complémentaire santé, exonération de 50% de la cotisation de la part salariale pendant toute la période d'alternance.

Public concerné : salarié en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation adhérent au contrat santé de la branche.

2- Aide aux aidants (prévoyance)

Un dispositif d'aide aux aidants, d'outillage et de sensibilisation des entreprises et des salariés pour agir

2-1 Outils de sensibilisation

- La mise à disposition d'outils de sensibilisation qui capitalise sur le contenu développé par les assureurs et qui valorise les dispositifs spécifiques de la métallurgie tels que :
 - un programme de rencontres en distanciel pour sensibiliser les salariés et les managers aux enjeux et besoins des aidants : webinaire comprendre les aidants,
 - des ateliers en distanciel destinés aux aidants,
 - un module d'e-learning destiné aux salariés et employeurs
 - des brochures, affiches, guide pratique
 - ces contenus seront intégrés et accessibles sur le site DES métallurgie

Ces supports seront adaptés pour intégrer le brand book Cœur Industries et valoriser les dispositifs spécifiques de la branche ;

La réalisation des webinaires et ateliers rencontre.

2-2 Des aides individuelles

- Une Aide individuelle pour les salariés bénéficiant d'un congé aidant indemnisés grâce à un dispositif d'aide forfaitaire annuelle de 750€
- Une Aide individuelle pour les salariés aidants tels que définis par la branche grâce à un dispositif d'aide forfaitaire annuelle maximum de 750€

2-3 Un accompagnement personnalisé des salariés aidants grâce au care management

Ce dispositif intègre la mise en place d'un numéro dédié pour les salariés de la branche, un accompagnement des salariés aidants à travers l'évaluation des besoins de l'aidant et de l'aidé, une aide concrète aux démarches administratives et financières, la recherche de prestataires rigoureusement sélectionnés, la signature et le suivi de la prestation, le pilotage et le suivi de chaque salarié.

3. La perte d'autonomie et la maladie grave (prévoyance)

Un dispositif d'aide aux salariés qui connaissent une perte d'autonomie et/ou atteints d'une maladie grave

3-1 Outils de sensibilisation

- La mise à disposition d'outils de sensibilisation qui capitalise sur le contenu développé par les assureurs et qui valorise les dispositifs spécifiques de la métallurgie tels que :
 - un programme de rencontres en distanciel pour sensibiliser les salariés et les managers aux enjeux et besoins des salariés en perte d'autonomie et/ou atteints d'une maladie grave
 - un module d'e-learning destiné aux salariés et employeurs
 - des brochures, affiches et guide pratique
 - ces contenus seront intégrés et accessibles sur le site DES métallurgie

La réalisation des webinaires et ateliers de rencontre. Ils sont animés avec des référents experts.

3-2 Une aide individuelle

- Versement d'une aide individuelle forfaitaire annuelle de 750€ pour les salariés en perte d'autonomie ou atteint d'une maladie grave
- **Versement d'une aide afin d'adapter le logement**

4 Prévention en santé, au titre : (santé)

- o De la prévention primaire : en particulier pour le dépistage des pathologies relevant du domaine cardiovasculaire, de la santé mentale, de pathologies spécifiques comme l'endométriose, d'actions visant à lutter contre la sédentarité et l'obésité (promotion de la pratique sportive), etc.
- o De la prévention secondaire : notamment au travers d'action d'éducation thérapeutique du patient (ATP) sur certaines pathologies comme le diabète, ...
- o De la prévention professionnelle : au travers d'actions de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS), de programme d'échauffement musculaire, d'actions à mener sur l'ergonomie du poste de travail, etc.

Ces actions de prévention n'ont pas vocation à se substituer aux dispositifs de prévention du régime général de sécurité sociale, mais à intervenir en articulation avec ceux-ci, aussi bien en amont par le dépistage de risques et l'orientation des salariés vers les actions de prévention proposées par l'assurance maladie ou par des opérateurs financés par l'assurance maladie ou l'Etat, ou encore d'actions relevant de la prévention dans le cadre de la branche maladie ou de la branche ATMP et relevant en particulier du Comité technique national de la métallurgie ; qu'en complément par des actions spécifiques non dispensées par le régime général.

Un dispositif complet de prévention santé primaire et secondaire

4-1 Outils de sensibilisation

- La mise à disposition d'outils de sensibilisation qui capitalise sur le contenu développé par la branche de la métallurgie, la CNAM et les assureurs et qui valorise les dispositifs spécifiques de la métallurgie
 - un programme varié de rencontres en distanciel pour sensibiliser les salariés aux grands enjeux de prévention santé, d'habitudes de vie : webinaires, ateliers...
 - des brochures et affiches

Ces contenus seront intégrés et accessibles sur le site DES métallurgie.

- La promotion des outils numériques pour les PME développées par la Caisse nationale d'assurance maladie et l'INRS à destination de la métallurgie tels que les outils SEIRICH pour le risque chimique ou les outils dits « OIRA » pour d'autres risques ;
- La diffusion des recommandations de prévention primaire votées par le Comité technique national de la métallurgie.

4-2 Un programme de coaching santé

- Un dispositif pour répondre aux besoins de santé des salariés pour l'Evaluation et Coaching santé personnalisé

- Ce programme va permettre de sensibiliser et détecter les risques de santé ou les fragilités de chacun, d'accompagner les salariés vers la modification de ses habitudes de vie et l'adoption de comportements plus adaptés à ses objectifs de santé.
- Il intègre une campagne d'appels sortants pour évaluer les risques de santé et leur apporter des conseils adaptés, une proposition d'un accompagnement coaching santé pour ceux qui souhaiteraient aller plus loin, sur le thème de leur choix, une page web pour retrouver des articles et webinaires santé dont le lien sera intégré au site DES métallurgie. Les thématiques prioritaires d'action sont définies avec la branche elles peuvent intégrer la nutrition, l'activité physique, le capital santé, le sommeil, la gestion du stress, les douleurs ou encore les addictions.
- Il permet la consolidation de données de reporting et la remise d'un reporting « baromètre santé » à la branche permettant d'identifier les thèmes de santé sur lesquels agir en priorité.

4-3. Un programme santé plus particulièrement dédié aux femmes

Ce programme intègre

- La construction d'un dispositif de sensibilisation, rencontres qui met l'accent sur les priorités santé pour les femmes, réalisé avec des experts santé
- La valorisation des dispositifs de santé publique plus particulièrement adapté aux femmes
- La proposition de dépistage de pathologies et risques santé qui impactent plus particulièrement les femmes
- Un coaching santé aménagé en fonction des thèmes santé prioritaires
- La création de contenu spécifique vidéos, articles qui replacent ces priorités santé au sein des métiers de la métallurgie

4-4 Des aides individuelles

- La prise en charge du dépistage de l'endométriose est proposée aux salariées de la branche de la métallurgie. L'objectif est d'éviter les retards de diagnostics évalués à huit années en moyenne.
- Le dispositif fera l'objet d'une prise en charge totale ou partielle

4-5 Des aides en cas d'addictions

- Des dispositifs seront proposés pour réduire les risques d'addictions auxquelles sont exposées les salariés

5 Un dispositif complet de prévention professionnelle (prévoyance)

Ce programme intègre notamment des dispositifs concernant les RPS et les TMS

5-1 Outils de sensibilisation

- La mise à disposition d'outils de sensibilisation qui capitalise sur le contenu développé par la branche de la métallurgie, la Carsat, l'INRS, les assureurs et qui valorise les dispositifs spécifiques de la métallurgie

- Un programme de rencontres en distanciel pour sensibiliser les salariés et les managers aux enjeux relatifs aux troubles musculosquelettiques (TMS) et risques psychosociaux (RPS)
- Un programme de formation interentreprise en distanciel ou en présentiel
- Des guides pratiques sur la prévention des RPS et TMS
- Des brochures et affiches
- Un module d'e-learning destiné aux salariés et employeurs

Ces supports seront adaptés pour intégrer le brand book Cœur industries et valoriser les dispositifs spécifiques de la branche ;

5-2 Des intervenants d'experts sur site

- La valorisation des dispositifs de prise en charge des risques professionnels existants et plus particulièrement accessibles aux TPE/PME
- Le référencement d'intervenants experts et la prise en charge de modules de formation dédiés aux risques professionnels en présentiel
- Le référencement d'intervenants experts et la prise en charge de diagnostics aux risques professionnels en présentiel notamment sur les RPS et TMS
- L'intervention d'ostéopathes sur sites pour identifier et appréhender les TMS
- La mise en place d'un dispositif de branche d'échauffement musculaire lors de la prise de certains postes pour prévenir les TMS.

6 Prévention de la désinsertion professionnelle au travers d'action d'aide au retour à l'emploi ou d'aide à l'orientation dans l'offre existante (prévoyance)

La désinsertion professionnelle est un risque face auxquelles des salariés sont confrontés. L'objectif est de prévenir ce risque par un soutien individualisé des salariés uniquement sur la base du volontariat.

Un accompagnement pluridisciplinaire est proposé aux salariés volontaires dans le respect du secret médical.

L'accompagnement pluridisciplinaire sera notamment composé :

- De psychologues pour remobiliser le salarié autour de son projet professionnel, lever les appréhensions liées à la reprise d'activité
 - Physique pour une rééducation et réhabilitation des capacités physiques grâce au soutien de professionnels de santé
 - Social pour identifier et lever les freins économiques, informer et accompagner les démarches légales
 - Professionnel avec une action coordonnée pour assurer un retour durable au poste de travail (adaptation ou réaménagement du poste de travail...)

7 Prestations en cas de décès

7-1 Une prestation d'assistance sociale

Une prestation sera mise en place, par exemple dans l'accompagnement des familles en cas de décès et d'accidents du salarié ou d'un de ses proches. (prévoyance)

La prestation serait mise en place dans le cadre d'un accompagnement social renforcée réalisée par une assistante sociale diplômée d'Etat via une ligne téléphonique dédiée. Elle permettrait un accompagnement global du salarié (écoute, aide aux démarches, orientation et conseil).

7-2 Une prestation d'aide financière en cas de décès

En l'absence d'une allocation d'obsèque, une financière forfaitaire pourra être proposée à destination des salariés.

8 Prise en charge forfaitaire en cas d'inaptitude non professionnelle (prévoyance)

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte au travail par le médecin du travail, l'employeur doit tenter de reclasser le salarié ou procéder à son licenciement en cas d'impossibilité de reclassement.

Si le reclassement ou le licenciement n'a pas eu lieu dans un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical, l'employeur doit reprendre le paiement du salaire.

Pendant cette période de 30 jours, la législation prévoit que le salaire n'est pas dû. De ce fait le salarié se trouve privé de ressources pour lui et sa famille.

Le degré élevé de solidarité de la branche permettra au salarié inapte, sous réserves de certaines conditions à remplir, de percevoir une aide forfaitaire.

9 Aide à la mobilité

- Aide au permis de conduire
- Aide à l'achat d'un moyen de mobilité

10 Soutien à la parentalité

- Garde d'enfant en cas d'horaires atypiques
- Soutien scolaire
- CESU aide à domicile en cas de congés paternité, maternité, adoption, parent isolé

11 Prestations en cas de situation d'handicap

- Une aide financière salariés handicapés
- Une aide financière enfants handicapés

Annexe 6 - La Marque

Créée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 5.



export.header.abstract_base Marques

du site DATA INPI

23 juin 2022

Notice complète

Logo / Image:

coeur industrie

Origine:

Marque française

Marque:

coeur industrie

Type de la marque:

Marque verbale

Classification des éléments figuratifs:

Déposant:

UNION DES INDUSTRIES ET METIERS DE LA METALLURGIE Syndicat Professionel - 56 Avenue de Wagram - 75017 PARIS - FR -

Mandataire / Destinataire de la correspondance:

CABINET WEINSTEIN, Monsieur Christian FRICK 176 Avenue Charles de Gaulle - 92200 Neuilly-sur-Seine - FR -

Numéro:

4844080

Statut:

Marque enregistrée

Date de dépôt / Enregistrement:

15/02/2022

Lieu de dépôt:

92 INPI - Dépôt électronique

Date prévue pour l'expiration:

15/02/2032

Langue:

Français (Langue de dépôt)

Classification de Nice:

36 ; 44

Produits et services:

- 36 Services actuariels ; services de caisses de prévoyance ; consultation en matière d'assurances ; courtage ; souscription d'assurances ; souscription d'assurances contre les accidents ; souscription d'assurances maladie ; souscription d'assurances sur la vie ;
- 44 Services d'analyses médicales fournis par des laboratoires médicaux à des fins diagnostiques et thérapeutiques ; chirurgie esthétique ; services de cliniques médicales ; conseil en diététique et nutrition ; conseils en matière de santé ; consultation en matière de pharmacie ; ergothérapie ; services d'opticiens ; services d'un psychologue ; services de santé ; services d'évaluation de la santé ; services de médecine régénérative ; services de vaccination ; services de soins infirmiers à domicile ; services de soins palliatifs ; services de stations thermales ; services de télé-médecine ; télésurveillance de données médicales à des fins de diagnostic et de traitement médical ; services thérapeutiques.

Historique:

- Publication 11/03/2022 (BOPI 2022-10)
- Enregistrement sans modification 10/06/2022 (BOPI 2022-23)

Annexe 7 – Brandbook

Créée par Avenant du 1^{er} juillet 2022 à l'accord du 7 février 2022 relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie – art. 5.



COEUR
INDUSTRIE_Brandbc