

**AVENANT N°1 AU CONTRAT NATIONAL DE REFERENCE DU 23 JANVIER 2012
DANS LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES DE
COMMISSION, DE COURTAGE ET DE COMMERCE INTRACOMMUNAUTAIRE ET
D'IMPORTATION-EXPORTATION N°3100**

Réunis en Commission Paritaire le 28 Avril 2014, les signataires ont décidé de modifier les dispositions du Contrat Nationale de Référence afin de le mettre en conformité avec la réglementation en vigueur concernant la modification de la nomenclature pour les actes dentaires (Avenant n°3 à la Convention Nationale des chirurgiens-dentistes) et la modification du dispositif de portabilité institué par l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale (issu de l'article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

**ARTICLE 1 : MODIFICATIONS DES ARTICLES 1.2, 2.1, 2.4-2 et 2.5 DU
CONTRAT DE REFERENCE**

Les articles 1.2, 2.1, 2.4-2 et 2.5 du Contrat National de Référence du 23 janvier 2012 sont modifiés comme suit :

Article 1.2 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du présent régime «remboursement complémentaire de frais de soins de santé» obligatoire, l'ensemble des salariés justifiant d'une condition d'ancienneté de 3 mois dans l'entreprise et relevant des entreprises visées à l'article 1.

Toutefois, certains salariés pourront, si cela est expressément prévu par l'acte interne à l'entreprise instituant le régime (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur) bénéficier, à leur demande, de l'un des cas de dispense d'affiliation défini par cet acte. Ces cas de dispense devront être définis conformément à l'article R242-1-6 du code de la Sécurité sociale.

En aucune manière, les dispenses d'affiliation ne peuvent être imposées par l'employeur.

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime frais de santé. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser et d'être affiliés au régime de remboursement de frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

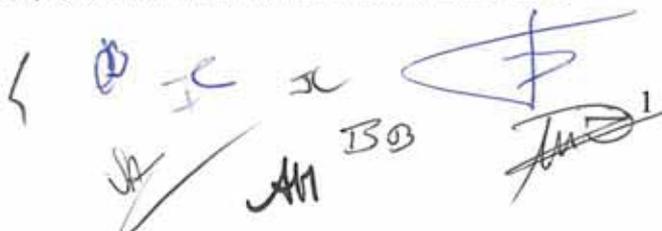
Tant qu'il est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le régime de branche.

Article 2.1 – Détail des Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation «maladie», «accidents du travail/ maladies professionnelles» et «maternité» ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-dessous.



Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page, including a large stylized signature on the right and several smaller initials and marks on the left.

Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

AG2R Prévoyance verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

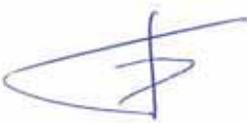
Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Il est proposé au choix de l'entreprise la souscription, pour l'ensemble de ses salariés, 3 régimes distincts :

- le régime « ESSENTIEL »
- le régime « CONFORT »
- le régime « SUMMUM »

 RB

5   AH   AL 2

NATURE DES FRAIS REGIME ESSENTIEL	NIVEAUX D'INDEMNISATION (I) EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour	Ticket Modérateur	
▪ Actes de chirurgie (ADC) ▪ Actes d'anesthésie (ADA) ▪ Autres honoraires	Ticket Modérateur + 50 % de la base de remboursement	
▪ Chambre particulière (2) *	40 € par jour	
▪ Forfait hospitalier engagé *	Frais réels dans la limite du forfait règlementaire en vigueur.	
▪ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) *	30 € par jour	
Transport remboursé SS	Ticket Modérateur	
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)	Ticket Modérateur	
▪ Spécialistes (Consultations et visites)	Ticket Modérateur	
▪ Actes de chirurgie (ADC) ▪ Actes techniques médicaux (ATM) ▪ Actes d'obstétriques (ACO)	Ticket Modérateur + 50 % de la base de remboursement	
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI) ▪ Actes d'échographie (ADE)	Ticket Modérateur + 50 % de la base de remboursement	
▪ Auxiliaires médicaux	Ticket Modérateur	
▪ Analyses	Ticket Modérateur	
Actes médicaux non remboursés SS		
▪ Densitométrie osseuse	Néant	
▪ Chirurgie de la myopie	Néant	
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie	Ticket Modérateur	
Pharmacie non remboursée SS		
▪ Vaccins anti-grippe et autres	Néant	
Dentaire		
▪ Soins dentaires	Ticket Modérateur	
▪ Inlay / Onlay	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Inlay core	Néant	
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la SS * (A)	Néant	
▪ Orthodontie acceptée par la SS	Ticket Modérateur +50% de la base de remboursement	
▪ Orthodontie refusée par la SS *	50% de la base de remboursement	
Autres actes dentaires non remboursés par la SS (A)		
▪ Parodontologie *	Néant	
▪ Implants dentaires * (B)	Néant	
Prothèses non dentaires (acceptées SS)		
▪ Prothèses auditives	Ticket Modérateur	
▪ Orthopédie & autres prothèses	Ticket Modérateur	
Optique		

4
 BA JC I
 BB AH
 AR³

▪ Monture	1,5% du PMSS
▪ Verres	1,5% du PMSS par verre
▪ Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 4% du PMSS par année civile
▪ Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 4% du PMSS par année civile
Cure thermique (acceptée SS)	
▪ Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et hébergement	Ticket Modérateur 50 € limité à une intervention par année civile
Maternité	
▪ Naissance d'un enfant déclaré	Néant
Médecines hors nomenclature	
▪ Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005	
▪ Prise en charge des deux actes de prévention suivants : - détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; - les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge.	Ticket Modérateur

SS = Sécurité sociale, FR = Fais réels ; BR = Base de remboursement ; PU = Prix unitaire ; TC = Tarif de Convention Sécurité sociale ; TM = Ticket modérateur ; RSS = Remboursement Sécurité sociale ; PMSS = Plafond Mensuel Sécurité sociale ; € = Euro. (1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés. (2) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique. *Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité sociale

(A) Liste des actes pris en charge dans cette garantie :

- Couronnes dentaires : HBLD038 et HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires et couronnes à recouvrement partiel

- Prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217 et HBLD171

- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033 et HBLD023, ainsi que les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081 et HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires et piliers de bridge à recouvrement partiel

(B) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne)

Handwritten notes and signatures:

- Handwritten "S" and "Vb" with a checkmark.
- Handwritten initials: "AB", "IR", "X", "AL", "AH", "BB", and a large stylized signature.

NATURE DES FRAIS REGIME CONFORT	NIVEAUX D'INDEMNISATION (I) EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour	Ticket Modérateur + 180 % de la base de remboursement	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	Ticket Modérateur + 180 % de la base de remboursement	
▪ Actes d'anesthésie (ADA)	Ticket Modérateur + 180 % de la base de remboursement	
▪ Autres honoraires	Ticket Modérateur + 180 % de la base de remboursement	
▪ Chambre particulière (2) *	65 € par jour	
▪ Forfait hospitalier engagé *	Frais réels dans la limite du forfait réglementaire en vigueur.	
▪ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) *	50 € par jour	
Transport remboursé SS	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Spécialistes (Consultations et visites)	Ticket Modérateur + 75% de la base de remboursement	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	Ticket Modérateur + 75% de la base de remboursement	
▪ Actes techniques médicaux (ATM)	Ticket Modérateur + 75% de la base de remboursement	
▪ Actes d'obstétriques (ACO)	Ticket Modérateur + 75% de la base de remboursement	
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI)	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Actes d'échographie (ADE)	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Auxiliaires médicaux	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Analyses	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
Actes médicaux non remboursés SS		
▪ Densitométrie osseuse	Néant	
▪ Chirurgie de la myopie	Crédit de 500€ par œil et par année civile	
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie	Ticket Modérateur	
Pharmacie non remboursée SS		
▪ Vaccins anti-grippe et autres	Néant	
Dentaire		
▪ Soins dentaires	Ticket Modérateur + 50% de la base de remboursement	
▪ Inlay / Onlay	Ticket Modérateur + 250% de la base de remboursement	
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS	Ticket Modérateur + 250% de la base de remboursement	
▪ Inlay core	Néant	
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la SS * (A)	Crédit de 300€ par année civile	
▪ Orthodontie acceptée par la SS	Ticket Modérateur + 150 % de la base de remboursement	
▪ Orthodontie refusée par la SS *	250% de la base de remboursement	
Autres actes dentaires non remboursés par la SS (A)		
▪ Parodontologie *	Néant	
▪ Implants dentaires * (B)	Crédit de 500€ par année civile	
Prothèses non dentaires (acceptées SS)		
▪ Prothèses auditives	Ticket Modérateur + 250% de la base de remboursement	
▪ Orthopédie & autres prothèses	Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement	
Optique		
▪ Monture	4% du PMSS	
▪ Verres Unifocaux (3)	3% du PMSS par verre	
▪ Verres Multifocaux (3)	6% du PMSS par verre	
▪ Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 10% du PMSS par année civile	
▪ Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 10% du PMSS par année civile	

5
 VA BB JC BB
 AH BB
 \$ 12

Cure thermique (acceptée SS)	
<ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et hébergement 	Ticket Modérateur 250 € limité à une intervention par année civile
Maternité	
<ul style="list-style-type: none"> Naissance d'un enfant déclaré (forfait) 	20% du PMSS
Médecines hors nomenclature	
<ul style="list-style-type: none"> Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée) 	30 € par acte, limité à 2 actes par année civile.
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005	
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des deux actes de prévention suivants : <ul style="list-style-type: none"> détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge. 	Ticket Modérateur

SS = Sécurité sociale, FR = Frais réels ; BR = Base de remboursement ; PU = Prix unitaire ; TC = Tarif de Convention Sécurité sociale ; TM = Ticket modérateur ; RSS = Remboursement Sécurité sociale ; PMSS = Plafond Mensuel Sécurité sociale ; € = Euro. (1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés. (2) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique. *Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité sociale

(A) Liste des actes pris en charge dans cette garantie :

- Couronnes dentaires : HBLD038 et HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires et couronnes à recouvrement partiel

- Prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217 et HBLD171

- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033 et HBLD023, ainsi que les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081 et HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires et piliers de bridge à recouvrement partiel

(B) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne)

Handwritten signatures and initials:

- 33
- AR
- AM
- JC
- JC
- OB
- JC
- VA
- h

NATURE DES FRAIS REGIME SUMMUM	NIVEAUX D'INDEMNISATION (1) EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour	Ticket Modérateur + 380 % de la base de remboursement	
▪ Actes de chirurgie (ADC) ▪ Actes d'anesthésie (ADA) ▪ Autres honoraires	Ticket Modérateur + 380 % de la base de remboursement	
▪ Chambre particulière (2) *	115 € par jour	
▪ Forfait hospitalier engagé *	Frais réels dans la limite du forfait règlementaire en vigueur.	
▪ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) *	87 € par jour	
Transport remboursé SS	Ticket Modérateur + 200% de la base de remboursement	
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)	Ticket Modérateur + 200% de la base de remboursement	
▪ Spécialistes (Consultations et visites)		
▪ Actes de chirurgie (ADC)		
▪ Actes techniques médicaux (ATM)		
▪ Actes d'obstétriques (ACO)		
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI)		
▪ Actes d'échographie (ADE)		
▪ Auxiliaires médicaux		
▪ Analyses		
Actes médicaux non remboursés SS		
▪ Densitométrie osseuse	Néant	
▪ Chirurgie de la myopie	Crédit de 750€ par œil et par année civile	
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie	Ticket Modérateur	
Pharmacie non remboursée SS		
▪ Vaccins anti-grippe et autres	Néant	
Dentaire		
▪ Soins dentaires	Ticket Modérateur + 150% de la base de remboursement	
▪ Inlay / Onlay	Ticket Modérateur + 450% de la base de remboursement	
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS	Ticket Modérateur + 450% de la base de remboursement	
▪ Inlay core	Néant	
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la SS *	Crédit de 500€ par année civile	
▪ Orthodontie acceptée par la SS	Ticket Modérateur + 300% de la base de remboursement	
▪ Orthodontie refusée par la SS *	400% de la base de remboursement	
Autres actes dentaires non remboursés par la SS (A)		
▪ Parodontologie *	Néant	
▪ Implants dentaires * (B)	Crédit de 750€ par année civile	
Prothèses non dentaires (acceptées SS)		
▪ Prothèses auditives	Ticket Modérateur + 400% de la base de remboursement	
▪ Orthopédie & autres prothèses		
Optique		
▪ Monture	6% du PMSS	
▪ Verres Unifocaux (3)	5% du PMSS par verre	
▪ Verres Multifocaux (3)	8% du PMSS par verre	
▪ Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 16% du PMSS par année civile	

▪ Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 16% du PMSS par année civile
Cure thermique (acceptée SS)	
▪ Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et hébergement	Ticket Modérateur 500 € limité à une intervention par année civile
Maternité	
▪ Naissance d'un enfant déclaré (forfait)	20% du PMSS
Médecines hors nomenclature	
▪ Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	40 € par acte, limité à 3 actes par année civile
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005	
▪ Prise en charge des deux actes de prévention suivants : - détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; - les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge.	Ticket Modérateur

SS = Sécurité sociale, FR = Frais réels ; BR = Base de remboursement ; PU = Prix unitaire ; TC = Tarif de Convention Sécurité sociale ; TM = Ticket modérateur ; RSS = Remboursement Sécurité sociale ; PMSS = Plafond Mensuel Sécurité sociale ; € = Euro. (1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés. (2) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique. *Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité sociale

(A) Liste des actes pris en charge dans cette garantie :

- Couronnes dentaires : HBLD038 et HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires et couronnes à recouvrement partiel
- Prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217 et HBLD171
- Bridges: HBLD040, HBLD043, HBLD033 et HBLD023, ainsi que les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081 et HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires et piliers de bridge à recouvrement partiel

(B) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne)

L'article 2-4-2 – Portabilité des droits

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité visé par l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale (issu de l'article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

En cas de cessation du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien des garanties exposées dans le présent article.

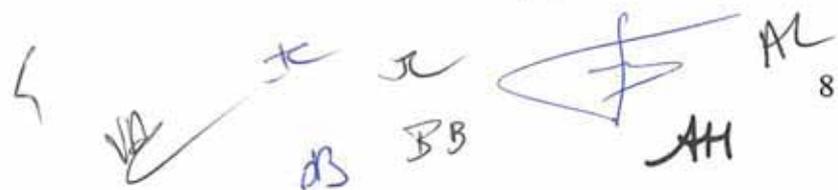
Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, dont la date est égale ou postérieure au 1^{er} Juin 2014.

Le maintien des garanties relatives au remboursement complémentaire de frais de soins de santé s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf stipulations particulières définies ci-après. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur selon les formalités de déclaration définies ci-après.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur **avant la date de cessation du contrat.**



Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

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

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi,
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en cas de décès.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies à l'article 2.6.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente doit :

- Signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- Informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée et d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi.

Le participant doit :

Dès qu'il en a connaissance, s'engager à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indument pourra être mise en œuvre.

Handwritten signatures and initials: JL, BB, AH, AC, and a large stylized signature.

Païement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Article 2-5 - Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 2.4 du présent régime, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite «Loi Evin») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent soit la rupture du contrat de travail, soit la période durant laquelle le salarié a bénéficié de la portabilité.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur.

Les ayants-droit d'un salarié décédé pourront bénéficier du maintien de la couverture définie ci-dessus sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux anciens salariés visés par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

ARTICLE 2 : Prise d'effet

L'ensemble de ces modifications prendra effet à compter du 1^{er} Juin 2014.



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the right, initials 'AL', 'AM', 'JC', 'JB', and '33'.

Fait à Paris, le 28 Avril 2014

Signataires :

Organisations patronales

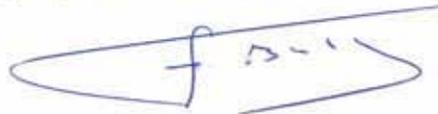
- Syndicat des Négociants et Commissionnaires à l'International – SNCI :

Nom du signataire : Jean-Philippe PUGNAUD

P/O 

- Union des opérateurs spécialisés à l'International - OSCI :

Nom du signataire : Fabien Buhler

de Commerce


- Fédération des Entreprises Industrielles et Commerciales Internationales de la mécanique et de l'Électronique – FICIME :

Nom du signataire : Virginie ARNOULT



- Union Française du Commerce Chimique – 1^{ère} Section – UFCC :

Nom du signataire :

RICHARD 

- Fédération Française des Syndicats de Courtiers en Marchandises – FFSCM :

Nom du signataire : Xavier Durand-viel

Po. 

BB

03

AL

se

se

Organisations syndicales

- Fédération des Services – CFDT :

Nom du signataire :



- Fédération Nationale Commerce, Service et Force de Vente – CFTC :

Nom du signataire : J. CIARONI



- Fédération Nationale de l'Encadrement, du Commerce et des Services – FNECS

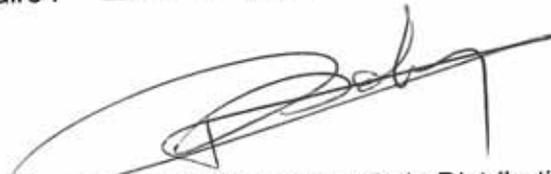
CGC :

Nom du signataire : Ibrahim Cissé



- Fédération des Employés et Cadres – FEC CGT FO :

Nom du signataire : Bue BEWON



- Fédération des Personnels du Commerce de la Distribution et des Services – CGT :

Nom du signataire :

AG2R Prévoyance / GNP

- AG2R Prévoyance :

Philippe DABAT, Directeur général délégué.

- GNP (Groupement National de Prévoyance) :