

CONVENTION COLLECTIVE DES GARDIENS CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES

Couvertures prévoyance et santé

ACCORD COLLECTIF DU 6 DECEMBRE 2013

(Texte en vigueur au 1^{er} janvier 2018)

Cet accord a été modifié successivement par les avenants

n°1 du 2 juillet 2016

n° 2 du 30 juin 2016

n° 3 du 7 novembre 2017.

Les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 3 du 7 novembre 2017 sont applicables dès janvier 2018. Cet avenant a eu pour objet de modifier les articles relatifs aux garanties et au fonds de solidarité (articles 11.2 et 12).

PLAN

PREAMBULE

Partie 1 MODIFICATION DE L'ARTICLE 30 DE LA CONVENTION COLLECTIVE

Partie 2 REGIMES DE PREVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTE

Titre 1 Dispositions communes

Article 1 - Objet

Article 2 - Champ d'application

Article 3 - Salariés bénéficiaires

3.1 – Définition des bénéficiaires

3.2 – Suspension du contrat de travail

3.2.1 – Suspensions rémunérées ou indemnisées

3.2.2 – Suspensions non rémunérées ou indemnisées

3.3 – Caractère obligatoire de l'adhésion

Article 4 - Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

4.1 – Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

4.2 – Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

Titre 2 : Régime de prévoyance

Article 5 – Financement

5.1 – Assiette de la cotisation

5.2 – Taux de cotisation et répartition

5.3 – Evolution des cotisations

Article 6 – Prestations

6.1 – Dispositions générales et définitions

6.1.1 – Assiette

6.1.2 – Enfants à charge pour les garanties décès et rente éducation

6.1.3 – Conjoint

6.2 – Garantie Décès

6.3 – Garantie Incapacité de travail et Invalidité

Article 7 – Organismes assureurs recommandés

7.1 – Recommandation des organismes assureurs

7.2 – Application obligatoire du régime pour les employeurs

7.3 – Conséquences du changement d'organisme assureur

Titre 3 : Régime de santé

Article 8 – Dispenses d'adhésion

Article 8.1 - Cas de dispenses d'affiliation

Article 8.2 - Cas particulier des salariés à employeurs multiples

[Article 9](#) – **Financement**

[9.1](#) – **Structure de la cotisation**

[9.2](#) – **Assiette, taux et répartition de la cotisation**

[9.3](#) – **Evolution des cotisations**

[Article 10](#) – **Définition des ayants droit**

[Article 11](#) – **Prestations**

[11.1](#) – **Généralités**

[11.2](#) – **Niveau des prestations du régime**

[Article 12](#) – **Fonds de solidarité**

[Article 12 bis](#) – **Organisme assureur recommandé**

[12.1](#) – **Recommandation de l'organisme assureur**

[12.2](#) – **Application obligatoire du régime pour les employeurs**

Titre 4 : Dispositions finales

[Article 13](#) – **Commission Paritaire Nationale de Suivi (CPNS)**

[Article 14](#) – **Information des salariés**

[Article 15](#) – **Révision et dénonciation**

[Article 16](#) – **Date d'effet, durée de l'accord et formalités**

Préambule

Les partenaires sociaux ont souhaité mettre en place des régimes conventionnels de protection sociale complémentaire afin de permettre aux salariés de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeubles de bénéficier de garanties en matière d'incapacité, d'invalidité, de décès et de remboursement de frais de santé.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'organismes assureurs recommandés après une procédure de consultation de différents opérateurs d'assurance en 2013.

Dans un souci de lisibilité de l'accord, seront utilisés les termes de « régime de prévoyance » pour viser la couverture des risques incapacité, invalidité et décès, et de « régime frais de santé » s'agissant de la garantie de remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

L'article 30 de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009 est parallèlement modifié afin de tenir compte de la mise en place des régimes prévoyance et frais de santé par le présent accord.

Le présent accord a donc pour objet :

- d'une part, de modifier l'article 30 « régime de prévoyance » de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles (Partie 1) ;
- d'autre part, d'instaurer un « régime de prévoyance » et « un régime frais de santé » au bénéfice du personnel de la branche (Partie 2).

PARTIE 1 **MODIFICATION DE L'ARTICLE 30** **DE LA CONVENTION COLLECTIVE**

L'article 30 de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles intitulé « Régimes de prévoyance » devient l'article 30-1 « *Maintien de salaire* ». Le paragraphe e- de cet article est modifié dans les termes suivants :

« e - Pour couvrir tout ou partie des garanties conventionnelles de maintien de salaire susvisées, les employeurs ont la possibilité de souscrire un contrat d'assurance de groupe, et notamment d'adhérer au régime de prévoyance complémentaire institué par le protocole conclu avec l'Institution HUMANIS Prévoyance.

La cotisation assurée en couverture de ces garanties est exclusivement patronale. »

Il est instauré un article 30-2 intitulé « Régimes de prévoyance complémentaire » prévoyant que :

« Les salariés bénéficient de garanties collectives de prévoyance et de remboursement de frais de santé définies en annexe à la présente convention. »

PARTIE 2 **REGIMES DE PREVOYANCE** **ET DE FRAIS DE SANTE**

Titre 1 : Dispositions communes

Article 1 - Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice du personnel tel que défini à l'article 3 :

- d'un régime de prévoyance obligatoire couvrant les risques incapacité temporaire de travail, invalidité, décès ou invalidité permanente et absolue ;
- d'un régime frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

L'efficacité de ces deux régimes nationaux est assurée par l'instauration d'un mécanisme de mutualisation des risques. Les partenaires sociaux s'inscrivent dans une démarche globale visant à maîtriser tous les aspects de cette mutualisation, notamment en veillant à une totale transparence des relations avec les organismes assureurs.

Cette mutualisation est organisée à travers la conclusion de contrats de garanties collectives identiques pour tous les bénéficiaires visés à l'article 3. En vue de la souscription desdits contrats d'assurance, les partenaires sociaux de la branche donnent mandat au Président de la Commission Paritaire Nationale de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009 de procéder à la signature avec des organismes assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par des protocoles techniques et financiers et des protocoles de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 2 - Champ d'application

Le présent accord s'applique aux employeurs relevant de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009.

Article 3 – Salariés bénéficiaires

3.1 – Définition des bénéficiaires

Le régime de prévoyance et le régime frais de santé institués par le présent accord bénéficient à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail relevant de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles.

Aucune condition d'ancienneté ne conditionne l'accès tant au régime de prévoyance qu'au régime de santé.

3.2 – Suspension du contrat de travail

3.2.1 – Suspensions rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des régimes de prévoyance et frais de santé est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre du présent régime (par exemple, arrêt maladie...), ou par la perception d'indemnités journalières de sécurité sociale.

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

3.2.2 – Suspensions non rémunérées ou indemnisées (il faut entendre «non indemnisées»)

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires comme par exemple les salariés en congés sans solde (par exemple congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation...) ou les salariés en état d'invalidité peuvent également continuer à adhérer au régime sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

3.3 – Caractère obligatoire de l'adhésion

Sous réserve des dispositions de l'article 8 relatif au régime frais de santé, l'adhésion des salariés aux régimes de prévoyance et frais de santé est obligatoire.

Article 4 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

4.1 – Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance et de frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

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

Ce maintien de garanties sera financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de prévoyance et du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir, en cas d'incapacité, des indemnités journalières complémentaires d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

4.2 – Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture frais de santé instaurée par le présent accord sera maintenue :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin » incombe à l'organisme assureur. Les parties ont néanmoins souhaité invoquer cette obligation dans le présent accord à titre d'information.

Titre 2 : Régime de prévoyance

Article 5 – Financement

5.1– Assiette de la cotisation

L'assiette de la cotisation au régime de prévoyance est constituée du salaire brut servant de base au calcul des cotisations de sécurité sociale dans la limite de la tranche B (à savoir 4 fois le plafond de la sécurité sociale).

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail, la cotisation est assise sur la moyenne du salaire brut des douze derniers mois au cours desquels une activité a été exercée.

Les indemnités versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite ...) sont exclues de l'assiette des cotisations.

5.2– Taux de cotisation et répartition

	Tranche A	Tranche B
Décès ou Invalidité Permanente Absolue (y compris double effet)	0.29%	0.29%
Rente éducation	0.06%	0.06%
Frais d'obsèques	0.16%	0.16%
Incapacité temporaire	0.38%	0.38%
Invalidité permanente	0.50%	0.50%
Cotisation prévoyance*	1.39%*	1.39%*

Observation UNIS :

* Conformément à l'article 5.3 ci-dessous, les partenaires sociaux ont décidé en Commission paritaire de suivi du Régime du 17 octobre 2017 d'appliquer un **taux d'appel** sur la cotisation en prévoyance à hauteur de **75% du taux contractuel pour l'année 2018**. Ce taux devrait être reconduit pour 2019. ATTENTION, ce taux d'appel ne concerne que les employeurs et salariés affiliés chez HUMANIS !

Il ne s'agit pas d'un accord de branche mais d'une décision prise par les partenaires qui gèrent le régime de branche chez l'assureur et compte tenu des bons résultats du régime géré par HUMANIS.

Le taux d'appel applicable est donc de **1.04%* du salaire (TA/TB)** au lieu de 1.39% dès janvier 2018.

Ces taux incluent la reprise des risques en cours pour les entreprises rejoignant le régime conventionnel en application de l'article 7.2 du présent accord ainsi que la mutualisation du financement de la portabilité.

Ces cotisations sont prises en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

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

5.3 – Evolution des cotisations

Les taux de cotisation prévus à l'article 5.2 sont maintenus pour trois ans, à compter de la date d'effet de l'accord.

Toute modification du taux de cotisation proposée par l'organisme assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

La Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé peut décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 5.2 pour une durée maximale d'un an, dans les conditions prévues par son Règlement intérieur.

Article 6 – Prestations

Les prestations faisant l'objet du présent accord sont celles prévues par le contrat d'assurance national et sont regroupées dans les catégories suivantes :

- Incapacité temporaire (ces prestations viennent en relais des dispositions de l'article 30-1 de la Convention collective nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles relatives au maintien de salaire),
- Invalidité permanente ;
- Capital décès ou Invalidité Permanente et Absolue, Rente d'éducation, Allocation frais d'obsèques.

6.1 – Dispositions générales et définitions

6.1.1 – Assiette

Les prestations hors allocation frais d'obsèques sont calculées sur la base du salaire de référence ci-dessous défini. La prestation frais d'obsèques est calculée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le salaire de référence est égal au salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale au cours des douze mois civils ayant précédé le mois du décès ou l'arrêt de travail ouvrant droit à prestation, limité à la tranche B (à savoir 4 fois le plafond de la sécurité sociale).

Par dérogation, pour les pensions d'invalidité, le salaire de référence est déterminé sur la base du salaire net.

Si le salarié ne compte pas douze mois de présence à la date de l'évènement couvert, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations soumises à cotisations de sécurité sociale.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité, la période de référence est constituée des douze mois précédant le mois de la cessation du contrat de travail.

Les indemnités versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclues de l'assiette des cotisations.

6.1.2 – Enfants à charge pour les garanties décès et rente éducation

Sont réputés à charge du salarié, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel.
- Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire.
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié, si ce dernier est le parent légitime. »

6.1.3-Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

6.2 – Garantie Décès

Garanties	Prestations
Décès toutes causes ou Invalidité Permanente et Absolue Tout assuré :	100 % TA, TB
Décès simultané ou postérieur du conjoint ou assimilé de l'assuré (double effet) Capital supplémentaire (si enfant à charge) :	100 % du capital décès toutes causes
Rente annuelle d'éducation versée à chaque enfant à charge de l'assuré en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue de l'assuré :	
- jusqu'au 12 ^{ème} anniversaire :	4 % TA, TB
- du 12 ^{ème} au 19 ^{ème} anniversaire :	6 % TA, TB
- du 19 ^{ème} au 25 ^{ème} anniversaire (s'il poursuit des études) :	8 % TA, TB
Le montant de la Rente Education est doublé pour les orphelins de père et mère.	
Allocation frais d'obsèques versée en cas de décès du salarié, du conjoint ou assimilé ou d'un enfant à charge	100 % PMSS dans la limite des frais réels pour un enfant de moins de 12 ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique

6.3– Garantie Incapacité de travail et Invalidité

Garanties	Prestations
Incapacité temporaire	
Franchise :	En relais de la CCN de la Branche, dès la fin du maintien de salaire versé par l'entreprise
Prestations :	80 % du salaire brut TA, TB, sous déduction des versements SS
Invalidité permanente <i>Y compris sécurité sociale nette et autres revenus éventuels nets</i>	
- 1 ^{ère} catégorie SS - Taux d'incapacité permanente compris entre 33% et 65%	45 % du salaire net TA, TB
- 2 ^{ème} catégorie SS - Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66%	100 % du salaire net TA, TB
- 3 ^{ème} catégorie SS	100 % du salaire net TA, TB

Article 7 – Organismes assureurs recommandés

7.1 – Recommandation des organismes assureurs

Les partenaires sociaux recommandent en tant qu'assureurs :

- l'OCIRP, l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, 17 rue de Marignan 75008 Paris, pour la garantie Rente Éducation ;
- HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, 139/147 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, pour les garanties de prévoyance Capital Décès ou Invalidité permanente et absolue, Frais d'obsèques et Incapacité temporaire de travail – Invalidité.

HUMANIS PREVOYANCE est mandatée par l'OCIRP pour recueillir les adhésions des entreprises et gérer le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations pour le compte de l'OCIRP.

Une convention de gestion formalise les engagements des partenaires sociaux et des organismes assureurs pour la gestion du régime conventionnel de prévoyance.

La recommandation peut être dénoncée par l'une ou l'autre partie au contrat d'assurance, à chaque échéance annuelle, sous réserve d'un préavis de 6 mois. La décision des partenaires sociaux de la branche de résilier le contrat d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs ci-dessus recommandés ne requiert pas l'unanimité des parties signataires, mais sera prise conformément aux règles de droit commun régissant la révision des accords collectifs issues des articles L. 2261-7 et suivants du Code du travail.

La mutualisation des risques couverts s'effectue entre l'ensemble des organismes assureurs recommandés. Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

7.2 – Application obligatoire du régime pour les employeurs

- Dans un délai de 18 mois à compter de la date d'effet du présent accord, les employeurs relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles ont l'obligation d'appliquer les dispositions du présent régime pour le compte de leurs salariés. Pour ce faire, les partenaires sociaux signataires recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale auprès des organismes assureurs mentionnés à l'article précédent..

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier à compter du 1^{er} janvier 2014 au régime conventionnel de prévoyance auprès des organismes assureurs recommandés, notamment si l'échéance du contrat souscrit antérieurement par les employeurs afin de couvrir tout ou partie de leur personnel intervient avant le terme du délai de 18 mois précité.

Les employeurs entrant nouvellement dans le champ d'application du présent accord, par suite d'un élargissement du champ d'application de la convention collective ou par suite d'un changement d'activité (notamment lors d'opérations de fusion ou de restructuration), doivent appliquer le présent accord, le cas échéant auprès des organismes assureurs recommandés, à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employeur entre dans le champ d'application du présent accord. En cas de création d'une nouvelle entité, les employeurs ont l'obligation d'appliquer le régime dans le mois de l'embauche (ou du transfert) du premier salarié.

▪ **Rappels :**

Les sociétés entrant dans le champ d'application professionnel du présent accord et soumises aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics et ses décrets d'application devront, du fait des obligations de transparence et de mise en concurrence auxquelles elles sont soumises, réétudier le choix de leur organisme assureur aux échéances légales qui les concernent compte tenu de leur statut.

Tous les employeurs devront couvrir, au plus tard au terme du délai précité de 18 mois, les mêmes risques à un niveau égal ou supérieur à celui défini par le présent accord. La notion de risque s'entend du décès, de l'incapacité et de l'invalidité

7.3 – Conséquences du changement d'organisme assureur

En cas de dénonciation ou de non renouvellement de la recommandation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1° les prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, pension d'invalidité, rentes éducation) continuent d'être versées par les organismes assureurs ci-dessus recommandés à leur niveau atteint à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement. La garantie Incapacité temporaire de travail - Invalidité est maintenue aux participants en arrêt de travail pour maladie ou accident, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées antérieurement à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement.
- 2° ces organismes assureurs recommandés assurent également le maintien des garanties décès au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, sans revalorisation des bases de calcul desdites prestations.

- 3° parallèlement, conformément à l'article L.912-3 du Code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente), continueront à être revalorisées.

Sera également organisé la revalorisation des bases de calcul des prestations décès étant précisé qu'elle devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Les partenaires sociaux organiseront la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service ainsi que des bases de calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 précité du code de la sécurité sociale.

Titre 3 : Régime de frais de santé

Article 8 – Dispenses d'adhésion

Article 8.1 - Cas de dispenses d'affiliation

L'adhésion des salariés visés à l'article 3 est obligatoire.

Toutefois, les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire Frais de Santé prévue au présent accord :

1. les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à trois mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
2. les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission dont la durée de couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à trois mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.
3. les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
4. les salariés couverts par une assurance individuelle Frais de Santé au moment de la mise en place des garanties ou au moment de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
5. les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective frais de santé, servie au titre d'un autre emploi, relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - a- Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS (cas notamment des salariés à employeurs multiples).
 - b- Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).
 - c- Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).
 - d- Régime local d'assurance-maladie Alsace-Moselle (CSS, art. D. 325-6 et D. 325-7).
 - e- Régime complémentaire d'assurance-maladie des industries électriques et gazières (décret n°46-1541 du 22 juin 1946).

Ces salariés doivent formuler leur demande de dispense d'affiliation par écrit et l'employeur doit être en mesure de produire ces demandes.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime.

L'affiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogations au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent accord, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

Article 8.2 - Cas particulier des salariés à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant ou non du champ d'application du présent accord est régi comme suit :

Les salariés à employeurs multiples ont le choix de l'employeur auprès duquel leur couverture complémentaire Frais de Santé est mise en place.

L'appel des cotisations se fait auprès de l'employeur choisit par le salarié. L'employeur ne peut se soustraire à son obligation conventionnelle.

Le salarié à employeurs multiples doit fournir aux employeurs auprès desquels il souhaite être dispensé d'affiliation un justificatif de la couverture souscrite par ailleurs auprès d'un autre employeur. A défaut, l'employeur aura l'obligation d'affilier le salarié. »

Article 9 – Financement

9.1 – Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation dite « isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national et rappelés à l'article 10 du présent accord, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

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

9.2 - Assiette, taux et répartition de la cotisation

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de frais de santé s'élève à un montant correspondant à 2.094 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) pour les salariés relevant du régime général et 1.514 % pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

Pour information, le PMSS est fixé, pour l'année 2016, à 3 218 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « Enfant » et « Conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes (La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.) :

Régime général

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé (en % du PMSS)	1.047 %	1.047 %	2.094 %
Par Enfant (facultatif en % du PMSS)	0.86 %	-	0.86 %
Conjoint (facultatif en % du PMSS)	1.87 %	-	1.87 %

Régime local Alsace Moselle

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé en % du PMSS	0.757 %	0.757 %	1.514 %
Par Enfant (facultatif en % du PMSS)	0.62 %	-	0.62 %
Conjoint (facultatif en % du PMSS)	1.34 %	-	1.34 %

Le montant des cotisations inclut les taxes et/ou contributions obligatoires en vigueur.

9.3 – Evolution des cotisations

Le taux de cotisation, prévu à l'article 9.2 est maintenu pour trois ans, à compter de la date d'effet de l'accord.

S'agissant de l'évolution ultérieure de la cotisation, les membres de la Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé peuvent autoriser la conclusion d'un avenant au contrat national d'assurance ayant pour objet de modifier le taux et les plancher/plafond de la cotisation dès lors que leur augmentation n'excède pas 1 %, dans les conditions prévues par le Règlement intérieur de la Commission. Au delà de cette limite, l'augmentation de la cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

La Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé peut décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 9.2 pour une durée maximale d'un an, dans les conditions prévues par son Règlement intérieur.

Article 10 – Définition des ayants droit

Pour la mise en œuvre des dispositions du présent accord relatives au régime frais de santé, les ayants droits des salariés sont définis de la manière suivante :

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- Le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.
- Le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Enfants à charges

Sont réputés à charge du salarié, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au Régime de Sécurité sociale des Etudiants ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à POLE EMPLOI ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RMI mensuel.

Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la Famille, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

Article 11 – Prestations

11.1 – Généralités

Le régime frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

11.2 – Niveau des prestations du régime (modifié par avenant n° 3 du 7/11/17)

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ (Quel que soit le régime de Sécurité sociale (général et local))

Descriptif des garanties	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)
. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	<i>Etablissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR <i>Etablissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	<i>Etablissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR <i>Etablissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	<i>Etablissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR <i>Etablissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité) ⁽³⁾	2 % du PMSS par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans⁽³⁾	1 % du PMSS par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
. Consultation, visite d'un généraliste signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	200 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	180 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	200 % de la BR

. Actes médicaux réalisés par un spécialiste signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % de la BR
. Actes médicaux réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	200 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	160 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	160 % de la BR
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisés par un médecin signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	190 % de la BR
. Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisés par un médecin non signataire OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	170 % de la BR
. MEDECINE ALTERNATIVE ⁽⁴⁾	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie	30 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
. PHARMACIE	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. Traitement anti-tabac sur prescription médicale	100 euros par an et par bénéficiaire
. Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
. OPTIQUE	
. Verres	Selon la grille optique ci-après
. Monture	
. Lentilles prises en charge par la SS	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire, au-delà 100% de la BR
. Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil
. DENTAIRE	
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170 % de la BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	170 % de la BR
. Inlays core pris en charge par la SS	250 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	370 % de la BR
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS :	270 € par acte (maximum 3 par an et par bénéficiaire)
. Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR
. Implantologie : - implant - pilier implantaire	12 % du PMSS 8 % du PMSS
Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	160 % de la BR
. Prothèses auditives	160 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
. Cure Thermale prise en charge par la SS	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. PREVENTION	

. Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170 % de la BR dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
. Dépistage de l'hépatite B	160 % de la BR
. Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30 euros maximum
. Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50 euros par an et par bénéficiaire

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) OPTAM / OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) La prise en charge en hospitalisation médicale par l'Organisme assureur des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour en psychiatrie,
- 30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique.

(4)

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / MR = Montant Remboursé par la Sécurité Sociale /PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année / SS = Sécurité Sociale

GRILLE OPTIQUE

Grille Optique	Adultes			Enfants de moins de 18 ans		
Verres						
Type de verre	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M*	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M*
Verre simple foyer, Sphérique						
sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	90 €	330 €	2242457, 2261874	60 €	210 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	110 €	370 €	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	80 €	250 €
sphère < -10 ou > +10	2235776, 2295896	130 €	410 €	2248320, 2273854	100 €	290 €
Verres simple foyer, Sphéro-cylindriques						
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	100 €	350 €	2200393, 2270413	70 €	230 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	120 €	390 €	2219381, 2283953	90 €	270 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	140 €	430 €	2238941, 2268385	110 €	310 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	160 €	470 €	2206800, 2245036	150 €	390 €
Verres multi-focaux ou Progressifs sphériques						
sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	250 €	650 €	2264045, 2259245	170 €	430 €
sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	270 €	690 €	2202452, 2238792	190 €	470 €
Verres multi-focaux ou Progressifs sphéro-cylindriques						
sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	300 €	750 €	2240671, 2282221	200 €	490 €
sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	320 €	790 €	2234239, 2259660	220 €	530 €
Montures	Code LPP	Rembt	1 M*	Code LPP	Rembt	1 M*
Monture	2223342	150 €	150 €	2210546	90 €	90 €

* 2V + 1M (équipement) doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le salarié. »

Article 12 – Fonds de solidarité (dernier alinéa créé par avenant n° 3 du 7/11/17)

Les partenaires sociaux de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeubles ont convenu de créer un fonds de prévention et d'action sociale dédié aux entreprises de la branche choisissant d'adhérer à l'organisme recommandé.

Pour ces entreprises, au moins 0.034 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale est affecté au financement de ce fonds. Cette cotisation est incluse dans la cotisation servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de frais de santé pour les salariés relevant du régime général et les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

Le fonds social est destiné à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique, à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle.

Le règlement du fonds d'action social précisera les règles de fonctionnement du fonds et les modalités d'attribution des aides.

Le fonds social ainsi constitué est dénommé « fonds social de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeuble. »

Les entreprises n'adhérant pas à l'organisme recommandé doivent mettre en place, en faveur de leurs salariés, des actions de prévention et d'action sociale en y consacrant une cotisation au moins équivalente. »

Les partenaires sociaux de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeubles ont convenu d'élargir le fonds de solidarité par une alimentation supplémentaire, ainsi que par des actions de solidarité et de prévention complémentaire au Dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique, à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle (avenant n° 3 du 7/11/17).

Article 12 bis – Organisme assureur recommandé

12.1 – Recommandation de l'organisme assureur

Les partenaires sociaux recommandent en tant qu'assureur HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, 139/147 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, pour garantir le régime frais de santé.

Une convention de gestion formalise les engagements des partenaires sociaux et de l'organisme assureur pour la gestion du régime conventionnel de frais de santé.

La recommandation peut être dénoncée par l'une ou l'autre partie au contrat d'assurance, à chaque échéance annuelle, sous réserve d'un préavis de 6 mois. La décision des partenaires sociaux de la branche de résilier le contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur ci-dessus recommandé ne requiert pas l'unanimité des parties signataires, mais sera prise conformément aux règles de droit commun régissant la révision des accords collectifs issues des articles L. 2261-7 et suivants du Code du travail.

Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

12.2 – Application obligatoire du régime pour les employeurs

- Dans un délai de 18 mois à compter de la date d'effet du présent accord, les employeurs relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des Gardiens concierges et employés d'immeubles ont l'obligation d'appliquer les dispositions du présent régime pour le compte de leurs salariés. Pour ce faire, les partenaires sociaux signataires recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale auprès de l'organisme assureur mentionné à l'article précédent.

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier à compter du 1^{er} janvier 2014 au régime conventionnel de frais de santé auprès de l'organisme assureur recommandé, notamment si l'échéance du contrat souscrit antérieurement par les employeurs afin de couvrir tout ou partie de leur personnel intervient avant le terme du délai de 18 mois précité.

Les employeurs entrant nouvellement dans le champ d'application du présent accord, par suite d'un élargissement du champ d'application de la convention collective ou par suite d'un changement d'activité (notamment lors d'opérations de fusion ou de restructuration) doivent appliquer le présent accord, le cas échéant, auprès de l'organisme assureur recommandé, à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employeur entre dans le champ d'application du présent accord ;

En cas de création d'une nouvelle entité, les employeurs ont l'obligation d'appliquer le régime dans le mois de l'embauche (ou du transfert) du premier salarié.

- Rappels :

Les sociétés entrant dans le champ d'application professionnel du présent accord et soumises aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics et ses décrets d'application devront, du fait des obligations de transparence et de mise en concurrence auxquelles elles sont soumises, réétudier le choix de leur organisme assureur aux échéances qui les concernent compte tenu de leur statut.

Tous les employeurs devront couvrir, au plus tard au terme du délai précité de 18 mois, les mêmes risques à un égal ou supérieur à celui défini par le présent accord.

Titre 4 : Dispositions finales

Article 13 – Commission Paritaire Nationale de Suivi (CPNS)

Les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé (CPNS).

- La Commission aura pour mission générale de contribuer à la promotion et à la gestion de la protection sociale des personnels relevant de la Convention Collective Nationale des Gardiens, concierges et employés d'immeubles du 27 avril 2009.

La Commission est notamment chargée des missions suivantes :

- communication spécifique vers les employeurs et leurs salariés par des documents uniformes et harmonisés,
 - développement et maintenance d'une base de données statistiques sur l'absentéisme afin d'améliorer le pilotage du régime,
 - développement d'un site internet spécifique à destination des employeurs et des salariés de la branche,
 - gestion ou aide à gestion d'un fonds social spécifique pour les salariés de la branche,
 - information sur les régimes.
- La Commission est composée de représentants des organisations représentatives dans la branche, à raison de 2 représentants de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la profession et d'un nombre égal de représentants des organismes employeurs.

Un Président et un Secrétaire appartenant, l'un au collège des employeurs, l'autre au collège des salariés, sont désignés pour un an et en alternance de collège. Ces désignations prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

La composition et le fonctionnement de la CPNS est précisée par un Règlement intérieur.

Article 14 – Information des salariés

Une notice d'information établie par l'organisme assureur, conformément à l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale, pour chaque régime conventionnel, sera remise à chaque salarié par son employeur. Il en sera de même en cas de modification du régime.

Article 15 – Révision et dénonciation

- Les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au Président de la Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé, accompagnée du projet de révision envisagé.

En accord avec le Secrétaire, le Président convoque la Commission Paritaire Nationale de Suivi des régimes d'assurance prévoyance et santé pour examiner cette proposition dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la demande. Après avis de la CPNS, son Président convoque les partenaires sociaux en vue d'une négociation. L'éventuel avenant de révision est négocié et conclu dans les formes prévues par le Code du travail.

- Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer, dans les conditions prévues par le Code du travail, moyennant un préavis de 12 mois. Cette dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au Président de la CPNS.

En accord avec le Secrétaire, le Président de la Commission convoque les partenaires sociaux dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la notification de la dénonciation afin d'envisager la conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

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

Selon les mêmes formalités et délais, les parties pourront décider de dénoncer uniquement les dispositions de l'accord relatives au régime de prévoyance ou celles relatives au régime frais de santé, les autres dispositions n'étant pas affectées par cette dénonciation partielle.