

Avenant n°65 bis du 1^{er} mars 2016 relatif aux régimes prévoyance et remboursements de frais de santé dans la CCNI

*VERSION à jour de l'Avenant 71 de décembre 2016
et en vigueur au 1^{er} janvier 2017*

SOMMAIRE

[Note explicative](#)
[Préambule](#)

I. ARTICLE 26 – REGIME DE PREVOYANCE ET DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

- 1- [Objet de l'avenant 65bis](#)
- 2- Les dispositions conventionnelles afférentes aux garanties collectives de prévoyance concrétisent un régime de protection sociale complémentaire justifiant [une recommandation d'un organisme assureur](#)
- 3- [Salariés concernés](#)
- 4- [Cas de dispenses](#)
- 5- [Assiette des cotisations et répartition employeur/salarié](#)
- 6- [Mise en œuvre des garanties dans l'entreprise](#)
 - 6.1.1 [Les entreprises ayant choisi pour la stricte application du dispositif conventionnel un autre organisme assureur que celui \(ou ceux\) recommandé\(s\)](#)
 - 6.1.2 [Les entreprises ayant mis en place des garanties de prévoyance et de remboursement de frais de santé antérieurement à l'entrée en vigueur de l'avenant 65bis](#)
 - 6.2 [Dispositions éventuellement plus favorables mises en place par l'entreprise](#)
- 7- [Les litiges afférents au respect du présent texte](#)
- 8- [Les modalités d'application : Annexe V](#)
- 9- [Commission Paritaire de suivi du régime\(CPS\) - Règlement intérieur](#)
[Composition](#)
[Missions](#)
- 10- [L'action sociale, la politique de prévention et les prestations à caractère non directement contributifs](#)
- 11- [La contribution prévention, action sociale, prestations à caractère non directement contributifs - taux - assiette](#)

II. ANNEXE V – RELATIVE AUX REGIMES DE PREVOYANCE ET DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

- 1- [Garanties Incapacité de travail, Invalidité, Décès](#)
- 1.1 [Définitions](#)
[Traitement de base](#)

- [Conjoint](#)
- [Enfants à charge](#)
- 1.2 [Garantie décès](#)
 - [Garantie décès « toutes causes »](#)
 - [Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie](#)
 - [Garantie double effet](#)
 - [Garantie obsèques](#)
- 1.3 [Garantie incapacité de travail](#)
- 1.4 [Garantie invalidité](#)
- 1.5 [Exclusions](#)
 - [risque nucléaire](#)
 - [guerre étrangère](#)
 - [fait volontaire du bénéficiaire](#)
- 1.6 [Revalorisation](#)
- 1.7 [Taux de cotisations des garanties Incapacité de travail, Invalidité, Décès](#)
- 2- [Garantie frais de santé](#)
 - 2.1 [Les prestations](#)
 - 2.2 [Taux de cotisations de la garantie remboursement de frais de santé](#)
- 3- [Droits non contributifs](#)
- 4- [Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail](#)
 - 4.1 [Article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989](#)
 - 4.2 [Mise en œuvre de la portabilité](#)
- 5-[Prévention et action sociale](#)
- 6- [Information des salariés](#)
- 7- [Changements d'organisme assureur](#)
 - 7.1 [Sinistres en cours à la date d'adhésion](#)
 - 7.2 [Sinistres en cours à la date de résiliation du contrat d'assurance](#)
- 8- [Suivi du régime](#)
- 9- [Période transitoire](#)

III. ENTREE EN VIGUEUR – FORMALITES DE DEPOT

COMMISSION PARITAIRE DE SUSIVI (CPS) REGLEMENT INTERIEUR

- Article 1 - [Composition et Présidence](#)
- Article 2 - [Réunions et délibérations](#)
 - Article 2.1. [Convocation](#)
 - Article 2.2. [Réunion](#)
 - Article 2.3. [Quorum et délibérations](#)
- Article 3 - [Secrétariat de la Commission](#)
- Article 4 - [Dénonciation et modification](#)

FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE DE L'IMMOBILIER – REGLEMENT INTERIEUR

- [Préambule](#)
- Article 1 - [OBJET DU FONDS SOCIAL](#)
- Article 2 - [OBJET DU REGLEMENT](#)
- Article 3 - [PRINCIPE](#)

Article 4 - [FINANCEMENT DU FONDS](#)

Article 5 - [FONCTIONNEMENT DU FONDS](#)

5.1 [Gouvernance](#)

5.2 [Modalités de gestion](#)

5.3 [Attribution des aides individuelles](#)

5.4 [Composition du comité de gestion du fonds d'action sociale](#)

Article 6 - [BENEFICIAIRES](#)

Article 7 - [DEPENSES ELIGIBLES](#)

7.1 [Aides individuelles par le biais de chèques CESU](#)

7.2 [Aides personnalisées ponctuelles](#)

Article 8 - [MODALITES DE L'ACTION SOCIALE](#)

8.1 [Evaluation de la situation individuelle](#)

8.2 [Formalités de la demande](#)

8.3 [Paiement de l'aide](#)

Article 9 - [Effets et révision du présent règlement](#)

DECISION DU 1^{ER} MARS 2016 RELATIVE AU CHOIX DE L'ORGANISME RECOMMANDE

[Préambule](#)

1- [Recommandation](#)

2- [Entrée en vigueur – Formalités de dépôt](#)

AVENANT 65 BIS

Note explicative

1/ Un régime de protection sociale complémentaire a été mis en place dans la profession de l'immobilier par avenant n°65 à la Convention Collective Nationale de l'Immobilier du 09 septembre 1988. Cet avenant signé par des organisations tant d'employeurs que de salariés, a été déposé conformément à la loi et demande d'extension en a été faite. Ce texte a fait l'objet d'un avis de la COMAREP, le 19 novembre 2015. L'avenant n°65 à la Convention Collective Nationale de l'Immobilier a été étendu, pour partie, par arrêté du 21 décembre 2015, publié au JORF n°0298, le 24 décembre 2015.

Depuis, les parties ont convenues de compléter ce dispositif notamment sur trois points, à savoir :

- le versement des droits non contributifs qui sont définis à l'annexe V de la Convention Collective Nationale de l'Immobilier à l'organisme choisi par l'entreprise ;

- l'instauration d'une période transitoire pour les entreprises qui ont souscrit antérieurement au 1^{er} août 2011 un contrat de prévoyance et de remboursement de frais de santé ou uniquement de remboursement de frais de santé ne garantissant pas les mêmes risques à un niveau équivalent à l'avenant n°65 à la Convention Collective Nationale de l'Immobilier ;

- la fixation des taux de cotisations des garanties frais de santé et incapacité de travail, invalidité, décès.

Plutôt que de formuler ces dispositifs complémentaires dans un avenant à l'avenant n°65, les parties ont préféré les intégrer dans le dispositif initial, ceci par souci d'intelligibilité des textes.

Par voie de conséquence, le texte ci-joint annule et remplace l'avenant n°65.

Préambule

1/ L'objet du présent accord est relatif aux garanties collectives de prévoyance. Il révisé les dispositions préexistantes résultant de l'article 26 de la convention collective et des accords des 23 novembre 2010 et 17 mars 2011 en déclinant les modalités d'application. De ce fait, celles-ci sont entièrement remplacées par les dispositions ci-après, qui se substituent, à l'article 26 de la convention collective et aux accords des 23 novembre 2010 et 17 mars 2011.

Les raisons à l'origine de cet avenant de révision sont multiples mais elles exigent conjointement un nouveau dispositif conventionnel. Ces raisons sont :

- La déclaration d'inconstitutionnalité, de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale en raison d'une atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle et d'entreprendre née de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme de 1789, ce qui a justifié un nouvel article introduit dans le code de la sécurité sociale par la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014. La disparition des clauses de désignation affecte gravement l'économie des accords dans la mesure où celle-ci était justifiée, pour la CJUE, sur le terrain de la prohibition des positions dominantes abusives (article 102 TFUE), par la poursuite d'un objectif de solidarité. Le recours à une simple recommandation ne peut que rendre indispensable un nouvel arsenal conventionnel, d'autant que, selon la loi nouvelle, elle suppose la mise en œuvre d'un degré élevé de solidarité qui doit être conventionnellement décliné par des droits non contributifs touchant à la solidarité mais aussi à l'action sociale et à la prévention.
- La loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a rendu obligatoire une couverture complémentaire santé. Le niveau des garanties, les cas possibles d'exclusion, à leur demande, des salariés et des règles relatives au sort social et fiscal des cotisations, en particulier du fait des articles R.242-1-1 à 6 du code de la sécurité sociale nés du décret du 9 janvier 2012, mais aussi de la remise en cause de la neutralité fiscale de la cotisation patronale pour ce risque affectent de manière substantielle le dispositif en vigueur, tout autant du reste que les nouvelles règles de portabilité des droits de prévoyance.

2/ Le contenu de l'accord - en ce qui concerne aussi bien la nature des avantages que les instruments permettant de décliner l'objectif de solidarité que les partenaires sociaux entendent promouvoir dans la perspective d'un progrès social lui-même inspiré d'une optimisation de l'emploi - a été défini en considération de la situation de la branche en ce qui concerne aussi bien l'effectif moyen des entreprises, la structure et la nature des emplois, les conditions particulières de travail et la situation des entreprises au plan économique.

En conséquence, c'est au vu de ce contexte que seront, s'il y a lieu, interprétées les dispositions de cet accord, ce qui justifie que les différences liées à des sens différents donnés à tel ou tel article soient prioritairement soumises à la critique de la commission d'interprétation figurant dans le corps de la convention collective. Les normes conventionnelles se rapportant aux garanties collectives de prévoyance, objet du présent avenant, ont été convenues en fonction de ce contexte. L'évolution de celui-ci dans des conditions telles que l'économie en serait affectée justifiera donc l'ouverture de nouvelles négociations en vue de la révision du texte. Par ailleurs, cela justifie la coexistence - et la complémentarité - d'articles insérés dans le corps de la convention collective ayant pour finalité la définition des règles générales d'un côté, une annexe déclinant les modalités concrètes d'application du dispositif conventionnel, en particulier l'évaluation du montant des prestations, d'un autre côté.

Le contenu de cette annexe sera réexaminé tous les ans au vu du bilan annuel fourni par le ou les opérateurs recommandés mettant en évidence, sur le fondement des exigences de la loi Evin, l'état de la situation.

Les dispositions ci-dessus n'ont pas, du fait de leur objet, à être intégrées dans le corps de la convention collective.

I. Article 26 – Régime de prévoyance et de remboursement de frais de santé

L'article 26 de la convention collective dont le titre est « régime de prévoyance et de remboursement de frais de santé » est modifié ainsi qu'il suit.

1/ Les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale bénéficient de garanties collectives de prévoyance au sens de l'article L.911-2 du code de la sécurité sociale couvrant les risques de prévoyance lourde à savoir le décès, l'incapacité temporaire, l'invalidité sous la forme de prestations en espèces ainsi que apportant des prestations en nature au titre des remboursements de frais engagés en cas de maladie ou d'accident.

2/ Les dispositions conventionnelles afférentes aux garanties collectives de prévoyance concrétisent un régime de protection sociale complémentaire en ce sens qu'en sus de la fixation de la nature et du niveau des prestations sont créés des droits non contributifs matérialisant un objectif de solidarité, une action sociale, une politique de prévention. Cela justifie la recommandation d'un ou de deux organismes d'assurances relevant de l'une ou l'autre des catégories visées à l'article 1^{er} de la loi Evin du 31 décembre 1989, ceci en conformité avec le nouvel article L.912-1 du code de la sécurité sociale.

3/ Le régime mis en place est collectif en ce qu'il concerne les personnels de toutes les catégories, à l'exception, pour les garanties incapacité temporaire, invalidité et décès, des VRP qui disposent, en vertu de l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 et des dispositions conventionnelles spécifiques, d'un régime propre, de surcroît géré par une institution spécifique.

Toutefois, les entreprises qui en feront la demande pourront affilier lesdits VRP au régime. Cette extension du champ de l'accord suppose, au niveau de l'entreprise et en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, un acte écrit consacrant soit un accord collectif classique, soit un référendum à la majorité des effectifs de cette catégorie, soit une décision unilatérale de l'employeur précédé d'une procédure d'information et de consultation du comité d'entreprise, à défaut des délégués du personnel. L'exclusion des VRP du régime de branche prend fin le lendemain de la fin de la désignation de l'INPR.

Les VRP non concernés par l'article 7 de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947 relèvent du présent accord.

Les VRP mono employeurs relèvent du présent accord pour ce qui concerne le remboursement des frais de santé.

Les VRP multi employeurs relèvent également du présent accord pour les frais de santé si à la date d'entrée en application du présent accord tous leurs employeurs relèvent du champ d'application de la présente Convention Collective.

Dans le cas contraire, les VRP multi employeurs choisissent s'ils entendent bénéficier ou non du régime défini par le présent accord à condition de pouvoir relever à cette même date d'un autre régime assurant une couverture complémentaire obligatoire en matière de remboursement des frais de santé. A défaut ils relèvent du présent accord.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu bénéficient du régime dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de salaire peuvent décider de maintenir le bénéfice du régime dès lors qu'ils acquittent la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale) sur la base du salaire qu'ils percevaient avant la suspension.

Les mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la sécurité sociale peuvent bénéficier du régime.

Les ayants droits du participant bénéficient de la garantie remboursement frais de santé.

Il est rappelé que les employeurs doivent respecter les dispositions de l'article 7 de la CCN du 14 mars 1947 relatives aux bénéficiaires du régime de retraite des cadres visés au titre des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

4/ Le régime frais de santé est obligatoire en ce qu'il concerne tous les salariés de chaque catégorie, sous réserve des cas de dispense mis en œuvre à la seule initiative des salariés concernés et qui remplissent l'une des conditions suivantes.

Ainsi et par exception, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, les salariés ont la faculté de refuser leur affiliation à la couverture frais de santé, s'ils peuvent se prévaloir d'un des cas de dispense d'affiliation prévu par les textes en vigueur.

Actuellement, les cas de dispense prévus par ces textes et applicables au présent régime sont :

1- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition d'en justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

3- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

Les salariés qui souhaitent se prévaloir des cas de dispense 1, 2 et 3, doivent formuler leur demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les trente jours qui suivent la mise en place du régime, leur embauche ou leur passage à temps partiel.

4- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale (CMUC) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du Code de la Sécurité Sociale (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

5- Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants, prévu par l'arrêté ministériel du 26 mars 2012 :

- Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale ;

Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 08 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

- Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

6- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure. Dans

ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés qui souhaitent se prévaloir des cas de dispense 4, 5 et 6, doivent formuler leur demande par écrit, auprès de leur employeur, au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées.

7- Les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois, sous réserve de justifier d'une couverture complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable.

Les salariés qui souhaitent se prévaloir du cas de dispense 7, doivent formuler leur demande par écrit au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties.

Selon les cas, les salariés doivent produire tous les ans au plus tard le 1er février, les informations nécessaires justifiant de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs en matière de remboursements de frais de santé répondant aux conditions ci-dessus précisées.

La demande de dispense d'adhésion, réalisée au travers d'un formulaire spécifique, est le résultat d'une demande éclairée du salarié qui doit avoir été clairement informé de ses droits et obligations au titre du présent régime et notamment du fait qu'en n'adhérant pas au régime collectif et obligatoire en vigueur au sein de la branche de l'immobilier, il ne peut pas bénéficier :

- de l'avantage résultant de la cotisation patronale finançant ledit régime et du régime social et fiscal qui y est attaché sauf à pouvoir bénéficier du versement santé prévu par l'article L.911-7-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
- du maintien de la garantie dans les conditions définies par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- de la possibilité de contracter à titre individuel la même garantie avec une cotisation ne pouvant dépasser de plus de 50% celle applicable aux actifs, en cas d'invalidité, de départ à la retraite, de chômage indemnisé au-delà de la période couverte par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale et aux ayants-droits des salariés décédés en activité pendant un an.

En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser au régime

- s'ils ne formulent pas leur demande de dispense d'affiliation dans les délais et conditions prévus au présent article,
- s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés selon la situation.

Les ayants droit du salarié ont la faculté de refuser leur affiliation à la couverture frais de santé pour les mêmes motifs et dans les mêmes conditions que les salariés.

5/ Les contributions nécessaires à l'alimentation des prestations contractuelles ainsi qu'aux droits non contributifs conventionnellement définis ci-après sont fixées en pourcentage du salaire avec des taux différents, s'agissant de la couverture incapacité, invalidité, pour le salaire limité au plafond sécurité sociale et pour l'excédent, ceci du fait que les prestations du régime général ne sont assises, s'agissant de la maladie, que sur le salaire dans la limite du plafond sécurité sociale. S'agissant de la couverture complémentaire santé, elle est fixée en euros de manière forfaitaire, le montant tenant compte de la composition de la famille.

La cotisation totale est répartie à raison de 55 % pour la part patronale et 45 % pour la part salariale.

6/ Mise en œuvre des garanties dans l'entreprise

6.1.1 Les entreprises ayant choisi pour la stricte application du présent dispositif conventionnel un autre organisme assureur que celui (ou ceux) recommandé(s) doivent tout mettre en œuvre pour que soit respectée pleinement l'exigence d'application intégrale du dispositif conventionnel. À cet effet, le contrat d'assurance devra expressément faire référence à l'article 26 de la convention collective et à l'annexe qui s'y rapporte. En particulier, il respectera les droits non contributifs ainsi que la politique de prévention et l'action sociale liés à l'objectif de solidarité tels que définis par la Convention collective.

Si la cotisation totale prévue par le contrat d'assurance conclu avec un organisme autre que celui (ou ceux) recommandé(s) est supérieure à celle figurant dans le texte de l'annexe pour des garanties strictement identiques, la part supplémentaire est entièrement due par l'employeur.

Si la cotisation totale prévue par le contrat d'assurance conclu avec un organisme autre que celui (ou ceux) recommandé(s) est inférieure à celle figurant dans le texte de l'annexe, le montant en euros de la part patronale ne pourra être inférieure à celui prévu par le présent régime.

6.1.2 Les entreprises ayant mis en place des garanties de prévoyance et de remboursement de frais de santé antérieurement à l'entrée en vigueur du présent texte doivent les adapter pour les rendre au moins égales.

Pour apprécier la notion de garanties égales, la comparaison se fait :

- globalement sur l'ensemble des salariés ;
- séparément pour les garanties décès, incapacité/invalidité, prestations en nature ;
- pour les prestations en nature, la comparaison s'effectue sur chaque type de remboursements.

6.2/ Dispositions éventuellement plus favorables mises en place par l'entreprise

Les garanties collectives de prévoyance définies dans la présente convention constituent un avantage que toute entreprise entrant dans son champ d'application doit respecter, qu'il s'agisse de leurs aspects quantitatifs ou qualitatifs.

Le caractère plus favorable des garanties collectives mises en place dans une entreprise s'apprécie globalement sur l'ensemble des prestations mais séparément pour chaque garantie, à savoir décès, incapacité/invalidité, couverture santé.

La mise en place de garanties plus favorables suppose un acte écrit conforme aux exigences de l'article L.912-2 du Code de la Sécurité Sociale et dans lequel certaines clauses sont prohibées en vertu de l'article L.912-3 du Code de la Sécurité Sociale. Cet acte doit résulter soit d'un accord collectif conclu en vertu des articles L.2221-1 du Code du Travail, soit d'un référendum, l'accord n'étant effectif qu'avec un vote favorable de 50 % des effectifs et pas seulement des votants, soit d'une décision unilatérale de l'employeur précédée de la consultation du comité d'entreprise, à défaut, des délégués du personnel.

L'acte fondateur de ces garanties détermine notamment le montant de la cotisation totale et sa répartition. La quote-part salariale ne peut excéder celle prévue par le présent texte à identité de prestations.

7/ Les litiges afférents au respect du présent texte seront soumis en priorité à la procédure de conciliation prévue à l'article 4 de la convention collective et, s'ils portent sur le sens à donner à tel ou tel dispositif, à la procédure d'interprétation prévue au même article, sans préjudice d'une action judiciaire que peuvent engager devant les tribunaux étatiques les salariés à titre individuel et les organisations signataires de la présente convention, individuellement ou collectivement.

8/ Les modalités d'application du présent article sont déclinées dans une annexe à la présente convention (Annexe V). Celle-ci en fait partie intégrante et ne saurait donc matérialiser un accord thématique autonome. La révision de son contenu est donc soumise aux règles définies à l'article 2 de la présente convention. Elle ne peut davantage être dénoncée de manière spécifique, notamment du fait de sa filiation au présent article. Ceci étant, eu égard à son objet, les partenaires sociaux pourront, au vu de l'examen du rapport annuel fourni par l'organisme ou les organismes recommandés conforme aux exigences de la loi Evin, en adapter le contenu pour tenir compte des évolutions du niveau des prestations et des frais de gestion en tenant compte des provisionnements ainsi que de la situation de la branche au plan de l'emploi.

Par modalités d'application du dispositif né du présent article, il y a lieu d'entendre la fixation du niveau des prestations en espèces ou en nature, du montant de la cotisation globale due si l'entreprise relève de l'organisme ou des organismes recommandés, des dispositifs concrets déclinant la politique de prévention, les instruments de l'action sociale, les droits non contributifs particuliers à la mise en œuvre de la solidarité, en direction d'une population d'actifs particuliers ou intergénérationnelle. C'est dans cette perspective qu'est conçu le dispositif de portabilité des droits conforme aux exigences de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale adapté à la situation de la branche pour contribuer à la sécurisation de l'emploi.

9/ Il est institué une Commission Paritaire de suivi du régime dont les modalités de fonctionnement sont précisées dans un règlement intérieur annexé à la Convention Collective.

Composition

La Commission Paritaire de suivi du régime est composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives dans la branche.

Chaque décision de la Commission paritaire de suivi suppose un accord entre la délégation des organisations représentatives des salariés et la délégation patronale.

La Commission paritaire de suivi désigne chaque année et en alternance, un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des organisations syndicales représentatives de salariés, l'autre aux représentants des organisations patronales représentatives.

Missions

La Commission Paritaire de suivi a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de protection sociale complémentaire institué par le présent article :

- application et interprétation des dispositions conventionnelles ;
- instruire et trancher tout litige ou difficultés d'interprétations survenant dans l'application du régime et conciliation ;
- examen des comptes de résultats détaillés du régime, fournis par l'organisme ou les organismes assureurs recommandés ;
- contrôle des opérations administratives et financières ;
- propositions d'ajustements, d'aménagements et d'améliorations des dispositions du régime ;
- définition des orientations relatives à la politique d'action sociale. A cet effet, elle peut constituer un comité de gestion composé paritairement ;
- définition des orientations relatives à la politique de prévention ;
- définition des orientations relatives aux droits non contributifs propres à la mise en œuvre de la solidarité ;
- promotion du régime en collaboration avec les parties prenantes au régime ;
- suivi de l'application de l'accord et de la conformité des contrats des entreprises.

10/ L'action sociale est concrétisée par l'attribution d'une aide financière aux salariés de la branche au vu d'une situation exceptionnelle.

Les entreprises ayant choisi pour la stricte application du présent dispositif conventionnel un autre organisme assureur que celui (ou ceux) recommandé(s) devront mettre en œuvre les mesures

d'action sociale telles que définies par la Commission Paritaire de suivi et conformément aux orientations prises par cette dernière.

Les modalités de mise en œuvre de l'action sociale pour les salariés des entreprises de la branche qui ont choisi le ou les organismes recommandés font l'objet d'un règlement intérieur annexé à la présente convention collective. L'action conduite tient compte, par souci d'efficacité, de celle menée par la caisse ARRCO dont relève l'entreprise.

La politique de prévention fait l'objet d'un examen périodique des partenaires sociaux dans le cadre de la commission paritaire chargée de la négociation de la convention collective. Elle se matérialise par un plan d'action prévu pour 5 ans. Celui-ci concerne les actions conduites en vue d'améliorer les taux de fréquence et de gravité de la sinistralité en ce qui concerne les pathologies qui, sans être des maladies professionnelles, sont en liaison avec les conditions de travail dans la branche ; elles visent notamment à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Le plan d'action peut aussi s'assigner comme objectif l'amélioration de l'état de santé en général. Un rapport est établi avec la collaboration technique de l'organisme ou des organismes recommandés relatif à la réalisation du plan d'action. Les conclusions de ce rapport servent à définir le plan pour la nouvelle période quinquennale.

Les entreprises ayant choisi pour la stricte application du présent dispositif conventionnel un autre organisme assureur que celui (ou ceux) recommandé(s) devront mettre en œuvre la politique de prévention telles que définies par la Commission Paritaire de suivi et conformément aux orientations prises par cette dernière.

Les prestations à caractère non directement contributifs font également l'objet d'un examen périodique des partenaires sociaux dans le cadre de la commission paritaire chargée de la négociation collective.

11/ Afin de financer les actions de prévention et l'action sociale, est identifiée, à l'intérieur de la cotisation versée à l'organisme choisi par l'entreprise, une contribution égale à 1.3% de la cotisation brute totale. Une partie, dont le taux est fixé dans l'annexe, est affectée à l'action sociale, dont le montant, réévalué en fonction des besoins effectifs chaque année, est au minimum de 0,20 % de la cotisation brute totale.

Le contrat d'assurance souscrit par une entreprise auprès d'un organisme autre que celui/ceux recommandés prévoit l'affectation de cette contribution au financement de l'action sociale et de la politique de prévention. Il s'agit d'une clause substantielle dudit contrat, contribuant à l'effectivité de l'application de la convention collective.

La contribution de 1.3% ci-dessus est assise sur l'ensemble des cotisations incapacité de travail/invalidité, décès et frais de santé.

Par ailleurs les droits non contributifs définis à l'annexe sont financés par une part de la cotisation égale au minimum à 0,7 % de la cotisation brute totale.

Les partenaires sociaux définissent chaque année et à titre prévisionnel la règle d'affectation d'une partie de ce total à chacun des 3 postes ci-dessus. Le dispositif prévu au présent article 11 vaut donc seulement pour le premier exercice. Au vu des résultats de celui-ci, faisant l'objet d'un rapport établi par le ou les organismes recommandés, les parties à la convention collective décideront donc de la répartition pour l'exercice suivant.

II. Annexe V – Relative aux régimes de prévoyance et de remboursement de frais de santé

Il est établi une annexe à la Convention Collective dont les dispositions sont les suivantes :

« La présente annexe décline les modalités d'application des dispositions de l'article 26 de la convention Collective, notamment en ce qui concerne la fixation du niveau des prestations en espèces ou en nature, du montant de la cotisation globale due si l'entreprise relève de l'organisme recommandé ou des organismes recommandés, des dispositifs concrets déclinant la politique de prévention, les instruments de l'action sociale, les droits non contributifs particuliers à la mise en œuvre de la solidarité, en direction d'une population d'actifs particuliers ou intergénérationnelle ».

1/ Garanties Incapacité de travail, Invalidité, Décès

1.1/ Définitions

Traitement de base

Le traitement de base servant d'assiette au calcul des prestations de prévoyance est constitué de la rémunération brute servant d'assiette pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale perçues au cours des 12 mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail limitée aux tranches suivantes :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche B : Fraction de la rémunération supérieure au montant plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Les primes, indemnités et rappels versés lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus du traitement de base.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, sa rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes servant d'assiette pour le calcul des cotisations de sécurité sociale perçues au cours des mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail afin de reconstituer le traitement de base.

Il y a reconstitution du salaire en cas de maladie professionnelle ou non, d'accident du travail, de congé de maternité ou de paternité ou de congés payés sur les douze derniers mois.

Le traitement de base journalier correspond au traitement de base divisé par 365.

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date d'évènement donnant lieu à prestation ;

- Le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;

- Le concubin du participant à la date de l'évènement donnant lieu à prestation, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel 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 et répondent à la définition des enfants à charge ci-dessous.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du participant et ceux de son conjoint vivants sous le toit de l'assuré qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, s'ils sont mineurs ou quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 28 ans ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois, ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 60 % du SMIC ;
- être à charge fiscalement du participant, c'est-à-dire :
 - soit être pris en compte pour une demi-part au moins d'après la dernière option exercée par le participant dans le calcul de l'impôt sur le revenu du participant payable par celui-ci l'année de l'évènement mettant en jeu la garantie ;
 - soit lorsqu'il s'agit d'étudiant bénéficiant de la sécurité sociale des étudiants et n'ayant pas choisi le rattachement au foyer fiscal, recevoir du participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable pour celui-ci l'année de l'évènement mettant en jeu la garantie ;
 - Les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils ont le statut d'étudiant et bénéficient à ce titre de la sécurité sociale des étudiants et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit du participant ou ne vivent pas sous le toit du participant, et ne sont pas fiscalement à charge au sens ci-dessus, mais reçoivent de celui-ci par décision de justice une pension alimentaire, venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable l'année de l'évènement mettant en jeu la garantie ;
- L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du participant.

1.2 / Garantie décès

Garantie décès « toutes causes »

En cas de décès du participant un capital égal à 80 % du traitement de base TA, TB est versé aux bénéficiaires ci-après définis.

Le participant a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital.

Le participant peut, à tout moment, modifier la désignation du (ou des) bénéficiaire(s). Pour cela, il doit en faire la déclaration par pli recommandé avec avis de réception à l'organisme d'assurance et stipuler le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment, il devient alors bénéficiaire acceptant. Dans ces circonstances, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, sauf cas particuliers prévus par le Code de la Sécurité Sociale, le Code des Assurances et le Code Civil.

Dans l'hypothèse où le(s) désigné(s) décède(nt) avant le participant, ou en l'absence de désignation par le participant, le capital sera, sauf stipulation contraire ou nouvelle désignation, attribué dans l'ordre de priorité ci-après :

- par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge fiscalement du participant
- à défaut, au conjoint ou au partenaire lié par un PACS
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis qui ne sont plus à charge fiscalement du participant, présent ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut par parts égales entre eux, aux autres ascendants vivants du participant.
- À défaut de toute personne susnommée, aux héritiers du participant suivant la dévolution successorale.

Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie

Le capital décès « *toutes causes* » peut être versé par anticipation au participant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.

Le participant est réputé atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- Avoir reçu la notification par la sécurité sociale de son classement en troisième catégorie d'invalidé (invalides qui étant absolument incapables d'exercer une profession sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) ou en cas d'accident du travail de la reconnaissance d'une incapacité permanente à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;

La date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la Sécurité Sociale. Lorsque le capital est versé par anticipation, l'adhérent ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès toutes causes.

Garantie double effet

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès du conjoint, simultanément ou postérieur à celui du participant, à condition qu'il reste au moins un enfant du participant ou du conjoint, tel que défini au paragraphe 1.1 ci-dessus (traitement de base), à charge du conjoint lors de son décès.

Le montant du capital double effet est égal au montant du capital décès. Il est versé par parts égales aux enfants du participant, encore à charge lors du décès du conjoint, ou à leur tuteur.

Garantie obsèques

En cas de décès du participant, de son conjoint, d'un enfant à charge dans les conditions d'âge permises par la réglementation, il est prévu le versement d'une allocation égale à 150 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au moment du décès.

L'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

1.3 / Garantie incapacité de travail

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire et totale, le participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un accident ou d'une maladie, et bénéficie à ce titre du

versement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Le participant bénéficie d'indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale dans les conditions définies ci-après, en cas d'arrêt total temporaire de travail par suite de maladie ou d'accident, dès lors qu'il bénéficie des prestations en espèces prévues :

- à l'article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale (maladie et accident de droit commun) ou,
- l'article L.433-1 du Code de la Sécurité Sociale (maladie professionnelle et accident du travail – indemnisation de l'incapacité temporaire).

Les indemnités journalières complémentaires sont versées en relais des obligations conventionnelles décrites à l'article 24 de la convention collective de branche de l'immobilier, c'est-à-dire une fois que la rémunération du participant n'est plus maintenue en application de cet article.

Pour les participants ne bénéficiant pas des obligations conventionnelles décrites à l'article 24 de la convention collective de branche de l'immobilier, les indemnités journalières complémentaires sont versées à compter du 180^{ème} jour d'absence continu.

Le montant de l'indemnité journalière est de 60 % du traitement de base journalier, sous déduction des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le participant pendant la période d'arrêt total temporaire de travail ne peut pas dépasser 100% du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

Le service des prestations cesse au plus tard :

- dès la fin du versement des prestations en espèces par la sécurité sociale ;
- au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ;
- à la date de reprise du travail ;
- au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical de l'organisme assureur concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de contrôle médical ayant été rendu impossible du fait du participant à la demande de l'employeur ou de l'assureur.

Lorsque le montant des indemnités journalières brutes déjà perçues par le participant au titre de la Sécurité sociale est supérieur à la garantie définie par le présent accord, l'organisme assureur, informe le participant des raisons pour lesquelles il ne perçoit pas d'indemnités complémentaires, incapacité de travail.

Le participant en situation de temps partiel thérapeutique est indemnisé par l'organisme assureur, sous réserve de l'accord du médecin conseil de l'assureur, ceci qu'il reçoive ou non des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale. L'organisme assureur compense le cas échéant cette absence d'indemnités journalières.

L'assureur se chargera d'assurer un reporting auprès des partenaires sociaux, chaque année.

La garantie prévue par le présent accord sera assurée à concurrence de 60% de la partie du salaire correspondant à la durée du travail non assurée du fait de la reprise à temps partiel thérapeutique.

Les participants en arrêt de travail pour raison de maternité seront indemnisés sans carence pendant toute la durée de ce congé, pathologique ou non, à la même hauteur qu'un arrêt de travail pour maladie sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

1.4 / Garantie invalidité

- invalidité 1^{ère} catégorie

Le participant classé par la sécurité sociale en invalidité de 1^{ère} catégorie telle que prévue à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale bénéficie du versement d'une rente annuelle égale à 36 % du traitement de base, sous déduction, des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la sécurité sociale.

- Invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie

Le participant classé par la sécurité sociale en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie telle que prévue à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale bénéficie du versement d'une rente égale à 60 % du traitement de base, sous déduction des prestations brutes de CSG et CRDS versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne pour la 3^{ème} catégorie).

- Invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle

Le participant ayant un taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité Sociale à la suite d'un accident de travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle supérieur à 33 % bénéficie du versement d'une rente :

- dont le montant est identique à celui versé aux invalides de 1^{ère} catégorie lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % ;
- dont le montant est identique à celui versé aux invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 66 %.

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le participant pendant la période où la garantie invalidité est mise en œuvre ne peut pas dépasser 100% du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale pendant toute la durée de l'invalidité du participant. Le versement de la rente cesse au plus tard :

- lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité Sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la Sécurité Sociale ;
- à la date de transformation de la pension invalidité ou de la rente incapacité permanente en pension vieillesse par la Sécurité Sociale ;
- au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical de l'organisme assureur à la demande de l'employeur ou de l'assureur concluant à une invalidité non justifiée ou en cas de contrôle médical ayant été rendu impossible du fait du participant.

1.5 / Exclusions

Les risques décès - incapacité de travail - invalidité sont garantis, à l'exception des dispositions suivantes :

- risque nucléaire

Les garanties ne sont pas accordées pour les sinistres provenant directement ou indirectement du risque nucléaire tel que défini par le contrat d'assurance.

- guerre étrangère

Les garanties ne sont pas accordées lorsque le sinistre a pour origine une guerre. Il y a guerre, à partir du moment où soit l'Etat français, soit un état belligérant contre la France aura formulé une

déclaration de guerre officielle. Seront également exclus les cas où le salarié a pris une part active dans une guerre n'ayant pas de lien avec l'Etat français. Par contre la garantie est accordée bien que le sinistre résulte d'une guerre civile ou étrangère en cas de déplacement de nature professionnelle ou personnelle, si l'état français n'est pas un des belligérants et si le salarié n'y a pris aucune part active.

- fait volontaire du bénéficiaire

En cas de meurtre par le bénéficiaire ce dernier est déchu dans ses droits et les sommes dues au meurtrier sont versées automatiquement aux autres bénéficiaires.
Aucune autre exclusion de garantie n'est admise.

1.6 / Revalorisation

Une revalorisation en fonction de l'évolution des salaires minimaux, décidée dans le cadre de la Convention Collective Nationale de l'Immobilier, sous réserve que les résultats techniques et financiers du régime le permettent, est appliquée :

- sur les prestations incapacité de travail – invalidité après la 1^{ère} année d'indemnisation du sinistre ;

- d'autre part sur le traitement de base servant au calcul de l'ensemble des garanties décès pour la période comprise entre les dates d'arrêt de travail et du décès.

Les revalorisations des prestations seront attribuées dans les mêmes conditions que ci-dessus à tous les anciens participants en arrêt de travail dont le contrat de travail a pris fin et cela même si leur entreprise venait à disparaître pour raison économique (liquidation).

1.7 / Taux de cotisations des garanties Incapacité de travail, Invalidité, Décès

Ces taux de cotisations intègrent le coût de la portabilité.

Les prestations de prévoyance lourde sont assurées en contrepartie du paiement d'une cotisation assise sur la rémunération brute de chaque participant, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité Sociale limitée aux tranches A et B.

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

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail, la cotisation est assise sur la moyenne de la rémunération soumise à cotisations au titre du présent régime perçue au cours des 12 derniers mois au cours desquels une activité a été exercée.

(TA = Traitement de base compris entre 0 et 1 fois le plafond de la Sécurité sociale ; TB=Traitement de base compris entre 1 fois et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale).

prestations	Taux de cotisation
Décès	0,18%
Incapacité	0,18%
Invalidité	0,19%
Total cotisations prévoyance lourde	0,55%

Les taux contractuels sont maintenus pour les exercices 2016 à 2018, sauf évolutions de l'environnement législatif et/ou réglementaire. Un taux d'appel est mis en place et maintenu pour les exercices 2016 et 2017, sauf évolutions de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

2 / Garantie frais de santé

La couverture respecte les exigences posées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets pris pour son application.

2.1/ Les prestations

Les prestations qui incluent le remboursement de la Sécurité Sociale ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du salarié ou des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Pour la maternité ou l'adoption, la garantie a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire.

<i>y compris remboursement SS</i>	<i>Régime de base</i>
HOSPITALISATION	
Frais de séjour : Secteur conventionné	100% BR
Frais de séjour : Secteur non conventionné	100% BR
Honoraires : Médecins CAS	100% BR
Honoraires : Médecins non CAS	100% BR
Participation forfaitaire	100% de la DE
Chambre particulière	35 € /jour
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale
Lit d'accompagnement (Moins de 14 ans et plus de 70 ans)	35 € /jour
Transport du malade	100% BR
Maternité	10% PMSS
MEDECINE	
Consultations, visites : médecins CAS	100% BR
Consultations, visites : Médecins non CAS	100% BR
Petite chirurgie, actes de spécialités (CAS / Hors CAS)	100% BR
Auxiliaires médicaux*	100% BR

Analyses	100% BR	
Electroradiologie (CAS/Hors CAS)	100% BR	
Prothèses auditives	100% BR	
Autres prothèses non dentaires	100% BR	
Ostéopathie / Médecines douces / an	100 € par an/bénéficiaire	
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR	
Pharmacie remboursée à 30%	100% BR	
Pharmacie remboursée à 15%	100% BR	
OPTIQUE		
Verres simples	300 €	<i>Un équipement (verres + monture) tous les deux ans par personne, sauf enfants et changement de vue</i>
Verres complexes	450 €	
Verres très complexes	500 €	
Monture	150 €	
Lentilles acceptées et refusées	320 € par an/bénéficiaire	
Kératotomie	1000 € par an/bénéficiaire	

(*) Auxiliaires médicaux : professions définies au livre III du Code de la Santé Publique

Sont en outre pris en charge les tickets modérateurs de tous les actes de prévention prévus dans

DENTAIRE	
Soins dentaires	125% BR
Inlays-Onlays	125% BR
Prothèses dentaires acceptées et inlays-core	200%BR
Orthodontie acceptée	250% BR
Implants	5% PMSS par an/bénéficiaire

l'arrêté du 8 juin 2006 pour l'application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

2.2/ Taux de cotisations de la garantie remboursement de frais de santé

Les prestations sont assurées en contrepartie du paiement, pour chaque participant, d'une cotisation mensuelle exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

En cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail (licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD...) au cours d'un mois civil, la totalité de la cotisation du mois au cours duquel l'embauche ou la rupture est intervenue est due.

Régime général	Frais de santé obligatoire Adulte	1,29%
	Frais de santé obligatoire Enfant	0,71%
Régime Alsace-Moselle	Frais de santé obligatoire Adulte	0,66%
	Frais de santé obligatoire Enfant	0,43%

Les taux sont maintenus pour les exercices 2016 et 2017, sauf évolutions de l'environnement législatif et/ou réglementaire. Ils seront reconduits en 2018 à condition que le S/P 2017 ne dépasse pas 103 % et qu'il n'y ait pas d'évolution de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

Les participants doivent obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Les ayants droit du participant induisant pour ce dernier une obligation de verser une ou plusieurs cotisations « Adulte » et/ou « Enfant » sont définis de la manière suivante :

- Le conjoint du participant ou partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ou concubin du participant, dès lors qu'il est ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou dans le cas contraire, qu'il est en mesure de prouver qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, revenus de remplacement, etc.) étant précisé que l'organisme assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif (y compris, la fourniture de l'avis d'imposition) ;
- Les enfants du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ou du concubin du participant, s'ils sont effectivement à charge du participant (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - Etre âgés de moins de 16 ans, sans condition ;
 - Etre âgés de moins de 18 ans sous réserve de justifier annuellement d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - Etre âgés de moins de 26 ans sous réserve, soit de ne pas exercer d'activité rémunératrice et être reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposable, soit d'être atteint d'une invalidité reconnue telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice ;
 - Quel que soit leur âge, sous réserve de vivre sous le toit du participant, et d'être titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la famille et de l'action sociale.

Ainsi, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'annexe I, les participants doivent obligatoirement affilier leurs ayants droit au dispositif et à titre d'exemple :

- un participant dont le conjoint ne travaille pas et ne perçoit aucun revenu devra acquitter deux cotisations « Adulte » ;
- un participant divorcé ayant deux enfants de moins de 16 ans devra acquitter, outre sa cotisation « Adulte », deux cotisations « Enfant ».

3/ Droits non contributifs

Sont mises en place des prestations à caractère non directement contributif qui sont les suivantes :

- les enfants handicapés à charge tels que définis au 1.1 du 1 de l'annexe V, de la présente convention, sont couverts sans cotisations quel que soit leur âge ;
- Gratuité de la cotisation enfant à partir du troisième enfant ;
- En cas de décès du participant les ayants droits tels que définis dans le cadre de cette couverture sont couverts à titre gratuit pendant une durée de douze mois à compter du décès ;
- Les anciens participants devenus invalides qui étaient couverts par le contrat et leurs ayants droits acquittent une cotisation réduite à hauteur de la seule part salariale des actifs.

Les droits non contributifs sont financés par une part de la cotisation totale égale au minimum prévu par l'article 26.

4 / Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail

4.1/ Article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « *Loi Evin* », la couverture « *frais de santé* » est maintenue au profit des anciens participants 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 durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Le tarif applicable aux personnes visées par le présent article ne peut être supérieur de plus de 50 % au tarif applicable aux salariés. L'organisme assureur justifie que le tarif appliqué à ces personnes n'excède pas la réalité du risque de cette population.

Les invalides acquittent une cotisation réduite à hauteur de la seule quote-part salariale des actifs.

La couverture « *frais de santé* » est maintenue sans contrepartie de cotisations au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

4.2/ Mise en œuvre de la portabilité

Les participants bénéficient du maintien à titre gratuit du bénéfice du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour bénéficier du dispositif de la portabilité :

- les droits à remboursements complémentaires doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Autrement dit, le dispositif de portabilité ne concerne que les participants bénéficiaires du régime au moment de la cessation de leur contrat de travail ;

- 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 ;

- l'ancien participant doit fournir à l'organisme assureur, un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que son organisme assureur en fera la demande.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail du participant 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.

La cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des régimes fait cesser le maintien. L'ancien participant est donc tenu d'informer l'organisme assureur de tout changement dans sa situation.

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de la garantie incapacité ne peuvent conduire l'ancien participant à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

5/ Prévention et action sociale

Les actions de prévention et d'action sociale sont financées par une contribution égale à 1.3% du total de la cotisation uniforme versée à l'organisme choisi par l'entreprise.

0.3% du total de la cotisation uniforme versée à l'organisme choisi par l'entreprise est affecté au financement de l'action sociale.

1% du total de la cotisation uniforme versée à l'organisme choisi par l'entreprise est affecté au financement des actions de prévention.

Les entreprises ayant choisi un autre organisme que celui (ou ceux) recommandé(s) devront mettre en œuvre les mesures d'action sociale et la politique de prévention telles que définies par la Commission Paritaire de suivi et conformément aux orientations prises par cette dernière.

6/ Information des salariés

Conformément aux dispositions des articles L.932-6 du Code de la Sécurité Sociale, L.141-4 du Code des Assurances et L.221-6 du Code de la Mutualité, l'organisme assureur remet à l'entreprise une notice d'information.

La notice d'information est détaillée. Elle définit les garanties prévues par le contrat, leurs conditions d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre, les clauses édictant des nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. La notice d'information décrit également les modalités de financement (taux et assiette des cotisations patronales et salariales) et les sanctions du non-paiement des primes ou des cotisations.

L'organisme assureur ne peut se limiter à la simple remise d'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, l'organisme assureur remet à l'entreprise, trois mois au moins avant la date de leur entrée en vigueur, une nouvelle notice d'information.

Les entreprises transmettent un exemplaire de cette notice d'information, à chaque salarié assuré et à tout nouvel embauché.

Les salariés sont informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toutes modifications de leurs droits et obligations.

7/ Changements d'organisme assureur

7.1 / Sinistres en cours à la date d'adhésion

L'organisme assureur prend en charge le versement des prestations complémentaires des salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations en « espèce » de la Sécurité sociale sans être indemnisés au titre d'un précédent régime de prévoyance.

Parallèlement, l'organisme assureur prend en charge, si un précédent organisme assureur ne le garantissait pas :

- la revalorisation des prestations en cours de service,
- la revalorisation des bases de calculs des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

Par ailleurs, l'organisme assureur prend en charge l'éventuel delta existant entre la garantie décès maintenue par le précédent organisme assureur et celle déterminée en application du présent dispositif.

Ces risques en cours sont pris en charge en contrepartie du paiement par l'entreprise concernée d'une prime unique ou d'une surcotisation temporaire selon la nature de la reprise, calculée par l'organisme assureur sur la base de la déclaration des risques par l'entreprise.

7.2/ Sinistres en cours à la date de résiliation du contrat d'assurance

L'organisme assureur dont le contrat a été résilié maintient, à leur niveau atteint à la date de résiliation, les prestations acquises ou nées antérieurement à cette date.

Il appartient à l'entreprise d'organiser la poursuite des revalorisations.

Le maintien des garanties décès aux assurés en incapacité de travail ou invalidité est garanti dans les conditions de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

8 / Suivi du régime

Chaque organisme assureur fournit annuellement à son cocontractant un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90.769 du 30 août 1990. A l'occasion de ce rapport est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs. Ce rapport doit être accompagné d'informations précises relatives au nombre de sinistres et aux prestations versées.

Le ou les organisme(s) assureur(s) recommandé(s) font par ailleurs un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre par la branche ainsi qu'un bilan de l'action sociale et des sommes allouées à ce titre.

Ces documents sont transmis à la Commission Paritaire de suivi (ou à l'entreprise pour les organismes non recommandés) au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos. Ces documents sont présentés au Comité d'entreprise à sa demande.

9 / Période transitoire

Les entreprises ayant souscrit antérieurement au 1^{er} août 2011 (date d'extension de l'avenant n°48 du 23 novembre 2010) un contrat de prévoyance et de remboursement de frais de santé ou uniquement de remboursement de frais de santé ne garantissant pas les mêmes risques à un niveau équivalent à l'avenant n°65 bis à la Convention Collective Nationale de l'Immobilier devront adapter les dispositions de leur(s) contrat(s) de prévoyance et de frais de santé ou uniquement de remboursement de frais de santé à un niveau au moins équivalent au plus tard au 1^{er} janvier 2018, y compris au titre des droits matérialisant un objectif de solidarité.

III. Entrée en vigueur – Formalités de dépôt

Sous réserve des dispositions législatives sur l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, le présent avenant prend effet :

- A compter du 1^{er} avril 2016 pour les entreprises adhérentes à une organisation patronale signataire de l'avenant n°65 Bis ;
- Pour les entreprises adhérentes à une organisation patronale non signataire avant le 1^{er} avril 2016, qui adhérera à l'avenant n°65 Bis postérieurement au 1^{er} avril 2016 mais avant l'extension de l'avenant n°65 Bis, le présent avenant n°65 Bis, s'applique à la date indiquée par l'organisation patronale adhérente ;
- Le 1^{er} jour suivant la publication au Journal officiel de l'arrêté ministériel d'extension du présent avenant n°65 Bis pour les entreprises adhérentes à une organisation patronale non signataire ou pour les entreprises non adhérentes à une organisation patronale signataire.

Le présent avenant se substitue en totalité à l'avenant n°65 conclu le 20 juillet 2015.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 1^{er} mars 2016

Suivent les signataires des organisations ci-après :

Organisations syndicales d'employeurs de la branche :

FEPL, FNAIM, FSIF, SNPI, SNRT, UNIS

Organisations syndicales représentatives des salariés de la branche :

CFTC-CSFV, CFE-CGC-SNUHAB, CFDT

Non signataires : FO, CGT,

COMMISSION PARITAIRE DE SUIVI (CPS)

REGLEMENT INTERIEUR

Article 1 - Composition et Présidence

Les représentants titulaires sont désignés par les organisations syndicales liées par la Convention collective et peuvent être remplacés par des représentants suppléants également désignés par ces organisations syndicales.

La Commission paritaire de suivi désigne chaque année et en alternance, un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des organisations syndicales représentatives de salariés, l'autre aux représentants des organisations patronales représentatives.

Article 2 - Réunions et délibérations

Article 2.1. Convocation

La Commission Paritaire de suivi se réunit autant que de besoin, et au moins deux fois par an sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations syndicales composant la Commission.

L'ordre du jour est déterminé par le président de la commission.

Les convocations doivent être adressées, par le secrétariat de la commission, au moins trois semaines avant le déroulement de la réunion.

Les convocations contiennent l'ordre du jour de la réunion.

Article 2.2. Réunion

La commission se réunit au 46 rue de Rome 75008 Paris (COPI) ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation.

Il est tenu, à chaque réunion, une liste d'émargement signée par les participants à la réunion de la commission.

Le président dirige les débats et signe le procès-verbal établi par le secrétariat.

Le procès-verbal relatant la décision adoptée doit être notifié aux membres de la commission paritaire de suivi dans le délai de 8 jours suivant la réunion.

Les convocations et procès-verbaux de réunions sont communiqués pour information au représentant du ministère concerné, président de la commission mixte.

Article 2.3. Quorum et délibérations

La réunion ne peut valablement être ouverte que si la moitié des organisations dans chaque collège est représentée.

Si le quorum n'est pas atteint dans l'un ou l'autre collège, un procès-verbal de carence est établi par le secrétariat auquel est jointe toute déclaration faite par un ou plusieurs membres de la commission.

Tout membre de la commission empêché d'assister à une séance peut donner pouvoir à un titulaire du même collège.

Toute présence à la réunion de la commission, autre que celle des membres de droit, implique l'accord de la majorité des membres dans l'un et l'autre collège.

Chacune des organisations peut s'exprimer sur le dossier soumis à la commission, avant qu'il ne soit procédé à l'adoption d'une décision. La commission peut adopter :

- Soit une déclaration d'incompétence, ou une décision de renvoi à une prochaine réunion ou en commission paritaire nationale. Cette décision est prise à la majorité des organisations dans l'un et l'autre collèges.

En cas de décision de renvoi, la commission peut demander un complément d'information ou, éventuellement, à l'unanimité, désigner un membre de chacune des délégations patronale et salariale pour instruire contradictoirement le dossier.

La décision de renvoi doit fixer le délai de dépôt de ce complément de dossier et la date de la prochaine réunion de la commission qui aura à traiter le dossier.

Le secrétariat de la commission se tient informé de la suite donnée à l'affaire et communique cette information aux réunions suivantes de la commission.

- Soit une décision. Cette décision ne peut être prise que si elle recueille une majorité de voix dans chacun des collèges.

Les procès-verbaux de carence, de déclaration d'incompétence, de décision de renvoi, de désaccord, de décision sont établis et diffusés par le secrétariat.

Article 3 - Secrétariat de la Commission

Le Comité des Organisations Patronales des Professions Immobilières (COPI) assure au 46 rue de Rome 75008 Paris le secrétariat de la commission : convocation de la commission, établissement et diffusion des procès-verbaux.

Article 4 - Dénonciation et modification

Le présent règlement intérieur peut être dénoncé ou modifié dans les conditions prévues par l'article 26 de l'accord relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé.

FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE DE L'IMMOBILIER

REGLEMENT INTERIEUR

Préambule

En vertu du point 10 de l'article 26 de la convention collective de l'immobilier est mis en place un fonds dédié aux actions sociales de la branche de l'immobilier. Le présent règlement précise les orientations, domaines d'intervention, actions menées dans le cadre de ce fonds, ainsi que les modalités de fonctionnement du comité de gestion créé conventionnellement à cet effet.

Article 1 - OBJET DU FONDS SOCIAL

Le fonds social dédié de la branche est destiné, sur orientation de la CPS, à mettre en œuvre au profit des salariés de la branche, des actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Article 2 - OBJET DU REGLEMENT

Ce règlement a pour objet de décrire les conditions dans lesquelles les salariés de la branche peuvent bénéficier des actions du fonds social.

Article 3 - PRINCIPE

Le fonds d'action sociale a pour vocation d'aider, sous la forme la plus appropriée, les salariés de la branche en situation de fragilité.

Les aides sont versées, dans la limite des disponibilités du fonds, à titre exceptionnel et ponctuel, en considération d'une situation individuelle digne d'intérêt, au profit des salariés de la branche dont la situation matérielle et financière le justifie.

Elles ne peuvent se substituer aux droits légaux et viennent en complément de celles allouées par d'autres organismes prioritaires (CPAM, prestation de compensation du handicap, fonds sociaux d'organismes assureurs, ...), spécialement du fonds social de la caisse de retraite complémentaire ARRCO dont est adhérent l'employeur du salarié de la branche concerné.

Le fonds d'action sociale ne constitue pas un complément de prestations du régime frais de santé et de prévoyance. Il n'intervient pas pour compenser de manière systématique les frais engagés par le salarié de la branche.

Le fonds d'action sociale peut également intervenir, après une étude sociale individuelle et sous conditions de ressources, sur les dossiers ne pouvant être pris en charge par les organismes prioritaires, dans la mesure où ils ont un lien direct avec les frais de santé ou la prévoyance.

Article 4 - FINANCEMENT DU FONDS

L'alimentation du fonds dédié est déterminée en fonction des excédents du régime de prévoyance de branche. Il est alimenté au 1^{er} janvier de chaque exercice par une dotation exceptionnelle du fonds.

Pour le premier exercice, la dotation exceptionnelle du fonds est égale à 0,30% de la cotisation totale prévoyance. Son montant sera éventuellement réduit ou augmenté eu égard au bilan de

l'action sociale de l'année écoulée et à la volonté des parties à la convention collective de faire évoluer la dotation.

Les sommes non dépensées en fin d'exercice sont reportées sur l'exercice suivant, constituant ainsi une réserve du fonds dédié.

Une situation du fonds dédié de la branche arrêtée au 31 décembre de chaque exercice est communiquée à la CPS.

Les entreprises ayant choisi un autre assureur que celui recommandé devront faire en sorte que cette contribution au fonds social soit versée par l'assureur à l'organisme recommandé, à charge pour celui-ci de la verser dans le fonds dédié.

Le Contrat d'assurance doit prévoir le versement de cette contribution à l'organisme assureur.

Une attestation doit être remise par l'organisme assureur à l'entreprise.

Article 5 - FONCTIONNEMENT DU FONDS

5.1 Gouvernance

Le comité de gestion prévu au point 10 de l'article 26 de la convention collective nationale de l'immobilier assure la gouvernance du fonds dédié avec la collaboration technique de l'organisme recommandé.

Ce comité a un rôle politique d'orientation de l'action sociale de la Branche, notamment pour la :

- détermination des orientations globales
- promotion de l'action sociale auprès des salariés de la branche
- définition des plafonds de ressources
- définition des critères d'aides

Il a également un rôle de contrôle de l'emploi du fonds, qu'elle exerce, notamment, à partir des tableaux de reporting fournis par l'organisme recommandé.

Le comité se réunit trimestriellement.

5.2 Modalités de gestion

L'organisme recommandé est mandaté pour assurer la gestion administrative et financière du fonds d'action social. Il assure cette responsabilité en tenant compte des orientations politiques retenues par le comité de gestion agissant par délégation de la commission paritaire chargée de la négociation de la convention collective.

Il se voit attribuer une faculté d'instruction, de gestion et d'acceptation. Le rejet d'un dossier est de la compétence du comité qui établit par ailleurs, sous forme de barème, les règles d'acceptation. L'étude sociale du dossier et la gestion du dispositif (commande, suivi facturation, règlement à l'émetteur CESU et reporting) sont effectuées par les services compétents.

L'organisme recommandé organise des reportings trimestriels sur les dossiers examinés (*dossiers acceptés, dossiers rejetés et les raisons de ces rejets*), le pilotage du budget du fonds d'action sociale et le contrôle de son utilisation étant de la compétence de la commission paritaire chargée de la négociation de la convention collective sur proposition du comité.

La commission paritaire chargée de la négociation de la convention collective définit les actions sociales à mener par le comité de gestion de l'action sociale et la répartition du fonds social annuel prévisionnel alloué en fonction d'un budget prévisionnel indicatif.

5.3 Attribution des aides individuelles

Chaque dossier fait l'objet d'une étude sociale individuelle.

Ces sommes sont allouées au profit des salariés de la branche en situation difficile et versées à titre exceptionnel en considération d'une situation sociale individuelle et entrant dans les critères énoncés à l'article 3.

5.4 Composition du comité de gestion du fonds d'action sociale

Le comité de gestion assumant, par délégation de la commission paritaire chargé de la négociation de la convention collective, la gouvernance du fonds d'action sociale, chacune des organisations représentatives tant d'employeurs que de salariés y dispose d'un siège (un titulaire et un suppléant).

Article 6 - BENEFICIAIRES

Le fonds social est destiné aux salariés de la branche et à leurs ayants-droit qui répondent aux conditions de ressources définies par le présent règlement (article 8).

Article 7 - DEPENSES ELIGIBLES

7.1 Aides individuelles par le biais de chèques CESU

En vue du soutien aux salariés de la branche les plus fragilisés et compte-tenu du budget disponible pour l'année considérée, des aides individuelles pourront être accordées par le biais de chèques CESU : sortie d'hospitalisation et /ou Traitement fatigant.

Ces chèques CESU, attribués après une étude sociale personnalisée et sous conditions de ressources, permettent aux salariés de la branche de bénéficier d'un soutien - *garde d'enfants, support scolaire, etc-* lors du retour au domicile après une hospitalisation (*dont maternité pathologique*) ou un traitement fatigant (*chimiothérapie....*).

Au titre des CESU, le montant alloué peut être de xxx € maximum, selon la situation individuelle du salarié, et dans la limite du budget du fonds d'action sociale disponible pour l'année considérée.

7. 2 Aides personnalisées ponctuelles

Les aides sont accordées à des personnes en situation de difficulté ou d'urgence, sous conditions de ressources.

Ces aides sont attribuées dans la limite de xxxxx Euros et dans la limite du budget du fonds d'action sociale disponible pour l'année considérée.

Article 8 - MODALITES DE L'ACTION SOCIALE

8.1 Evaluation de la situation individuelle

L'évaluation de la situation individuelle s'appuie sur des critères objectifs notamment les ressources et charges du foyer.

Les ressources prises en compte sont toutes les ressources du foyer, imposables ou non.

Les charges prises en compte sont les suivantes :

- charges de logement (loyer ou mensualités d'accession à la propriété, taxe d'habitation, taxe foncière...)
- charges courantes : eau, gaz, électricité, assurance
- avis d'imposition

La différence entre les ressources et les charges détermine les ressources disponibles du foyer.

8.2 Formalités de la demande

La demande est formulée auprès de l'organisme recommandé via un dossier de demande d'action sociale auquel sont jointes les pièces justificatives nécessaires à la compréhension et à l'évaluation de la situation.

La demande est examinée dans un délai maximum de 30 jours. Une réponse est adressée par écrit au demandeur et précise les conditions de la prise en charge éventuelle.

8.3 Paiement de l'aide

Le versement de l'aide attribuée s'effectue exclusivement sur présentation des factures conformes aux devis et éventuellement d'un plan de financement finalisé (situations de handicap notamment). Le règlement directement au professionnel de santé sera systématiquement privilégié, notamment dans le cas de paiement sur devis.

L'utilisation des chèques CESU sera privilégiée dans les modes de règlement des aides.

Article 9 EFFETS ET REVISION DU PRESENT REGLEMENT

Le présent règlement, prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'avenant n°65 Bis.

Le présent règlement est susceptible de révision une fois par an à la demande et par accord entre les organisations syndicales liées par la Convention Collective.

Décision relative au choix de l'organisme recommandé

Préambule

La mise en œuvre d'un degré élevé de solidarité justifie la clause de recommandation intégrée dans l'accord conformément aux dispositions de l'article L.912-1 nouveau du Code de la Sécurité Sociale, mais aussi de la jurisprudence communautaire prise en vertu des articles 101 et 102 TFUE, étant entendu qu'est alors écartée toute critique de position dominante abusive.

En vertu de la clause de recommandation – élément substantiel de l'accord du fait de la solidarité, principe de droit communautaire (cf. charte des droits fondamentaux de l'union européenne dans sa version consolidée du 26 octobre 2012 – titre IV) – a été fait le choix d'un organisme dans le respect scrupuleux de la procédure, prévue réglementairement, d'appel formalisé à la concurrence instaurée par le même article L.912-1 du code de la sécurité sociale.

1/ Recommandation

Eu égard à l'objectif de solidarité concrétisé par des droits non contributifs, à la politique de prévention et à l'action sociale qui caractérise l'économie générale des garanties collectives de prévoyance issu de l'avenant n° 65 Bis à la convention collective nationale de la profession de l'immobilier a été mis en place un dispositif de recommandation qui en est, de ce fait, un élément substantiel.

En vertu de ce dispositif conventionnel a été mis en œuvre, en application de l'exigence de l'article L.912-1 nouveau du Code de la Sécurité Sociale et plus généralement d'un souci de transparence, une procédure d'appel formalisé à la concurrence.

En application de l'article 26 de la Convention Collective Nationale et de son annexe, les partenaires sociaux recommandent, en qualité d'organisme assureur du régime, **Malakoff Médéric Prévoyance**.

Une nouvelle décision interviendra, au vu de l'examen des conditions de mise en œuvre de la mutualisation, pour être applicable à l'expiration d'une période de cinq ans commençant le 1^{er} janvier 2016.

Cet ou ces organismes proposent un contrat conforme aux dispositions de l'article 26 et de son annexe. L'adhésion des entreprises à ce contrat permet la mutualisation des risques au niveau de la branche par l'application d'un tarif unique à l'ensemble des entreprises et l'accès au fonds de mutualisation destiné à financer les actions de prévention et l'action sociale destinées à l'ensemble des salariés de la branche et pour les salariés, ou anciens salariés des entreprises, la mutualisation des fonds destinés au financement partiel ou total de cotisations pour certaines prestations au titre des droits non contributifs.

Conformément aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale, cet ou ces organismes ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de l'Immobilier.

Le choix de l'organisme ou des organismes assureurs recommandés fait l'objet d'un réexamen par les partenaires sociaux au plus tard tous les 5 ans.

Les partenaires sociaux se réunissent au plus tard six mois avant l'expiration du délai de cinq ans. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, l'organisme ou les organismes assureurs recommandés présentent dans un rapport consolidant sur la période de 5 ans considérée les rapports et informations relatifs au suivi du régime, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des 5 années précédentes, ainsi que les conditions de mise en œuvre des droits non contributifs.

2/ Entrée en vigueur – Formalités de dépôt

Sous réserve des dispositions législatives sur l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, la présente décision prend effet dans les mêmes conditions que l'avenant n°65 bis à la Convention Collective Nationale de l'Immobilier du 09 septembre 1988.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension de la présente décision.

Fait à Paris, le 1^{er} mars 2016

Suivent les signataires des organisations ci-après :

Organisations syndicales d'employeurs de la branche :

FEPL, FNAIM, FSIF, SNRT, UNIS

Non signataire : SNPI

Organisations syndicales représentatives des salariés de la branche :

CFTC-CSFV, CFE-CGC-SNUHAB, CFDT

Non signataires : FO, CGT