

**ACCORD-CADRE sur la PREVOYANCE et les FRAIS DE SANTE**  
**applicable aux entreprises du Groupe AXA relevant des Conventions Collectives de l'Assurance**  
**dans le périmètre de la RSG.**

Entre, les différentes entreprises appartenant au périmètre de la Représentation Syndicale de Groupe représentées par Madame Marine de Boucaud, agissant en qualité de mandataire unique des entreprises concernées,

d'une part,

Et, les organisations syndicales représentatives signataires,

d'autre part,

Il est convenu des dispositions suivantes.

**P R E A M B U L E**

L'accord du 18 mars 2016 relatif à la Représentation Syndicale de Groupe (RSG) définit un certain nombre de garanties fondamentales ayant vocation à s'appliquer aux salariés de l'ensemble des sociétés relevant du périmètre de la RSG figurant en annexe de l'accord. L'accord relatif à la RSG actuellement en vigueur en date du 18 mars 2016 sera relayé à son terme dans la période future.

Dans ce cadre, l'accord du 1<sup>er</sup> juin 2001 relatif à la Prévoyance et aux Frais de Santé au niveau du Groupe AXA en France avait mis en place un régime complémentaire obligatoire harmonisé.

Ce régime étant négocié par référence aux dispositions conventionnelles de l'Assurance, les entreprises de la RSG relevant d'une autre branche d'activité avaient négocié en leur sein des dispositions visant à mettre en place un régime d'un niveau globalement équivalent, couvrant de manière indifférenciée les cadres et les non-cadres et financé par l'entreprise et le salarié dans les mêmes proportions que ce que prévoit la CCN de l'Assurance.

Les partenaires sociaux ont fait, lors de la réunion paritaire du 22.09.2015, les constats suivants :

- des évolutions légales et réglementaires concernant la Prévoyance et les Frais de Santé doivent être effectives au 1<sup>er</sup> janvier 2016.  
Notamment, la loi du 14 juin 2013 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et leurs décrets d'application ont institué :
  - le « panier de soins minimum »,
  - la couverture collective obligatoire en matière de frais de santé sans condition d'ancienneté, et la participation patronale minimale,
  - la notion de contrat responsable qui contraint les contrats d'assurance de frais de santé à respecter un cahier des charges en matière notamment de plafonds de prise en charge par catégorie de prestation.
- les régimes des branches représentées dans les entreprises au sein de la Représentation Syndicale du Groupe AXA (Assurance, Banque, Assistance, Courtage) ont mis en place des dispositifs spécifiques peu compatibles avec un régime complémentaire AXA unique.  
Notamment, la Branche de l'Assurance a pris en compte les évolutions légales et réglementaires visées ci-dessus dans le cadre d'un avenant en date du 15.06.2015 au protocole d'accord du 24 juin 2013 relatif au Régime Professionnel de Prévoyance.

TA

MF  
NG

Suite à ces constats, la direction d'AXA a :

- informé les Organisations Syndicales Représentatives au niveau de la RSG de son intention de dénoncer l'accord RSG du 01.06.01 visant la prévoyance et les frais de santé et d'ouvrir une négociation visant dans le même objet à répondre, dans des accords de substitution à intervenir avant le 31.12.15, aux législations et réglementations nouvelles ainsi qu'aux spécificités en ce domaine des différentes branches représentées au sein de la RSG,
- informé et consulté les instances représentatives du personnel des entreprises de la RSG de cette démarche de dénonciation,
- notifié la dénonciation aux fédérations des Organisations Syndicales Signataires par courriers recommandés datés du 30.10.2015 et déposé celle-ci dans les conditions légales.

C'est dans ce cadre que s'est ouverte la présente négociation, dans l'objectif de parvenir à 4 accords de substitution, prévoyant chacun un régime complémentaire obligatoire de Prévoyance et Frais de Santé adapté aux spécificités de chacune des branches d'activité qu'il concerne (Assurance, Assistance, Banque et Courtage), et déterminant un régime globalement équivalent pour l'ensemble des salariés relevant des entreprises de la RSG.

Les garanties déterminées dans le présent accord constituent un véritable régime de Prévoyance et de Frais de Santé établi au niveau du Groupe pour les entreprises relevant des Conventions Collectives de l'Assurance et caractérisent une solidarité entre les entreprises et entre les salariés des entreprises.

En conséquence, sous réserve des dispositions contenues dans le présent accord, chaque salarié des entreprises considérées est nécessairement concerné : il est bénéficiaire des garanties et participe, à titre obligatoire, à leur financement.

Chaque entreprise comprise dans le périmètre de la RSG et relevant de la branche d'activité visée à l'article 1.1. négociera et conclura un accord d'adhésion au présent accord.

F=6

MdP

2/15

MR  
NG

T.A

## SOMMAIRE

### TITRE I – Portée et Objet de l'accord

- Article 1 - Champ d'application de l'accord.
- Article 2 - Objet de l'accord.
- Article 3 - Opposabilité du régime.

### TITRE II – Principes communs au régime obligatoire de Prévoyance et Frais de santé

- Article 4 - Gestion des engagements.
- Article 5 - Le bénéfice des prestations.
- Article 6 - Le financement du régime obligatoire.

### TITRE III – Adaptation des garanties obligatoires

- Article 7 - Collaborateurs relevant des Conventions Collectives Nationales de l'Assurance du 27.05.92 et de l'Inspection 27.07.92
- Article 8 - Collaborateurs relevant des Conventions Collectives des Producteurs Salariés de base des Services Extérieurs de Production des Sociétés d'Assurances du 27.03.72 et des Echelons Intermédiaires des Services Extérieurs de Production des Sociétés d'Assurances du 13.11.67.

### TITRE IV – Cotisations relatives aux garanties obligatoires

- Article. 9 - Prévoyance.
- Article. 10 - Frais de santé.

### TITRE V – Garanties facultatives des retraités

- Article 10 – Frais de santé

### TITRE VI – Autres garanties facultatives

- Article 12 - Remboursement de frais de santé des conjoints (à défaut du concubin ou du partenaire lié par un PACS) des adhérents assurés.
- Article 13 - Assurance Décès

### TITRE VII – Commission de suivi d'application de l'accord

- Article 14 - Commission de suivi

### TITRE VIII – Dispositions générales

- Article 15 - Mise en œuvre de l'accord
- Article 16 - Durée – Effet
- Article 17 - Révision – Dénonciation
- Article 18 - Publicité.

### ANNEXES

## TITRE I – Portée et Objet de l'accord

### Article 1 – Portée de l'accord – entreprises affiliées et salariés adhérents

#### 1.1. Branche d'activité

Le présent accord concerne les salariés des entreprises de la RSG relevant exclusivement de la **branche de l'Assurance**.

#### 1.2. Champ d'application

Le présent accord institue un régime de Protection Sociale Complémentaire, conformément aux dispositions de l'article 5 de l'accord du 18.03.2016 relatif à la RSG (ou l'accord à intervenir en relais), définissant les garanties fondamentales ayant naturellement vocation à s'appliquer aux salariés de l'ensemble des entreprises relevant des Conventions Collectives de l'assurance dans le périmètre de la RSG.

Ce régime bénéficie à l'ensemble des salariés relevant de l'une des entreprises d'assurance comprises dans le champ d'application de l'accord du 18.03.2016.

S'agissant d'un accord régissant une des garanties fondamentales au sein de la Représentation Syndicale de Groupe, il appartient aux entreprises d'assurance du périmètre d'adhérer dans le cadre d'un accord d'entreprise, dans les conditions prévues ci-après à l'article 15.

Les entreprises adhérentes sont dénommées "entreprises affiliées".  
Les salariés de ces entreprises sont appelés "adhérents".

Les garanties du présent accord sont accordées aux salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise d'assurance considérée à la date de l'entrée en vigueur du présent régime ou qui entreront dans cette entreprise postérieurement à cette date, dans les conditions définies par l'accord d'adhésion conclu au niveau de chaque entreprise.

1.3. Le présent accord cesse de s'appliquer, sans délai, à l'égard de toute entreprise sortant du périmètre de la Représentation Syndicale de Groupe.

#### 1.4. Cas de dispense

Le régime de Protection Sociale Complémentaire objet du présent accord étant conditionné à l'affiliation au Régime Professionnel de Prévoyance du personnel des sociétés d'assurances, toute demande de dispense effectuée au titre du RPP dans les conditions prévues à l'article 3 du Règlement du Régime Professionnel de Prévoyance du personnel des sociétés d'assurances, entraînera automatiquement la caducité d'accès au présent régime AXA, sans affiliation possible de cette personne

### Article 2 - Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de définir au sein des entreprises affiliées pour l'ensemble des salariés adhérents les garanties obligatoires ayant vocation à se substituer aux garanties de l'accord du 01.06.2001 sur la Prévoyance et les Frais de Santé au sein du Groupe AXA en France dénoncé le 30.10.2015

Ces garanties obligatoires concernent :

- Le décès, par le versement d'un capital ou, en option, le versement d'un capital réduit complété par des rentes éducation ; de même, il est prévu le versement d'un capital supplémentaire si le décès résulte d'un accident. Enfin, une pension au conjoint survivant de l'adhérent décédé est également prévue.

F.G

Q

MF

MdB

N6

- L'incapacité par le versement d'indemnités journalières à l'adhérent en vue de maintenir un niveau de revenu.
- L'invalidité par le versement de rentes à l'adhérent en vue de maintenir un niveau de revenu jusqu'à la mise à la retraite ou du montant du capital décès en cas d'invalidité absolue et définitive (3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale).
- Les frais de santé exposés par l'adhérent et/ou certains membres de sa famille, par le versement de prestations complémentaires aux régimes obligatoires.

Au-delà du régime obligatoire (Titres II et III), le présent accord institue des garanties supplémentaires facultatives pour lesquelles les adhérents et éventuellement les conjoints auront la faculté de souscrire individuellement, dans les conditions prévues au Titre V du présent accord.

Les retraités, leurs conjoints et enfants, auront également la possibilité de souscrire individuellement à une garantie frais de santé dans les conditions du Titre IV du présent accord.

### Article 3 - Opposabilité du régime.

Le présent régime obligatoire s'impose à tous les salariés des entreprises affiliées et adhérentes en ce qui concerne tant la définition des garanties que les conditions de leur attribution et de leur financement.

La définition des garanties résulte du présent accord ainsi que de toutes les annexes qui pourront être négociées ultérieurement ou des adaptations réalisées dans les conditions visées aux articles 6.2 et 6.3 du présent accord.

Les signataires ont établi que le régime du présent accord constitue une avancée en matière sociale en comparaison des garanties prévues par la loi et les accords interprofessionnels.

Au cas où la comparaison entre les dispositions du présent accord et toutes dispositions extérieures serait requise, cette comparaison devra être réalisée globalement, au regard d'une part, de toutes les garanties qui se rattachent aux risques liés à l'incapacité, invalidité, décès et remboursement des frais de santé et d'autre part, de l'ensemble des salariés bénéficiaires potentiels.

L'ensemble de ces garanties de protection sociale complémentaire forme un tout, globalement indissociable, conformément à l'intention des parties signataires.

Il est convenu en particulier que l'objectif d'intérêt collectif poursuivi par les signataires est principalement :

- d'une part, de sécuriser l'équilibre technique du régime des garanties « Frais de Santé »
- et d'autre part, de pérenniser dans les conditions décrites à l'article 6, la contribution de l'entreprise au financement desdites garanties, dans le cadre d'un processus à adhésion obligatoire pour les tous salariés actifs.

Les adhérents peuvent compléter ces garanties par une adhésion aux régimes facultatifs prévus par le titre VI du présent accord.

## TITRE II – Principes communs au régime obligatoire de Prévoyance et Frais de Santé

### Article 4 - Gestion des engagements

#### 4.1. Cadre de garanties

T.A  
MJB  
5/15  
F.C  
CA  
MF  
NG

Les garanties complémentaires obligatoires sont instituées dans le cadre de contrats d'assurances de Groupe auxquels chaque société affiliée devra souscrire par avenant d'adhésion.

Les résumés de garanties sont annexés au présent accord. Ils définissent le niveau des garanties tel qu'il a été défini à l'issue des négociations et donc à la mise en place du présent accord. Elles s'imposent aux adhérents dans les mêmes conditions que les dispositions du présent accord.

#### 4.2. Principes de gestion

Les Sociétés d'assurance auprès desquelles sont souscrits les contrats d'assurance de Groupe établiront pour chaque exercice un compte de résultats techniques, permettant d'analyser l'utilisation des garanties. Ce compte établira pour les garanties obligatoires une présentation consolidée au niveau des entreprises affiliées et ce, en distinguant chaque garantie.

Les résultats sont établis tous les ans avant le 30 juin de l'année suivante et présentés avant le 30 novembre :

- à la RSG, après avis de la Commission de Suivi,
- aux Comités d'Entreprise ou Comités Central d'Entreprise des entreprises adhérentes.

En outre, il sera établi un Compte de Participation aux Bénéfices (C.P.B.), commun à l'ensemble des régimes prévoyance / frais de santé du périmètre de la RSG, dans les conditions figurant en annexe aux contrats d'assurance.

- Au cas où le compte de résultats techniques consolidé annuel ferait apparaître un excédent, ce dernier serait affecté aux réserves dans les conditions établies par le C.P.B.
- Au cas où le compte de résultats techniques annuel ferait apparaître un déficit, celui-ci serait compensé par un prélèvement sur les réserves dans les conditions prévues au C.P.B. Si les réserves s'avèrent insuffisantes, il serait alors recherché dans les conditions visées à l'article 14 du présent accord, les moyens de rétablir l'équilibre du régime.

#### 4.3. Information des salariés

Chaque salarié recevra une notice résumant les garanties et les obligations liées au régime mis en place par signature du présent accord collectif. Cette notice sera rédigée par les Sociétés d'assurance et remis par l'employeur à chaque bénéficiaire dans le mois suivant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime et concomitant à l'embauche

Les notices relatives aux garanties de remboursement frais de santé et prévoyance feront l'objet d'une rédaction distincte.

Les notices seront disponibles auprès des Services du Personnel de chaque entreprise affiliée et téléchargeables sur Intranet.

Toute actualisation de la notice justifiée par une modification des garanties sera communiquée et mise à disposition des salariés.

FG

T.A. MF

Mds

6/15

NG

## Article 5 - Le bénéfice des prestations

### 5.1. Principes

- **Prestations en cas de décès**

Les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions établies par les contrats d'assurance après production notamment des certificats de décès et, le cas échéant, production de l'attestation de causes accidentelles du décès.

- **Prestations en cas d'Incapacité-Invalidité**

L'Incapacité et l'Invalidité sont entendues au sens retenu en application de la réglementation du régime général de la Sécurité Sociale.

Le bénéfice des prestations à l'adhérent est conditionné par la production des attestations requises et, le cas échéant, au contrôle de la justification notamment au moyen de la soumission de l'adhérent à une visite médicale.

Afin de permettre l'organisation de ce contrôle, l'adhérent qui sollicite le versement de prestations doit préciser l'adresse de sa résidence.

Le bénéfice des prestations est conditionné à la réalité de l'état pathologique justifiant la mise en œuvre de la garantie et à la prise en charge de l'intéressé par le régime général de la Sécurité Sociale, dans les conditions prévues par la loi.

L'assureur pourra mandater tout médecin afin d'opérer un contrôle médical aux fins de vérifier l'état de santé justifiant le service des prestations d'incapacité ou d'invalidité ; dans le cas où le médecin contrôleur ne peut pas procéder au contrôle ou diagnostiquer un état de santé ne justifiant pas selon lui, le service des prestations complémentaires, celles-ci sont immédiatement suspendues.

- **Frais de santé**

Les prestations sont versées sur production des justificatifs de dépenses dans le cadre des garanties prévues par le présent accord.

Pour toutes les prestations, tout litige peut donner lieu à arbitrage et médiation dans les conditions prévues par la loi.

### 5.2. Situations particulières

#### 5.2.1 Cas de suspension du contrat de travail

- Suspension du contrat de travail indemnisé

Le bénéfice du régime est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant toute la période au titre de laquelle ils bénéficient d'une indemnisation, que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur) ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'exonération des cotisations intervient dès la fin de la période de maintien de salaire de l'employeur avec une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la fin de la période d'indemnisation, et se poursuit, tant que le contrat de travail est maintenu.

T. A  
F-G  
MJK  
7/15  
MF  
NG

- Suspension du contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension du contrat de travail accepté par l'entreprise ne donnant lieu à aucun maintien de rémunération, ni aucune indemnisation (congé sabbatique, congé sans solde...), les salariés peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties frais de santé aux tarifs réservés aux salariés en activité à condition d'en financer entièrement la cotisation y compris la part patronale, sur la base du montant de la dernière cotisation connue.

Cas particulier du congé parental :

Les salariés en congé parental bénéficient, à titre facultatif, du maintien du régime aux tarifs réservés aux salariés en activité et ne s'acquittent que de la part salariale.

### 5.2.2 Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

Conformément aux dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés dont le contrat de travail est rompu ou prend fin (hors faute lourde) et ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage bénéficient du maintien du présent régime pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le coût de la cotisation du régime obligatoire est dans ce cas intégralement pris en charge par le contrat d'assurance (tarification par mutualisation).

### 5.2.3 Organisme assureur

En cas de changement d'assureur(s), les entreprises affiliées veilleront à l'organisation du principe du maintien des revalorisations à venir, de la base des garanties et des prestations ainsi que du maintien de la garantie décès au bénéfice des salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité, invalidité, rentes éducation et pension de conjoint.

## Article 6 - Le financement du régime obligatoire.

### 6.1. Principe général

Le financement des garanties de protection sociale complémentaire est assuré conjointement par l'employeur et les salariés. Le principe du cofinancement répond à la notion de solidarité et concourt à l'exercice par les salariés d'un auto-contrôle des coûts engagés, notamment en matière de frais de santé.

Le précompte sur le salaire des parts salariales des cotisations s'impose à tout salarié, conformément aux dispositions de la loi n° 89 - 1009 du 31 décembre 1989.

De ce fait les entreprises affiliées s'engagent au versement des cotisations dans les délais prévus par les contrats d'assurance.

### 6.2. Equilibre économique du régime.

Il est établi par les signataires que le régime de protection sociale complémentaire des salariés doit rester globalement équilibré.

En cas d'accroissement des dépenses du régime, quel que soit le risque couvert, résultant d'une modification du contenu, des conditions et du taux de remboursement pratiqués par la Sécurité Sociale et

MJD

T.A  
F.G  
ND  
MG  
NG

par les régimes professionnels, autres que les revalorisations prévues à l'article 6.3 ci-après, les modifications à adopter seront subordonnées à l'accord des signataires du présent accord.

Les parties signataires se rencontreront sur l'initiative de la Direction ou de la Commission de Suivi pour arrêter les mesures propres à restaurer cet équilibre. Ces mesures pourront être relatives soit à une redéfinition du niveau des cotisations, soit à une redéfinition du niveau des prestations accordées dans le cadre du présent accord. Elles feront le cas échéant l'objet d'un avenant.

### **6.3. Les taux de cotisations des contrats obligatoires.**

Les garanties offertes dans le cadre du présent accord sont financées par une cotisation patronale et salariale fixée et répartie dans les conditions suivantes :

Ces cotisations sont réparties entre employeur et salarié à raison de :

- 50 % à la charge de l'employeur,
- 50 % à la charge des salariés.

De plus, l'employeur supporte l'intégralité des frais de gestion.

Après information et consultation de la Commission de Suivi, la modification des taux de cotisations est répartie entre l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions que celles visées ci-dessus.

Il a été convenu entre les parties signataires que le présent accord n'est pas modifié en cas d'évolution du taux global de cotisations (tous risques confondus) si celui-ci évolue dans la limite de 5 % d'une année sur l'autre.

### **TITRE III – Adaptation des garanties obligatoires**

Les garanties du présent protocole sont adaptées en fonction des Conventions Collectives et des Régimes Obligatoires dont relèvent les différents salariés afin d'aboutir à un niveau équivalent.

#### **Article 7 - Collaborateurs relevant des Conventions Collectives Nationales de d'Assurance du 27.05.92 et de l'Inspection 27.07.92**

##### **7.1 Garanties liées au décès et à l'incapacité de travail**

- Les salariés affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance en activité au 01.01.2016 bénéficient des dispositions du contrat 2704900

##### **7.2. Garanties relatives au remboursement des frais de santé**

- Les salariés et ayants droit affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance bénéficient du contrat 2704920

#### **Article 8 - Collaborateurs relevant des Conventions Collectives des Producteurs Salariés de base des Services Extérieurs de Production des Sociétés d'Assurances du 27.03.72 et des Echelons Intermédiaires des Services Extérieurs de Production des Sociétés d'Assurances du 13.11.67**

##### **8.1. Garanties liées au décès, à l'incapacité de travail**

- Les salariés affiliés au Régime Professionnel de Prévoyance en activité au 01.01.2016 bénéficient des dispositions contrat 2704910

##### **8.2. Garanties relatives aux remboursements de frais de santé**

- Les garanties sont identiques à celles prévues à l'article 7.2.

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including initials like "F.G.", "M.F.", "J.A.", "M.D.R.", "9/15", "N.S.", and "NG", along with a large signature.

## TITRE IV – Cotisations relatives aux garanties obligatoires

Les cotisations globales mentionnées dans les contrats obligatoires annexés au présent accord (2704900 – 2704910 – 2704920) sont réparties entre l'adhérent et l'employeur dans les conditions ci-après.

### Article 9 - Prévoyance

#### 9.1. Personnel administratif et inspecteurs

	SALARIE	EMPLOYEUR	
	Cotisation	Cotisation	Frais de gestion
Décès/incapacité/invalidité	0,31 % A B C	0,31 % A B C	0,03 % A B C
Pension de conjoint	0,335 % A B	0,335 % A B	0,03 % A B

#### 9.3. Personnel EB/EI

	SALARIE	EMPLOYEUR	
	Cotisation	Cotisation	Frais de gestion
Décès/incapacité/invalidité	1,065 % A B 2,82 % C	1.065 % A B 2,82% TC	0,11 % A B 0,3 % C
Pension de conjoint	0,335 % A B	0,335 % A B	0,04 % A B

### Article 10 - Frais de santé

	SALARIE	EMPLOYEUR	
	Cotisation	Cotisation	Frais de gestion
Frais de santé	0,56 % A B	0,56 % A B	0,06 % A B 0,09 % Pld SS

A, B, C, étant les tranches de salaires :

- Tranche A : inférieure au Plafond S.S.,
- Tranche B : comprise entre 1 et 4 Plafonds SS.,
- Tranche C : comprise entre 4 et 8 Plafonds S.S.

## TITRE V – Garanties facultatives des retraités

### Article 11 - Frais de santé

11.1. Les salariés retraités d'AXA ont la possibilité d'adhérer au contrat facultatif de remboursement de frais de santé sous le n° 246500625.

La cotisation est à la charge exclusive des retraités.

Les garanties sont les mêmes que celles offertes aux salariés en activité à l'exception :

- du montant des cotisations,

*M/ck*  
F-G  
MP  
T.A  
10/15  
AJ  
NG

- de la suppression du forfait cure thermale,

Ce contrat est ouvert aux ex-salariés prenant leur retraite à compter du 01.01.16 et qui en feront la demande à cette occasion.

11.2. Concernant les retraités adhérents à la MUAP ou à la MUAPEX, il est précisé que les Conseils d'administration respectifs de ces mutuelles ont mis en conformité les prestations offertes à leurs adhérents au regard des évolutions légales et réglementaires, sous réserve d'acceptation de leurs AG ; une lettre d'information sera envoyée aux membres participants courant janvier 2016.

## TITRE VI – Autres garanties facultatives

### Article 12 - Remboursement de frais de santé des conjoints (à défaut du concubin ou du partenaire lié par un PACS) des adhérents assurés

Les conjoints et les enfants des adhérents qui, du fait de leur immatriculation personnelle à la S.S. (hors étudiants couverts par le Régime Professionnel de Prévoyance) ne peuvent bénéficier de la garantie familiale obligatoire frais de santé instituée par le présent accord, pourront, à titre personnel, souscrire au contrat facultatif objet du contrat N° 2704940. Les cotisations correspondantes seront prélevées mensuellement d'avance directement par le gestionnaire du contrat d'assurance.

### Article 13 - Assurance Décès et Pension de conjoint

Les adhérents bénéficiant des garanties du présent Protocole et qui souhaiteraient des garanties supplémentaires en cas de décès (capitales, et/ou pension de conjoint), pourront souscrire individuellement au contrat facultatif, objet du contrat n° 2703665.

Les cotisations correspondantes sont à la charge exclusive des adhérents. Elles sont prélevées mensuellement d'avance directement par le gestionnaire du contrat d'assurance.

## TITRE VII – Commission de suivi d'application de l'accord

### Article 14 - Commission de Suivi

Il est institué une Commission de Suivi du présent accord, dans les conditions suivantes :

#### 14.1. Composition et fonctionnement de la Commission

La Commission est composée de :

- 20 membres, soit :
  - - 3 membres désignés par chaque organisation syndicale représentative signataire,
    - 2 membres désignés par chaque organisation syndicale représentative non signataire,
    - Complétés de membres désignés par les seules organisations syndicales représentatives signataires à concurrence de 20 répartis entre les organisations précitées, selon une distribution proportionnelle au plus fort reste, basée sur les résultats du 1<sup>er</sup> tour des dernières élections des titulaires des Comités d'Etablissement d'Axa France (sont prises en compte les voix valablement exprimées au premier tour),
  - ainsi que de représentants de la Direction dont le nombre ne pourra pas être supérieur à la délégation syndicale.
  - Des représentants de l'assureur pourront être invités à assister à la Commission.

## 14.2. Rôle de la Commission de suivi

La Commission remplit une triple mission :

14.2.1. Elle examine les résultats techniques et financiers du régime, son fonctionnement général, les modalités de sa gestion administrative, l'évolution du contexte social et d'une façon générale tout ce qui a trait à l'environnement des dites garanties ; elle fait toute proposition permettant d'améliorer le fonctionnement du régime ou son étendue.

La Direction remet les documents justificatifs lorsqu'elle-même ou l'assureur souhaite apporter des modifications aux garanties et/ou aux taux de cotisation.

14.2.2. Elle est consultée si, à la suite de litiges entre les adhérents et / ou leurs ayants droit et l'assureur, aucune entente n'est intervenue.

14.2.3. Elle examine les demandes de prise en charge dérogatoires aux dispositions contractuelles du contrat d'assurance, formulées par un membre de la Commission de Suivi en faveur d'un adhérent en matière de prévoyance et remboursement de frais de santé.

Elle étudie les motifs invoqués et les conséquences financières pour le régime.

Ces dérogations ne peuvent concerner que des situations exceptionnelles qui, contractuellement, ne sont pas couvertes :

- soit parce que le cas n'est pas envisagé en raison de son caractère rarissime et imprévisible,
- soit parce qu'il n'a encore pu être intégré (ex. : apparition de nouveaux traitements médicaux).

La situation évoquée doit rester dans l'esprit des garanties voulues par les signataires de l'accord et ne pas entrer dans le champ d'application des exclusions expressément prévues par le contrat d'assurance.

Toute demande de dérogation sollicitée par la Commission sera transmise à l'assureur par l'employeur. En cas de refus ou de prise en charge partielle, l'assureur justifiera sa position.

Les dérogations accordées feront l'objet d'un suivi spécifique, tant concernant la nature que le coût.

Lorsqu'elle délibère dans le cadre des articles 14.2.2. et 14.2.3. supra, la commission est limitée à un membre par organisation syndicale représentative signataire auquel se joindra éventuellement un représentant de l'assureur.

## TITRE VIII – Dispositions générales relatives à l'accord

### Article 15 – Mise en œuvre de l'accord

Les parties signataires, compte-tenu des négociations d'adhésion à dans les entreprises d'assurance du périmètre de la RSG insistent pour que ces négociations puissent être conclues dans les meilleurs délais. Elles tiendront compte du fait que des adaptations pourront intervenir ultérieurement en raison des dispositions qui le nécessiteraient, qu'elles soient d'origine légale et réglementaire ou qu'elles trouvent leurs sources dans des dispositions conventionnelles de branche.

F.G  
MME  
T.A  
15  
NG  
12/15

## Article 16 – Durée – Effet

Le présent accord-cadre sur la Prévoyance et les Frais de Santé applicable aux entreprises d'Assurance affiliées du Groupe AXA dans le périmètre de la RSG est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet dans chaque entreprise affiliée à la date d'entrée en vigueur de l'accord d'adhésion qui y sera conclu pour une durée indéterminée ouvrant son bénéfice à tous les salariés concernés (cf. article 1).

## Article 17 – Révision - Dénonciation – Cessation

### 17.1. Révision

A la demande de l'une des parties signataires, le présent accord collectif pourra faire l'objet d'une négociation en vue de sa révision. Dans cette hypothèse, le(s) syndicat(s) signataire(s) de l'accord initial qui demande(nt) la révision de l'accord devra(ont) le faire par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires ; cette question sera alors inscrite à l'ordre du jour d'une réunion paritaire qui sera organisée sur l'initiative de l'employeur, dans le mois suivant sa réception.

La procédure est identique si le souhait de la révision vient de l'employeur.

Lors de cette réunion, les parties décideront de l'opportunité ou non de conclure un avenant de révision au présent accord, cette révision pouvant affecter l'une quelconque de ses dispositions.

Les parties signataires conviennent que les conditions de révision du présent accord ainsi que le droit d'opposition qu'il peut éventuellement faire naître sont régis par les dispositions du Code du travail, notamment les articles L. 2261-7 et suivants.

Toutefois, il est convenu que les ajustements de garanties et/ou des cotisations visés aux articles 9 et 10 du présent accord lorsqu'ils sont rendus nécessaire par l'évolution des résultats techniques ou de la législation sociale et fiscale seront décidés dans les conditions fixées à l'article 14 "Commission de Suivi", sans que les principes régissant la révision telle que précisée ci-dessus soient applicables.

### 17.2. Dénonciation

Le présent accord collectif peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, dans les conditions légales (articles L2261-9 et suivants du Code du travail). La dénonciation notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 30 septembre de chaque exercice prend effet le 31 décembre du dit exercice.

La dénonciation ne peut porter que sur l'ensemble de l'accord et de ses annexes : aucune dénonciation partielle ne saurait être admise, le présent régime formant un tout indissociable.

Durant la période qui sépare la date effective de dénonciation et le 31 décembre de l'exercice en question, les signataires se réuniront aux fins d'envisager des suites à donner à cette dénonciation.

A défaut de conclusion d'un nouvel accord, le présent accord conservera alors tous ses effets durant les 12 mois suivant la date d'effet de la dénonciation.

### 17.3. Evolution du Groupe et des entreprises en son sein

Le présent accord peut être remis en cause en cas de modification substantielle de périmètre du Groupe (articles L2261-14 et suivants du Code du travail).

F.G  
MP  
T.A  
13/15  
NG

Le présent accord cesse de s'appliquer à l'égard de toute entreprise sortant du périmètre de la Représentation Syndicale de Groupe. Ainsi, au cas où une entreprise sortirait du champ d'application défini à l'article 1, l'accord d'adhésion qu'elle a conclu serait remis en cause emportant ipso facto remise en cause du présent accord à son (seul) égard. Dans ce cas, l'accord d'adhésion continuerait à s'appliquer à compter de la date de sortie du champ d'application pendant le préavis de trois mois et la durée de survie de 12 mois sauf conclusion d'un accord de substitution. L'entreprise devrait alors prendre toute mesure pour être assurée au titre des garanties.

#### 17.4. Equilibre économique de l'accord

Le présent accord cesserait de s'appliquer de plein droit dans le cas où serait compromis l'équilibre économique créé par le présent accord, notamment au regard des charges globales pesant sur les entreprises et les salariés.

#### Article 18 – Publicité

Le présent accord fera l'objet, dans le respect des articles L 2231-5 et L 2231-6 du Code du travail, d'un dépôt :

- à l'Unité Territoriale des Hauts de Seine de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE),
- auprès du secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre.

Fait à Nanterre, le 30 mars 2016

F-G

ca

Mds

14/15

MR

AS

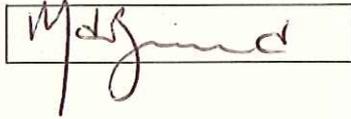
NG

T.S.

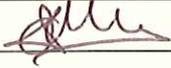
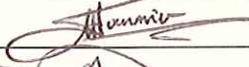
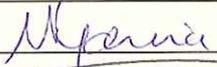
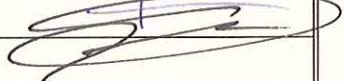
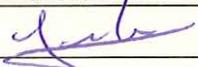
**SIGNATURES**

Pour les différentes sociétés appartenant au périmètre du présent accord :

Marine de BOUCAUD



Pour les organisations syndicales :

C. F. D. T.			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
SOURDILLU	Alain	CSN	
CFE/CGC			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
FOURNIER	Michel	DSC	
JOZLY	ALAIN	CSNA	
la C. G. T.			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
GARCIA	Nathalie	CSN	
TARRARAT	Alain	DSC	
UDPA/UNSA			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
GRANDMAISON	FRANCK	D.S	

**Tableau récapitulatif des garanties Frais de Santé**  
**Salariés relevant de la CCN de l'assurance**  
 Contrat responsable N° 2704920

Nature des prestations	Remboursement Sécurité sociale (dans le parcours de soins coordonnés) <sup>(1)</sup>	Remboursement Total (Ss + BCAC + contrat AXA) dans la limite des frais réels engagés
<b>Médecine courante</b>		
<b>Actes conventionnés</b>		
<b>Médecins adhérents au CAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et visites de généralistes</li> <li>▪ Consultations et visites de spécialistes</li> <li>▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie</li> <li>▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>70 % BR</li> <li>70 % BR</li> <li>70 % BR</li> <li>70 % BR</li> </ul>	<b>320 % BR</b>
<b>Médecins non adhérents au CAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et visites de généralistes</li> <li>▪ Consultations et visites de spécialistes</li> <li>▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie</li> <li>▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>70 % BR</li> <li>70 % BR</li> <li>70 % BR</li> <li>70 % BR</li> </ul>	<b>200 % BR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)</li> <li>▪ Examens médicaux (analyses biologiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 % BR</li> <li>60 % BR</li> </ul>	<b>310 % BR</b>
<b>Actes non conventionnés</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et visites de généralistes</li> <li>▪ Consultations et visites de spécialistes</li> <li>▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie</li> <li>▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler</li> <li>▪ Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)</li> <li>▪ Examens médicaux (analyses biologiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>70 % TA</li> <li>70 % TA</li> <li>70 % TA</li> <li>70 % TA</li> <li>60 % TA</li> <li>60 % TA</li> </ul>	<b>200 % TA</b>
<b>Pharmacie</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avec ou sans tiers payant</li> </ul>	65 %, 30 % ou 15 % BR	<b>100 % BR</b>
<b>Prévention</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaccins remboursés par la Sécurité sociale</li> <li>▪ Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché</li> <li>▪ Le dépistage de l'hépatite B                             <ul style="list-style-type: none"> <li>acte conventionné</li> <li>acte non conventionné</li> </ul> </li> <li>▪ Un détartrage annuel complet sus et sous gingival</li> <li>▪ Ostéodensitométrie sur prescription médicale</li> <li>▪ Amniocentèse non remboursée par la Sécurité sociale</li> <li>▪ Autotensiomètre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrits</li> <li>Prescrits et NR</li> <li>60 % BR</li> <li>60 % TA</li> <li>70 % BR</li> <li>NR</li> <li>NR</li> <li>NR</li> </ul>	<p align="center"><b>100 % de la BR</b>  <b>6% PMSS (193,08 €)</b>                      par année civile et par bénéficiaire</p> <p align="center"><b>310 % BR</b>  <b>200 % TA</b>  <b>150 % BR</b></p> <p align="center"><b>Prise en charge d'un examen dans la limite de 85 €</b>  <b>230 €</b></p> <p align="center"><b>100% des frais réels dans la limite de 80 euros tous les 3 ans</b></p>
<b>Médecine douce</b>		
Les séances d'ostéopathie, chiropraxie, acupuncture non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup> , dans la limite globale de trois séances par an et par bénéficiaire	NR	Forfait global : <b>4 % PMSS (128,72 €)</b> en vigueur à la date à laquelle les frais ont été engagés
<sup>(2)</sup> Les séances d'ostéopathie non remboursées par la Sécurité sociale sont garanties à condition que les ostéopathes soient titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les séances de chiropraxie non remboursées par la Sécurité sociale sont garanties à condition que les chiropracteurs soient titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les séances d'acupuncture non remboursées par la Sécurité sociale sont garanties à condition que l'acupuncteur soit un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.		

T.A  
 F.G CB  
 MF  
 NG  
 1/6

Nature des prestations	Remboursement Sécurité sociale (dans le parcours de soins coordonnés) <sup>(1)</sup>	Remboursement Total (Ss + BCAC + contrat AXA) dans la limite des frais réels engagés
<b>Orthèses – Prothèses non dentaire</b>		
▪ Prothèses auditives	60 % BR	565 % BR
▪ Appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)	60 % BR	465 % BR
▪ Lecteur de glycémie et capteurs Freestyle libre	NR	1 500 euros par année civile et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>		
▪ Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie (Tarifs opposables)	70 % BR	150 % BR
▪ Inlay core	70 % BR	200 % BR
▪ Orthodontie (TO, ORT) (Tarifs libres)	100 % BR	430 % BR
▪ Prothèses dentaires fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), Inlays - Onlays d'obturation remboursés par la Sécurité sociale et implants	70 % BR	entre 375 € et 600 € selon position de la dent
▪ Appareils amovibles	70 % BR	entre 565 € et 1850 € selon le type d'appareil et le nombre de dents
▪ Prothèses provisoires (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)	NR	entre 30 € et 60 € selon la position de la dent
▪ Implants, dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire : - Fixture (partie intra -osseuse) - Pilier - Couronne ou inter de bridge (partie supra-osseuse)	NR	920 € quelle que soit la position de la dent 200 € par dent entre 375 € et 600 € selon la position de la dent
▪ Actes de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale, pour les 4 actes suivants : - Curetage/surfaçage (maximum 2 séances par année civile et par bénéficiaire), - Greffe gingivale (maximum une greffe par année civile et par bénéficiaire) - Allongement coronaire (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire) - Lambeau (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire)	NR	140 € par séance 350 € par greffe 120 € par intervention 220 € par intervention
▪ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale pour un traitement ayant débuté entre les 16 et 28 ans de l'enfant bénéficiaire, avec un maximum de 4 semestres consécutifs	NR	27 % PMSS par semestre (soit 868,86 €)
<b>Optique <sup>(1)</sup></b>		
▪ Verres	60 % BR	100 % des montants indiqués dans l'annexe optique
▪ Monture	60 % BR	150 €
<i><sup>(1)</sup> Remboursement limité, à compter de la date d'adhésion du bénéficiaire au contrat, à un équipement optique (1 monture + 2 verres) par bénéficiaire tous les 2 ans. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation devient annuelle. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.</i>		
▪ Lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60 % BR ou NR	8 % PMSS (257,44 €) Forfait par année civile et par bénéficiaire
▪ Chirurgie réfractive au laser, prise en charge après entente préalable de l'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	NR	15 % PMSS (482,70 €) par œil
▪ Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	NR	326€ par œil
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
▪ Etablissement conventionné	80 % BR	100 % FR
▪ Etablissement non conventionné	80 % TA	80 % FR dans la limite de 200 % BR
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>		
▪ Etablissement conventionné - Médecins adhérents au CAS	80 % BR	100 % FR
▪ Etablissement conventionné - Médecins non adhérents au CAS	80 % BR	200 % BR
▪ Etablissement non conventionné ((Médecins conventionnés adhérents ou non au CAS, et médecins non conventionnés))	80 % TA	80 % FR dans la limite de 200 % BR
<b>Autres frais</b>		
▪ Forfait journalier de la Sécurité sociale	NR	100 % du forfait
▪ Chambre particulière (par jour)	NR	3 % PMSS en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (96,54 €)
▪ Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	NR	2 % PMSS en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (64,36 €)

*J.A.W. dr F.C. 15 U MF NG*

Nature des prestations	Remboursement Sécurité sociale (dans le parcours de soins coordonnés) <sup>(1)</sup>	Remboursement Total (Ss + BCAC + contrat AXA) dans la limite des frais réels engagés
<b>Transport</b>		
	65 % BR	200 % BR
<b>Frais d'accouchement (indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maternité)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Honoraires</li> <li>▪ Frais de séjour</li> </ul>	100 % BR	20 % PMSS en vigueur au jour de la naissance (643,60 €) que le bénéficiaire soit la mère ou le père
<b>Cures thermales (indemnisées par la Sécurité sociale)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frais de séjour et Honoraires médicaux</li> </ul>	65 % BR et 70 % BR	20 % PMSS (643,60 €) en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour de la cure dans la limite des frais restant à charge
<i>Les honoraires des médecins non adhérents au CAS sont limités à 100 % du ticket modérateur, majorés de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (limite portée à 100 % TM majorés de 125 % BR pour les frais exposés jusqu'au 31 décembre 2016).</i>		
<b>Services complémentaires</b>		
<p>L'assureur met en œuvre des services complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en cas de décès suite à un accident corporel, si le bénéficiaire se trouve à plus de 50 km de son domicile,</li> <li>- en cas d'hospitalisation supérieure à 24h suite à une atteinte corporelle grave, ou en cas d'immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours,</li> <li>- en cas de grossesse ou d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à 5 jours,</li> <li>- en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie.</li> </ul>		
<p><b>Tiers payant : disposition particulière permettant à l'assuré et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et remboursés par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie et des cabinets de radiologie.</b></p>		

<sup>(1)</sup> Taux de remboursement de la Sécurité sociale si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Hors parcours de soins coordonnés ces taux de remboursements sont diminués et ce désengagement n'est pas pris en charge par la complémentaire, de même que les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés et la participation forfaitaire de 1 €

**BR :** Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**MR :** Montant Remboursé par la Sécurité sociale

**TM :** Ticket Modérateur de la Sécurité sociale : Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale moins le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR), avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

**CAS :** Contrat d'Accès aux Soins

**FR :** Frais Réels

**NR :** Non Remboursé

**PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (montant prévisionnel pour 2016 : 3218 €)

**TA :** Tarif d'Autorité

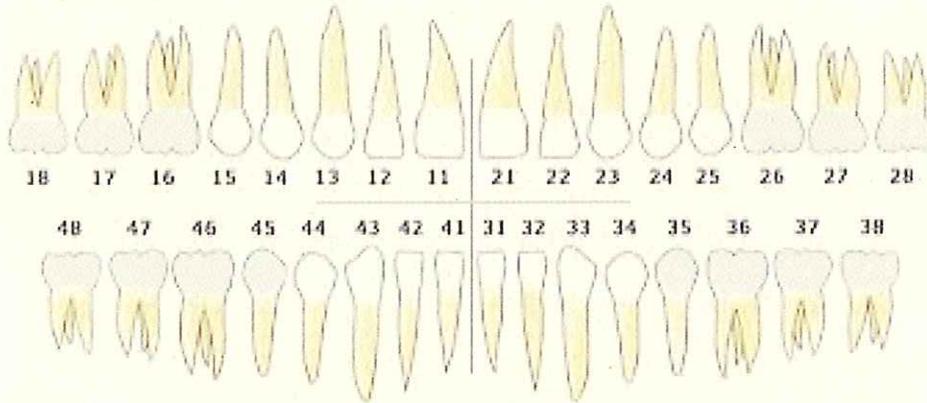
**La participation forfaitaire de 1€ non remboursée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge par l'assureur**

## ANNEXE Dentaire

### Appareils amovibles

Appareil résine	1 à 6 dents	565 euros
	7 à 13 dents	780 euros
Appareil à résine complet	Unimaxillaire	925 euros
	Bimaxillaire	1 850 euros
Appareil à plaque base métallique	1 à 6 dents	1 010 euros
	7 à 13 dents	1 235 euros

Les prestations sont définies pour chaque dent en fonction de sa situation sur le schéma dentaire ci-dessous.



### Prothèses dentaires fixes (Couronnes, pilier de bridge, inter de bridge et Inlay - Onlay d'obturation) limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieurs ..... 600 euros par dent (dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
- Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures ..... 375 euros par dent (dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

### Prothèses provisoires (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieurs ..... 60 euros par dent (dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
- Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures ..... 30 euros par dent (dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

### Réparation de prothèses et autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale, mais non visés à la présente annexe

430% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

### Implants

- Fixture (partie intra osseuse) quelle que soit la position de la dent ..... 920 euros par dent
- Pilier de prothèse sur implant quelle que soit la position de la dent ..... 200 euros par dent
- Couronne ou intermédiaire de bridge (partie supra-osseuse)
  - Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures ... 600 euros par dent (dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
  - Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures ..... 375 euros par dent (dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

### Lexique

TO..... Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste  
 ORT..... Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin  
 Tarif opposable..... Tarif conventionné ne pouvant pas faire l'objet d'un dépassement de la part des chirurgiens-dentistes conventionnés  
 Tarif libre..... Tarif fixé librement par le chirurgien-dentiste

T.A  
 MdB  
 F.G  
 NG

## ANNEXE Optique

### Verres

La garantie relative aux verres est fixée comme suit, par verre, selon la correction à apporter :

**Si un bénéficiaire va chez un opticien du réseau Itelis**, il n'a pas de reste à charge sur le verre qui correspond à son défaut visuel et son niveau de correction, y compris les éventuels traitements.

Classe de défaut visuel	Définition		Dans le réseau	
			Verre adulte et enfant	
	Puissance en dioptrie (myopie ou hypermétropie)	Cylindre (astigmatisme)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	0 à 2	Inférieur ou égal à 2	<b>Frais réels</b> dans la limite des plafonds du contrat responsable	
Classe 2	0 à 2	de 2,25 à 4		
	2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2		
Classe 3	2,25 à 4	de 2,25 à 4		
	4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4		
Classe 4	6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4		
	de 0 à 8	supérieur ou égal à 4,25		
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	tous cylindres		

**Si un bénéficiaire va chez un opticien en dehors du réseau Itelis**, sa garantie est limitée aux montants définis ci-dessous (sans bénéfice des tarifs négociés) en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction, pour chacun des verres :

Classe de défaut visuel	Définition		Hors réseau	
			Verre adulte et enfant	
	Puissance en dioptrie (myopie ou hypermétropie)	Cylindre (astigmatisme)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	0 à 2	Inférieur ou égal à 2	<b>95 €</b>	<b>236 €</b>
Classe 2	0 à 2	de 2,25 à 4	<b>123 €</b>	<b>279 €</b>
	2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2		
Classe 3	2,25 à 4	de 2,25 à 4	<b>159 €</b>	<b>283 €</b>
	4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4		
Classe 4	6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4	<b>300 €</b>	<b>300 €</b>
	de 0 à 8	supérieur ou égal à 4,25		
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	tous cylindres	<b>300 €</b>	<b>326 €</b>

F.G  
T.A    M.D    MF  
NG

## Contacts utiles

### Santésens

Site Santésens : <http://www.santesens.com/>

### Téléconsultation

Le service de Téléconsultation est à votre disposition 24h/24 et 7j/7.

Pour appeler, le salarié doit se munir de son attestation de tiers payant, et composez le numéro de téléphone direct **01 55 92 27 54** (appel non surtaxé).

### Bienveillance cancer

A tout moment avant ou après l'apparition de la maladie, ainsi que pour bénéficier du capital diagnostic, le service dédié d'AXA Assistance doit être contacté par l'assuré par téléphone au **01 55 92 12 04**, (prix d'une communication locale). Le n° de convention à indiquer lors de l'appel téléphonique est le **0803196**.

F.G

T.A MDR  
DJ MF  
NG

## Tableau récapitulatif des garanties Prévoyance (régime professionnel et contrat complémentaire AXA) Salariés relevant de la CCN des sociétés d'assurance

Base de l'assurance : Salaire annuel brut	RPP	Complémentaire AXA	TOTAL
<b>Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes Causes (PTIA) (en % des tranches A, B et C du salaire annuel brut)</b>			
<i>En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire a le choix entre l'OPTION 1 et l'OPTION 2</i>			
<b>OPTION 1 (Capital + Rente éducation)</b>			
<i>CAPITAL</i>			
• <u>Assuré sans personne à charge</u> :			
- célibataire, veuf, divorcé	50 %	250 %	300 %
- marié, pacsé	175 %	150 %	325 %
• <u>Assuré avec personne(s) à charge</u> :			
- célibataire, divorcé	100 %	150 %	250 %
- veuf	150 %	150 %	300 %
- marié, pacsé	175 %	150 %	325 %
- majoration par personne à charge	50 %	50 %	100 %
<i>RENTE EDUCATION</i>			
- jusqu'à 5 ans inclus	5%	-	5%
- de 6 ans à 13 ans inclus	10%	-	10%
- de 14 à 25 ans inclus (si poursuite d'études)	15%	-	15%
	<i>Avec un minimum de 1715 € par an en 2016</i>		<i>Avec un minimum de 1715 € par an en 2016</i>
<b>OPTION 2 (Capital minoré + Rente éducation majorée)</b>			
<i>CAPITAL</i>			
• <u>Assuré avec personne(s) à charge</u> :			
- célibataire, divorcé	100 %	100 %	200 %
- veuf	150 %	100 %	250 %
- marié, pacsé	175 %	100 %	275 %
- majoration par personne à charge	50 %	-	50 %
<i>RENTE EDUCATION</i>			
- jusqu'à 5 ans inclus	5%	10%	15%
- de 6 ans à 13 ans inclus	10%	13%	23%
- de 14 à 25 ans inclus (si poursuite d'études)	15%	13%	28%
En cas de PTIA, l'option 1 s'applique en tout état de cause Le capital versé par anticipation aux célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge est majoré de 125% TABC au titre du RPP			
<b>Frais d'obsèques</b>			
• en cas de décès de l'assuré	-	100% PMSS	100% PMSS

Base de l'assurance : Salaire annuel brut	RPP	Complémentaire AXA	TOTAL
<b>Prédécès</b>			
• du conjoint, du partenaire pacsé ou d'un enfant à charge	-	100% PMSS	100% PMSS
<b>Décès simultané ou postérieur du conjoint ou partenaire pacsé</b>			
- base	-	150 %	150 %
- majoration par personne à charge	-	50 %	50 %
<b>Décès accidentel ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle</b>			
• capital supplémentaire	-	100%	100%
Le capital est également versé en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie consécutif à un accident vasculaire cérébral (AVC).			
<b>Rente de conjoint (en % des tranches A et B du salaire annuel brut)</b>			
• rente viagère	-	0,80% (65 - x)	0,80% (65 - x)
• rente temporaire	-	0,40% (x - 25)	0,40% (x - 25)
• rente d'orphelin en cas de décès du conjoint	-	10%	10%
<b>Incapacité temporaire de travail (en % des tranches A, B et C du salaire annuel brut)</b> <i>Sous déduction des indemnités journalières versées au même titre par la Sécurité sociale et du maintien de salaire versé par l'employeur</i>			
		<i>et sous déduction du RPP</i>	
• Du 4 <sup>ème</sup> au 90 <sup>ème</sup> jour	-	85%	85%
• Du 91 <sup>ème</sup> au 365 <sup>ème</sup> jour	85%	85%	85%
• A compter du 366 <sup>ème</sup> jour	70%	85%	85%
	<i>Jusqu'au 1095<sup>ème</sup> jour</i>		
Le service de l'indemnité journalière cesse quand prend fin le service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale.			
<b>Invalidité permanente (en % des tranches A, B et C du salaire annuel brut)</b> <i>Sous déduction de la rente versée au même titre par la Sécurité sociale</i>			
		<i>et sous déduction du RPP</i>	
• 1ère catégorie	70%	70%	70%
• 2ème catégorie	70%	85%	85%
• 3ème catégorie	70%	85%	85%
Le service de la rente cesse quand prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale, et en tout état de cause à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail).			
<b>Bienveillance Cancer</b>			
• Capital diagnostic forfaitaire	5 000 euros		
• Prestations assistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ligne Infos Cancer : Prévention du cancer/récidive second cancer</li> <li>- Informations sur les démarches administratives</li> <li>- Orientation vers des organismes spécialisés dans l'accompagnement des patients atteints d'un cancer</li> <li>- Prestation Second Avis Médical</li> <li>- Assistance psychologique par téléphone</li> <li>- Organisation de services et de soins à domicile</li> <li>- Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie</li> <li>- Accompagnement lors du retour dans la vie professionnelle</li> </ul>		

Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond (soit 38 616 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2016),

Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds,

Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds.

F.G  
 2/3 MF  
 NG  
 T.A Mds

## Contacts utiles

### Santésens

Site Santésens : <http://www.santesens.com/>

### Téléconsultation

Le service de Téléconsultation est à votre disposition 24h/24 et 7j/7.

Pour appeler, le salarié doit se munir de son attestation de tiers payant, et composez le numéro de téléphone direct **01 55 92 27 54** (appel non surtaxé).

### Bienveillance cancer

A tout moment avant ou après l'apparition de la maladie, ainsi que pour bénéficier du capital diagnostic, le service dédié d'AXA Assistance doit être contacté par l'assuré par téléphone au **01 55 92 12 04**, (prix d'une communication locale). Le n° de convention à indiquer lors de l'appel téléphonique est le **0803196**.

F.G  
U  
AJ  
MR  
3/3  
NG  
T.A  
WJ  
AS

## Tableau récapitulatif des garanties Prévoyance (régime professionnel et contrat complémentaire AXA) Salariés EB/EI

Base de l'assurance : Salaire annuel brut	RPP	Complémentaire AXA	TOTAL
<b>Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes Causes (PTIA) (en % des tranches A, B et C du salaire annuel brut)</b>			
<i>En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire a le choix entre l'OPTION 1 et l'OPTION 2</i>			
<b>OPTION 1 (Capital + Rente éducation)</b>			
<i>CAPITAL</i>			
• <u>Assuré sans personne à charge :</u>			
- célibataire, veuf, divorcé	50 %	250 %	300 %
- marié, pacsé	175 %	150 %	325 %
• <u>Assuré avec personne(s) à charge :</u>			
- célibataire, divorcé	100 %	150 %	250 %
- veuf	150 %	150 %	300 %
- marié, pacsé	175 %	150 %	325 %
- majoration par personne à charge	50 %	50 %	100 %
<i>RENTE EDUCATION</i>			
- jusqu'à 5 ans inclus	5%	-	5%
- de 6 ans à 13 ans inclus	10%	-	10%
- de 14 à 25 ans inclus (si poursuite d'études)	15%	-	15%
	<i>Avec un minimum de 1715 € par an en 2016</i>		<i>Avec un minimum de 1715 € par an en 2016</i>
<b>OPTION 2 (Capital minoré + Rente éducation majorée)</b>			
<i>CAPITAL</i>			
• <u>Assuré avec personne(s) à charge :</u>			
- célibataire, divorcé	100 %	100 %	200 %
- veuf	150 %	100 %	250 %
- marié, pacsé	175 %	100 %	275 %
- majoration par personne à charge	50 %	-	50 %
<i>RENTE EDUCATION</i>			
- jusqu'à 5 ans inclus	5%	10%	15%
- de 6 ans à 13 ans inclus	10%	13%	23%
- de 14 à 25 ans inclus (si poursuite d'études)	15%	13%	28%
En cas de PTIA, l'option 1 s'applique en tout état de cause Le capital versé par anticipation aux célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge est majoré de 125% TABC au titre du RPP			
<b>Frais d'obsèques</b>			
• en cas de décès de l'assuré	-	100% PMSS	100% PMSS

F.G  
T.A M/AS  
1/3 MF  
NG

Base de l'assurance : Salaire annuel brut	RPP	Complémentaire AXA	TOTAL
<b>Prédécès</b>			
• du conjoint, du partenaire pacsé ou d'un enfant à charge	-	100% PMSS	100% PMSS
<b>Décès simultané ou postérieur du conjoint ou partenaire pacsé</b>			
- base	-	150 %	150 %
- majoration par personne à charge	-	50 %	50 %
<b>Décès accidentel ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle</b>			
• capital supplémentaire	-	100%	100%
Le capital est également versé en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie consécutif à un accident vasculaire cérébral (AVC).			
<b>Rente de conjoint (en % des tranches A et B du salaire annuel brut)</b>			
• rente viagère	-	0,80% (65 - x)	0,80% (65 - x)
• rente temporaire	-	0,40% (x - 25)	0,40% (x - 25)
• rente d'orphelin en cas de décès du conjoint	-	10%	10%
<b>Incapacité temporaire de travail (en % des tranches A, B et C du salaire annuel brut)</b>			
<i>Sous déduction des indemnités journalières versées au même titre par la Sécurité sociale</i>			
		<i>et sous déduction du RPP</i>	
• Du 7 <sup>ème</sup> au 90 <sup>ème</sup> jour	-	85%	85%
• Du 91 <sup>ème</sup> au 365 <sup>ème</sup> jour	85%	85%	85%
• A compter du 366 <sup>ème</sup> jour	70%	85%	85%
	<i>Jusqu'au 1095<sup>ème</sup> jour</i>		
Le service de l'indemnité journalière cesse quand prend fin le service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale.			
<b>Invalidité permanente (en % des tranches A, B et C du salaire annuel brut)</b>			
<i>Sous déduction de la rente versée au même titre par la Sécurité sociale</i>			
		<i>et sous déduction du RPP</i>	
• 1ère catégorie	70%	70%	70%
• 2ème catégorie	70%	85%	85%
• 3ème catégorie	70%	85%	85%
Le service de la rente cesse quand prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale, et en tout état de cause à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail).			
<b>Bienveillance Cancer</b>			
• Capital diagnostic forfaitaire	5 000 euros		
• Prestations assistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ligne Infos Cancer : Prévention du cancer/récidive second cancer</li> <li>- Informations sur les démarches administratives</li> <li>- Orientation vers des organismes spécialisés dans l'accompagnement des patients atteints d'un cancer</li> <li>- Prestation Second Avis Médical</li> <li>- Assistance psychologique par téléphone</li> <li>- Organisation de services et de soins à domicile</li> <li>- Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie</li> <li>- Accompagnement lors du retour dans la vie professionnelle</li> </ul>		

Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond (soit 38 616 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2016),

Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds,

Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds.

F. G  
M  
MR  
T. A. M/ds  
2/3  
H. G.

## Contacts utiles

### Santésens

Site Santésens : <http://www.santesens.com/>

### Téléconsultation

Le service de Téléconsultation est à votre disposition 24h/24 et 7j/7.

Pour appeler, le salarié doit se munir de son attestation de tiers payant, et composez le numéro de téléphone direct **01 55 92 27 54** (appel non surtaxé).

### Bienveillance cancer

A tout moment avant ou après l'apparition de la maladie, ainsi que pour bénéficier du capital diagnostic, le service dédié d'AXA Assistance doit être contacté par l'assuré par téléphone au **01 55 92 12 04**, (prix d'une communication locale). Le n° de convention à indiquer lors de l'appel téléphonique est le **0803196**.

F. G  
CS MF  
DJ  
TA MAB 3/3 NG