

**AVENANT N° 1 DU 2 JUILLET 2015 À L'ACCORD COLLECTIF EN DATE DU  
6 DÉCEMBRE 2013 RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE  
SANTÉ CONCLU DANS LE CADRE DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES DU 27 AVRIL 2009**

**Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :**

- L'Union Nationale de la Propriété Immobilière – UNPI,
- La Fédération des Entreprises Publiques Locales – FEPL,
- La Fédération de Sociétés Immobilières et Foncières – FSIF,
- L'Association Nationale de la Copropriété et des Copropriétaires – ANCC,
- L'Association des responsables de Copropriétés – ARC,

d'une part,

**Et :**

- La Fédération des Employés et Cadres FEC FO – Section des services,
- La Fédération des services CFDT,
- La CFTC-CSFV, Fédération des Syndicats Commerce, Services et Force de Vente,
- Le Syndicat National de l'Urbanisme, de l'Habitat et des Administrateurs de Biens – SNUHAB-CFE CGC,
- La Fédération CGT des personnels du commerce, de la distribution et des services,
- Le Syndicat National Indépendant des Gardiens d'Immeubles et Concierges – SNIGIC,

d'autre part,

Ont convenu de ce qui suit :

At



## Préambule

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'Accord collectif du 6 décembre 2013 de la Convention collective Nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles avec les dispositions du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire ainsi qu'avec les dispositions relatives à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi.

En conséquence, l'Accord collectif du 6 décembre 2013 est modifié comme suit.

## Article 1 : Salariés bénéficiaires

La condition d'ancienneté posée pour l'accès au régime de frais de santé est supprimée.

Le troisième paragraphe de l'article 3.1 « Définition des bénéficiaires » est par conséquent supprimé. Le deuxième paragraphe devient : « aucune condition d'ancienneté ne conditionne l'accès tant au régime de prévoyance qu'au régime de santé ».

## Article 2 : Régime de prévoyance : définition des Enfants à charge et du conjoint

➤ La définition des enfants à charge pour les garanties décès et rente éducation est précisée, l'article 6.1.2 de l'accord collectif est remplacé comme suit :

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

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

Les enfants ainsi définis doivent être :

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

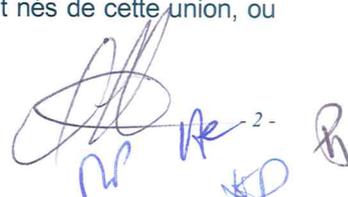
➤ Il est ajouté un article définissant le conjoint pour l'application des garanties de prévoyance :

### **« 6.1.3 – Conjoint**

Est considéré comme conjoint :

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

AT

 2- B

### Article 3 : Garanties Décès

Les garanties en cas de décès sont précisées comme suit, l'article 6.2 « Garantie Décès » est modifié en conséquence :

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

### Article 4 : Garanties Incapacité de travail et Invalidité

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

AT

 - 3 -

## **Article 5 : Dispenses d'affiliation**

L'article 8 de l'accord est désormais rédigé comme suit :

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

Toutefois, les parties signataires du présent accord entendent permettre aux entreprises de la branche de mettre en œuvre certaines dispenses d'affiliation prévues par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 complété par la circulaire du 25 septembre 2013 et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du régime de remboursement de frais de santé, au profit :

- des 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 (ACS) en application de l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale. Dans ces cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS;
- des cdd d'une durée inférieure ou égale à 2 mois ;
- des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, des salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise :
  - soit en qualité d'ayants-droit affiliés à titre obligatoire d'un salarié travaillant dans une autre entreprise,
  - soit au titre d'un autre employeur relevant d'une autre convention collective.

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

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

L'affiliation prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable.

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

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

## **Article 6 : Financement du Régime de frais de santé**

Afin de pérenniser l'équilibre du régime les minimas et maximas sont supprimés et les taux de cotisations sont modifiés. L'article 9.2 de l'accord collectif est désormais rédigé comme suit :

### **« 9.2 - Assiette, taux et répartition de la cotisation**

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de frais de santé s'élève à un montant correspondant à 4,80 % du salaire brut pour les salariés relevant du régime général et 3,47 % pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié une fois par an (au 1<sup>er</sup> janvier), par voie réglementaire.

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « Enfant » et « Adulte » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes (La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant affilié.)

At



## Régime général

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé % du salaire	2.40 %	2.40 %	4.80 %
Par Enfant (facultatif en % du PMSS)	0.85 %	-	0.85 %
Conjoint (facultatif en % du PMSS)	1.85 %	-	1.85 %

## Régime local Alsace Moselle

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé en % du salaire	1.735 %	1.735 %	3.47 %
Par Enfant (facultatif en % du PMSS)	0.61 %	-	0.61 %
Conjoint (facultatif en % du PMSS)	1.33 %	-	1.33 %

. »

## Article 7 : Définition des ayants droit

La définition des enfants à charge est précisée comme suit, l'article 10 est modifié en conséquence :

### « Enfants à charge

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

Les enfants ainsi définis doivent être :

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

AT

Ac -5-  
NP AD B

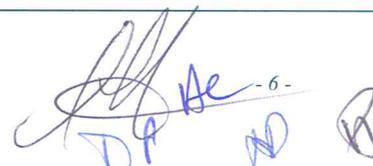
## Article 8 : Garanties

Les dispositions de l'article 11.2 de l'Accord sont remplacées comme suit :

« 11.2 – Niveau des prestations du régime

### RÉGIME FRAIS DE SANTÉ (Quelque soit le régime de Sécurité sociale (général et local))

Descriptif des garanties	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)
<b>. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	<i>Etablissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR <i>Etablissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins <sup>(2)</sup>	<i>Etablissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR <i>Etablissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins <sup>(2)</sup>	<i>Etablissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR <i>Etablissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité) <sup>(3)</sup>	2 % du PMSS par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans <sup>(3)</sup>	1 % du PMSS par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
<b>. PRATIQUE MEDICALE COURANTE(secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>	
. Consultation, visite d'un généraliste adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	200 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	180 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	220 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	200 % de la BR
. Actes médicaux réalisés par un spécialiste adhérent CAS <sup>(2)</sup>	220 % de la BR
. Actes médicaux réalisés par un spécialiste non adhérent CAS <sup>(2)</sup>	200 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	160 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	160 % de la BR
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisés par un médecin adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	190 % de la BR
. Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisés par un médecin non adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	170 % de la BR
<b>. MEDECINE ALTERNATIVE<sup>(4)</sup></b>	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie	30 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
<b>. PHARMACIE</b>	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. Traitement anti-tabac sur prescription médicale	100 euros par an et par bénéficiaire
. Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire

  
-6-  
TDF ND B

A

<b>. TRANSPORT</b>	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
<b>. OPTIQUE</b>	
. Verres	Selon la grille optique ci-après
. Monture	
. Lentilles prises en charge par la SS	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil
<b>. DENTAIRE</b>	
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170 % de la BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	170 % de la BR
. Inlays core pris en charge par la SS	220 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	270 % de la BR
. Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR
. Implantologie : - implant - pilier implantaire	12 % du PMSS 8 % du PMSS
Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
<b>. APPAREILLAGE</b>	
. Orthopédie et autres prothèses	160 % de la BR
. Prothèses auditives	160 % de la BR
<b>. ALLOCATIONS FORFAITAIRES</b>	
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
. Cure Thermale prise en charge par la SS	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>. PREVENTION</b>	
. Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170 % de la BR dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
. Dépistage de l'hépatite B	160 % de la BR
. Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30 euros maximum
. Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50 euros par an et par bénéficiaire

- (1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité
- (2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1.
- (3) La prise en charge en hospitalisation médicale par l'Organisme assureur des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :
- 365 jours,
  - 180 jours en cas de séjour en psychiatrie,
  - 30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
  - 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique.
- (4)
- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession
  - les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
  - les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

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

**BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / MR = Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année / SS = Sécurité Sociale**

AT

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials.

## GRILLE OPTIQUE

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

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

**La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.**

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le salarié. »

**L'article 11.3 de l'Accord est supprimé.**

### Article 9 : Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur au **1<sup>er</sup> janvier 2016** et pour les sinistres à compter de cette date,

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

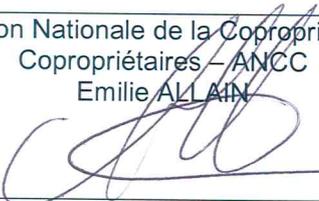
A


  
 - 8 -

## Article 10 : Dépôt et extension

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L 2231-6 du Code du Travail.

Fait à Paris , le 21/07/15 ,

Organisation d'employeurs :	Organisation syndicales :
Union Nationale de la Propriété Immobilière - UNPI Jean PERRIN  Alain CHERPIS	FEC FO – Section des Services Patrick ALBERT 
Fédération des Entreprises Publiques Locales FEPL Thierry DURNERIN	Fédération des Services CFDT Kumba DUVILLIER 
Fédération de Sociétés Immobilières et Foncières – FSIF Dorian KELBERG	CFTC - CSFV Yhya EL SABAHY
Association Nationale de la Copropriété et des Copropriétaires – ANCC Emilie ALLAIN 	SNUHAB - CFECGC Alexandre TCHERNETZKY 
Association des responsables de Copropriétés – ARC Emile HAGEGE	Fédération CGT des personnels du commerce, de la distribution et des services Eloy FERNANDEZ
	SNIGIC Philippe DOLCI 