



21 Juin 2017

ACCORD RELATIF A LA COUVERTURE SANTE DES SALARIES DE LCL

Entre :

La société Crédit Lyonnais SA (ci-après dénommée « LCL »), représentée par :

Monsieur Renaud CHAUMIER
Directeur des Ressources Humaines

Et :

Les Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'entreprise

- **la C.F.D.T.**
représentée par Monsieur Thierry CORNU
Délégué Syndical National

- **la C.G.T.**
représentée par Monsieur Vincent CHAUDAT
Délégué Syndical National

- **F.O.**
représenté par Monsieur Philippe KERNIVINEN
Délégué Syndical National

- **le S.N.B.**
représenté par Monsieur Gilles MIRA
Délégué Syndical National

6 *Ar*¹ *AK*

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	5
TITRE PRELIMINAIRE - CHAMP D'APPLICATION, PORTEE ET OBJET DE L'ACCORD	6
Article 1 – Champ d'application de l'accord	6
Article 2 – Portée de l'accord	6
Article 3 - Objet de l'accord	6
TITRE I - REGIME DE BASE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTE DES SALARIES DE LCL	7
Article 4 – Objet du Titre I	7
Article 5 - Caractéristiques du régime mis en place par le présent Titre.....	7
Article 6 – Caractère obligatoire de l'adhésion.....	7
6.1 – Principe général : adhésion obligatoire au régime	7
6.2 – Dispense d'adhésion au régime et versement santé	7
6.2.1 - Dispense d'adhésion	7
6.2.2 - Versement santé.....	9
6.3 – Adhésion facultative au régime	10
6.3.1 – Définition des ayants droit pouvant adhérer à titre facultatif au régime	10
6.3.2 – Modalités d'adhésion des ayants droit et prise d'effet des garanties	10
Article 7 – Prestations	11
Article 8 – Cotisations	14
8.1 – Principes et modalités de calcul des cotisations des salariés.....	14
8.1.1– Les principes.....	14
8.1.2 – Assiette de cotisations et modalités de paiement	14
8.1.3 – Les modalités de calcul	15
8.1.4 – Participation de l'employeur au régime.....	16
8.2 – Cotisation des ayants droit.....	16
8.3 - Evolution du Tarif et des Cotisations des Ayants droit	16
8.3.1 – Indexation annuelle.....	16
8.3.2 – Evolution législative ou réglementaire.....	17
8.3.3 – Evolution des résultats du régime.....	17
8.3.4 Détermination de la cotisation annuelle des salariés	17
Article 9 - Terme des garanties	17
9.1 – Cessation des garanties pour les salariés.....	17
9.2 – Cessation des garanties pour les ayants droit.....	18
Article 10 – Maintien des garanties	18
10.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	18
10.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage	19
10.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés.....	19
10.4 - Maintien des garanties pour les ayants droit adhérents	20

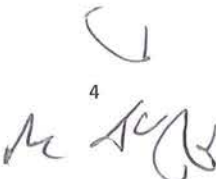
2
3
4



TITRE II - REGIME COMPLEMENTAIRE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTE DES SALARIES DE LCL	21
Article 11 – Objet du Titre II	21
Article 12 - Caractéristiques du régime mis en place par le présent Titre.....	21
Article 13 – Caractère obligatoire de l’adhésion.....	21
13.1 – Principe général : adhésion obligatoire au régime.....	21
13.2 – Dispense d’adhésion au régime et versement santé	21
13.2.1- Dispense d’adhésion	21
13.2.2 - Versement santé	21
13.3 – Adhésion facultative au régime	21
Article 14 – Prestations	21
Article 15 – Cotisations	24
15.1 – Principes et modalités de calcul des cotisations des salariés.....	24
15.1.1– Les principes.....	24
15.1.2 – Assiette de cotisations et modalités de paiement	24
15.1.3 – Les modalités de calcul	25
15.1.4 – Participation de l’employeur au régime.....	25
15.2 – Cotisation des ayants droit.....	25
15.3 - Evolution du Tarif et des Cotisations des Ayants droit	26
15.3.1 – Indexation annuelle.....	26
15.3.2 – Evolution législative ou réglementaire.....	26
15.3.3 – Evolution des résultats du régime.....	26
15.3.4 Détermination de la cotisation annuelle des salariés	27
Article 16 - Terme des garanties	27
16.1 – Cessation des garanties pour les salariés	27
16-2 – Cessation des garanties pour les ayants droit	27
Article 17 – Maintien des garanties	27
17.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	27
17.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l’assurance chômage	27
17.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés.....	28
17.4 - Maintien des garanties pour les ayants droit adhérents	28
TITRE III - REGIME SUPPLEMENTAIRE FACULTATIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTE DES SALARIES DE LCL	29
Article 18 – Objet du Titre III.....	29
Article 19 - Caractéristiques du régime mis en place par le présent Titre.....	29
Article 20 – Participants.....	29
20.1 - Adhésion des salariés : modalités et prise d’effet des garanties	29
20.2 - Adhésion des ayants droit.....	30
Article 21 – Prestations	30
Article 22 – Cotisations	33
22.1 Montant de la cotisation.....	33

3
Chate

22.2 - Evolution des Cotisations.....	34
22.2.1 – Indexation annuelle.....	34
22.2.2 – Evolution législative ou réglementaire.....	34
22.2.3 – Evolution des résultats du régime.....	34
Article 23- Terme des garanties	34
23.1 – Cessation des garanties pour les salariés.....	34
23.2 – Cessation des garanties pour les ayants droit.....	35
Article 24 – Maintien des garanties	35
24.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	35
24.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l’assurance chômage	35
24.3 – Maintien des garanties santé à Titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés	35
24.4 - Maintien des garanties pour les ayants droit adhérents	35
TITRE IV - DISPOSITIONS COMMUNES	36
Article 25 - Caractère indemnitaire des régimes	36
Article 26 - Information	36
Article 27 – Commission de suivi.....	36
Article 28 – Fonds Social dédié	36
TITRE V - DISPOSITIONS FINALES	37
Article 29 – Durée et date d’entrée en vigueur	37
Article 30 – Révision	37
Article 31 – Dénonciation du présent accord.....	38
Article 32 – Conséquence d’une résiliation par l’organisme assureur du contrat remboursement de frais de soins de santé	38
Article 33 – Dépôt et publicité.....	38


 4

Préambule

Par accord collectif du 13 décembre 2010 modifié ensuite par avenants, la Direction et des organisations syndicales de LCL ont institué à effet du 1er mars 2011 un régime obligatoire de remboursement de frais de soins de santé au profit de l'ensemble des salariés de l'entreprise et de leurs enfants à charge, avec adhésion facultative des autres ayants droit (conjoint ou assimilé et ascendants).

La participation financière de LCL à ce régime était forfaitairement fixée à 26 € par mois et par salarié depuis le 1er janvier 2015.

Diverses modifications législatives et réglementaires portant notamment sur :

- La généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier 2016 avec la mise en place d'un panier minimal de soins et l'obligation pour l'employeur de financer au minimum 50% de la couverture obligatoire applicable dans l'entreprise (Article L 911-7 du Code de la sécurité sociale),
- La définition d'un nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » au plus tard le 31 décembre 2017,

ont conduit LCL à dénoncer, le 13 juillet 2016, l'accord d'entreprise du 13 décembre 2010 et à ouvrir une renégociation portant sur ce régime.

Parallèlement à cette dénonciation et pour se mettre en conformité aux dispositions de l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale précité, LCL a, par décision unilatérale du 20 juillet 2016, informé les salariés d'une modification de sa participation financière afin d'assurer une prise en charge de 50% du coût total du régime obligatoire santé avec effet rétroactif au 1er janvier 2016.

Dans le cadre de cette renégociation, une nouvelle couverture santé au profit des salariés de LCL a été définie et il a été décidé que les enfants à charge deviendraient ayants droit à titre facultatif de la couverture santé ainsi mise en place.

Afin de tenir compte d'une part de l'évolution de la réglementation applicable et d'autre part des attentes des salariés en termes de remboursement de frais de soins de santé, les parties ont décidé que cette nouvelle couverture serait constituée de trois régimes distincts, organisés comme suit :

- Un Régime de Base, à adhésion obligatoire, conforme à la réglementation des « contrats responsables » et donnant lieu à la souscription d'un contrat collectif de base auprès d'un organisme assureur.
- Un Régime Complémentaire, à adhésion obligatoire, prenant en charge certaines garanties considérées incontournables par les parties signataires et donnant lieu à la souscription d'un contrat collectif complémentaire auprès d'un organisme assureur.
- Un Régime Supplémentaire à adhésion facultative permettant - au choix du salarié - de compléter sa couverture santé et donnant lieu à la souscription d'un contrat collectif supplémentaire auprès d'un organisme assureur.

Les contrats respectivement souscrits au titre de ces trois régimes font l'objet de financements totalement autonomes et non mutualisés.

Les parties au présent accord conviennent de fixer la date d'entrée en vigueur de cette nouvelle couverture santé au 1er janvier 2018, et par conséquent de proroger jusqu'au 31 décembre 2017 l'application des dispositions de l'accord du 13 décembre 2010 et de ses avenants.

Il a été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale :

5
f
Or
M

Article 1 – Champ d'application de l'accord

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés de LCL sans condition d'ancienneté (y compris les salariés LCL mis à disposition d'une autre société et continuant de bénéficier du régime de la sécurité sociale française ou encore ceux exerçant leurs fonctions au sein de la succursale LCL Monaco).

Article 2 – Portée de l'accord

Cet accord se substitue à toutes dispositions résultant d'accords collectifs ou le cas échéant d'accords adoptés par référendum, de décisions unilatérales ou de toutes autres pratiques ou usages, applicables aux salariés de LCL en matière de remboursement de frais de soins de santé, à l'exception de l'«*Accord en vue de la mise en place d'un régime obligatoire de remboursement de frais de soins de santé au profit des salariés de l'établissement de la DdR Antilles-Guyane* » du 31 juillet 2016, en vigueur à la date d'effet du présent accord.

Article 3 - Objet de l'accord

Le présent accord a pour objectif de définir les principes et modalités applicables à la nouvelle couverture santé issue de la négociation et constituée de trois régimes. Chaque régime fait l'objet d'un Titre distinct au sein du présent accord.

CB
6
LC
R

TITRE I - REGIME DE BASE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTE DES SALARIES DE LCL

Article 4 – Objet du Titre I

Le Titre I a pour objet de définir les principes et modalités applicables au Régime de Base de remboursement de frais de soins de santé des salariés de LCL, conforme à la réglementation des contrats santé dits « responsables ».

Article 5 - Caractéristiques du régime mis en place par le présent Titre

Le régime mis en place par le présent Titre consiste en un régime collectif de remboursement de frais de soins de santé à adhésion obligatoire pour les salariés de LCL, auquel peuvent adhérer, à titre facultatif, les ayants droits du salarié dans les conditions définies à l'article 6.3 du présent accord.

Le présent régime est dénommé « Régime de Base ».

La participation de l'employeur prévue à l'article 8.1.4 n'est due que dans le cadre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime.

Article 6 – Caractère obligatoire de l'adhésion

6.1 – Principe général : adhésion obligatoire au régime

Adhère obligatoirement en tant que Participant au régime collectif de remboursement de frais de soins de santé défini par le présent Titre l'ensemble des salariés de LCL visé à l'article 1er.

L'adhésion obligatoire à ce régime résulte de la signature du présent accord par des organisations syndicales représentatives au niveau de l'entreprise et par LCL. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Le présent Titre et ses éventuelles modifications ultérieures s'imposent obligatoirement à l'ensemble des Participants.

6.2 – Dispense d'adhésion au régime et versement santé

6.2.1 - Dispense d'adhésion

Les salariés déjà bénéficiaires - à la date d'effet du présent accord - d'une dispense d'adhésion au régime santé obligatoire défini par l'accord du 13 décembre 2010, continuent à en bénéficier au titre du présent accord, sous réserve de produire les justificatifs nécessaires, aux dates fixées par l'employeur. En revanche, ils peuvent également, s'ils le souhaitent, mettre un terme à cette dispense et demander leur adhésion obligatoire au présent régime.

Les autres salariés peuvent demander à être dispensés d'adhésion au présent régime dans les conditions suivantes.

Conformément aux dispositions de l'article R 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent ainsi être dispensés d'adhésion sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime, uniquement les salariés visés dans le tableau n°1 ci-après :

7
Ar
TC
M

Tableau n°1

CAS DE DISPENSE	CONDITIONS D'APPLICATION
Salarié(e) et apprenti(e) titulaire d'un CDD d'une durée inférieure à 12 mois	La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou du renouvellement du CDD si la durée totale des CDD successifs est inférieure à 12 mois.
Salarié(e) et apprenti(e), titulaire d'un CDD d'une durée égale ou supérieure à 12 mois, ayant souscrit une couverture santé individuelle.	La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou du renouvellement du CDD, si la durée totale des CDD successifs est supérieure à 12 mois. Le salarié doit justifier avoir souscrit une couverture santé individuelle.
Salarié(e) à temps partiel et apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.	La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou les 2 mois suivant le passage à temps partiel

Par ailleurs, les salariés bénéficiant d'une des couvertures santé ci-dessous peuvent demander une dispense d'adhésion de droit dans les conditions et selon les modalités définies dans le tableau n°2 ci-après :

Tableau n°2

CAS DE DISPENSE	CONDITIONS D'APPLICATION
Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou d'une Aide à la Complémentaire Santé (ACS)	La demande doit être formulée : - dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime ; - ou à la date à laquelle prend effet la couverture CMU-C ou l'ACS pour le salarié, si la prise d'effet intervient après l'embauche. La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide.
Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de son embauche.	La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Elle est effective jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

<p>Salarié(e) bénéficiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'un autre emploi (salarié(e) multi-employeurs) - ou en tant qu'ayant droit (de son conjoint ou assimilé) <p>d'une des couvertures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complémentaire santé collective et obligatoire d'entreprise (familiale s'il est couvert en tant qu'ayant droit) conforme à l'article L 242-1 alinéa 6 CSS • Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle • Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG) • Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011) • Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994). 	<p>La demande doit être formulée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime; - ou si elle est postérieure, dans les 2 mois qui suivent la prise d'effet de la couverture dont le salarié bénéficie par ailleurs au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit. <p>Modalités : le salarié doit communiquer un justificatif de couverture établi par l'employeur ou l'assureur (pour la couverture collective obligatoire d'entreprise visée à l'article L 242-1 alinéa 6) et par l'assureur dans les autres cas de dispense.</p> <p>Le salarié doit justifier chaque année de cette couverture.</p>
--	---

Toute évolution législative ou réglementaire impactant ces cas de dispenses d'ordre public sera prise en compte automatiquement sans qu'il y ait lieu à révision du présent accord. Une communication sera faite auprès des salariés pour les informer des changements apportés.

Les documents d'information, remis au collaborateur au moment de son embauche et disponibles dans l'Intranet, précisent les cas de dispense d'adhésion admis ainsi que les modalités et délais donnés au collaborateur pour formuler sa demande de dispense d'adhésion.

Le salarié qui sollicite une dispense d'adhésion doit remplir le « *Formulaire de demande de dispense* » prévu à cet effet, également disponible dans l'Intranet, et y joindre les pièces justificatives exigées. A défaut de fournir chaque année à LCL les justificatifs nécessaires, les salariés visés ci-dessus seront contraints d'adhérer au régime et d'acquitter la cotisation correspondante due.

6.2.2 - Versement santé

Les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieure à 3 mois peuvent faire valoir une dispense d'adhésion au régime et demander à bénéficier du versement santé. La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.

Le bénéfice du versement santé est conditionné à la couverture du salarié, par un contrat d'assurance complémentaire santé respectant les exigences du contrat dit « responsable » sur la période concernée. Le salarié devra justifier de la souscription de cette couverture auprès de la DRH lors du dépôt de sa demande.

9
[Signature]
[Signature]

Les salariés bénéficiaires d'une couverture souscrite dans le cadre de la CMU-C ou de l'ACS, d'une couverture complémentaire collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique ne pourront prétendre à bénéficier du versement santé.

Le montant du versement santé correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée au titre du présent régime pour assurer la couverture du salarié si ce dernier avait été couvert. Sur cette contribution est appliqué un pourcentage de 125% représentatif de la prise en compte de la portabilité des garanties.

6.3 – Adhésion facultative au régime

6.3.1 – Définition des ayants droit pouvant adhérer à titre facultatif au régime

Les ayants droit définis ci-après peuvent être adhérents à titre facultatif au présent régime de remboursement de frais de soins de santé :

- Le conjoint, et par assimilation le co-signataire d'un PACS ou le concubin du salarié justifiant d'un domicile commun avec le salarié.
- Le ou les enfants tels que définis ci-dessous. On entend par enfant (s) au titre du présent accord le ou les enfants du salarié et/ou ceux de son conjoint (ou assimilé conjoint tel que précisé ci-dessus) :
 - jusqu'à leur 25ème anniversaire, à charge fiscale du salarié ou de son conjoint ou assimilé conjoint, ou bénéficiant d'une pension alimentaire du salarié déductible fiscalement c'est-à-dire les enfants pour lesquels ou auxquels est payée par le salarié une pension alimentaire déductible fiscalement.
 - jusqu'à leur 28ème anniversaire, sous réserve de remplir une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
 - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (en application de la loi du 30 juin 1975) sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.
- Les ascendants du salarié, s'ils ne sont pas imposables à titre personnel et s'ils sont à la charge fiscale du salarié.

Toute demande d'adhésion à titre facultatif d'un ayant droit ne répondant pas aux critères définis ci-dessus fera l'objet d'une étude particulière par l'organisme assureur.

6.3.2 – Modalités d'adhésion des ayants droit et prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour les ayants droit en fonction de la date de leur demande d'adhésion :

- Si la demande d'adhésion d'un ayant droit est formulée à la même date que l'adhésion obligatoire du salarié, les garanties prennent effet simultanément.
- Si la demande d'adhésion d'un ayant droit est formulée postérieurement à la date d'adhésion du salarié, les garanties prennent effet :

- Au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande d'adhésion de l'ayant droit si cette demande parvient à cet organisme au plus tard dans les 3 mois suivant la mise en place du présent Régime de Base.
- Au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande d'adhésion de l'ayant droit si cette demande parvient à cet organisme au plus tard dans les 3 mois suivant l'un des événements suivants :
 - Mariage,
 - Signature d'un pacte civil de solidarité,
 - Cessation du contrat de travail du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin (sous réserve que cet événement se produise après l'adhésion obligatoire du salarié).
- Au 1^{er} jour du mois de l'arrivée au foyer d'un enfant (naissance ou adoption), sous réserve que :
 - cet événement (naissance ou adoption) se produise après l'adhésion obligatoire du salarié,
 - la demande d'adhésion du (ou des) enfant(s) intervienne dans les 3 mois suivant l'événement (naissance ou adoption),
 - le salarié paie les cotisations correspondantes.
- Au 1^{er} janvier suivant la réception par l'organisme assureur de la demande d'adhésion de l'ayant droit dans tous les autres cas.

Toute adhésion facultative des ayants droit s'entend pour une durée minimale de un an à compter de sa prise d'effet. Passé ce délai, une résiliation de l'adhésion peut être demandée conformément à l'article 9.2.

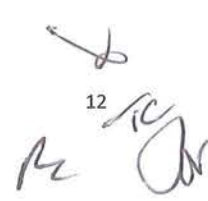
Cette règle de durée minimale d'adhésion n'est pas applicable aux ayants droit pouvant justifier, avant le terme de ce délai d'un an, d'une couverture par un régime obligatoire d'entreprise.

Article 7 – Prestations

Les prestations du régime défini par le présent Titre sont celles décrites dans le tableau ci-après. Leur versement relève de la responsabilité de l'organisme assureur.

TABLEAU DE GARANTIES

Aux prestations de la présente grille s'ajoutent celles versées par la Sécurité Sociale		Régime de base obligatoire
PHARMACIE		
Pharmacie à 65 %		TM
Pharmacie à 30 %		TM
Pharmacie à 15 %		TM
FRAIS MEDICAUX		
Consultations et visites généralistes	OPTAM Hors OPTAM	TM + 50% BR TM + 30% BR
Consultations et visites de spécialistes, neuropsychiatres, actes techniques médicaux	OPTAM Hors OPTAM	TM + 200% BR TM + 100% BR
Franchise actes lourds ⁽¹⁾		100% du forfait
Imagerie médicale (radiologie, IRM, scanners, échographie...) Dont ostéodensitométrie	OPTAM Hors OPTAM	TM + 100% BR TM + 80% BR TM
Auxiliaires médicaux		TM + 50% BR
Analyses médicales		TM + 50% BR
DENTAIRE		
Soin conservateur hors inlay onlay		TM
Inlay onlay - forfait par dent		TM + 400% BR
Prothèse dentaire acceptée SS, hors Inlays core		TM + 400% BR
Inlay core accepté SS, avec ou sans clavette		TM + 170% BR
Prothèse provisoire		100 €
Bridge 3 pièces		TM + 1 333 €
Inter de bridge supplémentaire		TM + 538 €
Parodontologie non prise en charge ⁽²⁾		300 €
Orthodontie acceptée		TM + 300% BR
Orthodontie refusée ⁽³⁾		200% BR Théo
Implants dentaires ⁽⁴⁾		500€
OPTIQUE		
Monture ⁽⁵⁾		150 €
Verre ⁽⁵⁾		Voir Grille Optique
Lentilles acceptées ou refusées SS		TM + 130€
Chirurgie laser : forfait par œil		700€
APPAREILLAGE		
Appareillage : actes non listés ci-après		TM
Prothèse auditive prise en charge SS ⁽⁶⁾		TM + 620 €
Piles acoustiques		TM + 60 €
Fauteuil roulant pris en charge SS		TM + 2000 €+ 80% . min(FR - BR -2000 € ; 500% BR)
Prothèse mammaire prise en charge SS		TM + 300€
Prothèse capillaire prise en charge SS		TM + 300€
Semelle orthopédique		TM + 700% BR



 12

Aux prestations de la présente grille s'ajoutent celles versées par la Sécurité Sociale		Régime de base obligatoire
HOSPITALISATION		
Forfait hospitalier	Médecine	18€ / jour
	Chirurgie	13,5€ / jour
	Psychiatrie	
Frais de séjour		TM + 20% BR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	OPTAM	TM + 500% BR
	Hors OPTAM	TM + 100% BR
Frais de chambre particulière (Max 60 jours)		55 € / jour
Frais d'accompagnant (- de 16 ans, max 7 jours)		20 € / jour
Frais de transport		TM
AUTRES FRAIS MEDICAUX		
Cures thermales (transports et hébergement)		TM + 80 €
Frais accompagnant enfant curiste (forfait annuel)		40 €
Allocation naissance ⁽⁷⁾		125 €
Allocation enfant handicapé ⁽⁸⁾		390 €
Vaccins prescrits non pris en charge SS ⁽⁹⁾		15 €
Pilule contraceptive prescrite non prise en charge SS ⁽⁹⁾		50 €
Traitement nicotinique prescrit non pris en charge SS ⁽⁹⁾		125 €
Ostéopathie (3 séances par an et par bénéficiaire)		40 € / Séance
Etiopathie, Chiropractie, Nutritioniste, Ostéodensitométrie, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (pour l'ensemble, max 5 séances par an et par bénéficiaire)		25 € / Séance

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur (part de la BR non prise en charge par la Sécurité Sociale)

OPTAM : Option Pratique TARifaire Maîtrisée, option à laquelle adhère, ou n'adhère pas, le médecin consulté.

(1) Forfait annuel fixé par décret

(2) Forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire

(3) Prise en charge pour un début avant 25 ans, sur la base d'une BR équivalente en orthodontie remboursée.

(4) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) Une paire de lunettes par périodes de :

- deux ans (de date d'achat à date d'achat) pour les adultes, sauf changement de correction

- un an (de date d'achat à date d'achat) pour les enfants

(6) Garantie par oreille appareillée

(7) Allocation versée par enfant né ou adopté sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, la dite allocation est versée à chacun d'eux.

(8) Allocation versée à la reconnaissance du handicap sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, la dite allocation est versée à chacun d'eux.

(9) Forfait par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale

Garanties par verre y compris remboursement de la Sécurité Sociale

		Défaut visuel		Régime de base obligatoire	
				Dans le réseau ITELIS : garantie "0 € à charge" sur les produits suivants	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre
U N I F O C A L	Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	Super antireflets haut de gamme	50 €
	Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	60 €
		De 2,25 à 4	≤ 2		
	Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Super aminci, Super anti-reflets haut de gamme	80 €
		De 4,25 à 6	≤ 4		
Classe 4	De 6,25 à 8	≤ 4	Surface asphérique, Ultra aminci, Super antireflets haut de gamme	100 €	
	De 0 à 8	≥ 4,25			
Classe 5	≥ 8,25	Tous	Surface asphérique, Ultra aminci Précalibrage / optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	130 €	
M U L T I L F O C A	Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	Super antireflets haut de gamme	140 €
	Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	160 €
		De 2,25 à 4	≤ 2		
	Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Super aminci, Super anti-reflets haut de gamme	180 €
		De 4,25 à 6	≤ 4		
Classe 4	De 6,25 à 8	≤ 4	Ultra aminci, Super antireflets haut de gamme	200 €	
	De 0 à 8	≥ 4,25			
Classe 5	≥ 8,25	Tous	Ultra aminci, super antireflets haut de gamme Précalibrage / optimisation d'épaisseur	220 €	

Garanties certifiées responsables par ITELIS

Le présent régime ainsi que le contrat souscrit sont mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires régissant les contrats d'assurance maladie complémentaires responsables (article L 871-1 du code de la sécurité sociale, et R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaires bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dits « contrats santé responsables », commenté par la circulaire DSS2015/30 du 30 janvier 2015).

Article 8 – Cotisations

8.1 – Principes et modalités de calcul des cotisations des salariés

8.1.1 – Les principes

Le financement du présent régime est assuré conjointement par le salarié et LCL.

Le financement de LCL est constitué par le versement à l'organisme assureur, pour le compte du salarié participant au régime dans les conditions prévues par le présent accord, d'une participation déterminée à l'article 8.1.4 ci-dessous. Les modalités de versement de cette participation sont déterminées dans le cadre du contrat signé entre LCL et l'organisme assureur.

8.1.2 – Assiette de cotisations et modalités de paiement

L'assiette de cotisation mensuelle est constituée, pour chaque participant au régime, du salaire mensuel brut de base tel que repris sur le bulletin de paye¹, auquel s'ajoutent, le cas échéant, l'allocation complémentaire de Robien² et / ou la contribution financière accordée par LCL aux temps partiels / réduits aidés³ pour les salariés qui en bénéficient.

¹ rubrique de paye ISW (JAP pour les apprentis / IMP pour les salariés en contrat de professionnalisation)

² rubrique de paye CFZ

³ rubrique de paye RCG

14


Cette assiette de cotisation permet de prendre en compte l'incidence, en termes de rémunération, des régimes de travail à temps partiel (salariés à temps partiels contractuels ou forfait jours réduits ainsi que salariés en invalidité travaillant à temps partiel).

Le montant de la cotisation annuelle au présent régime est constitué par un pourcentage de l'assiette définie ci-dessus, calculée sur 12 mois. Les éléments de rémunération propre au 13^{ème} mois sont exclus de l'assiette.

Cette assiette de cotisation est prise en compte dans les limites suivantes :

- Plancher : 0,58 PASS⁴
- Plafond : 1,36 PASS.

Il en résulte que l'assiette de cotisation annuelle est au minimum de 0,58 PASS et au maximum de 1,36 PASS, quels que soient le temps de travail et le régime de travail du salarié.

La cotisation au présent régime est payable mensuellement, sur 12 mois, et fait l'objet d'un précompte direct sur la rémunération du salarié. Le précompte correspondant se fait sous déduction de la participation employeur définie à l'article 8.1.4.

Le montant de l'ensemble des cotisations sociales afférentes à la participation employeur ou toutes autres cotisations sociales pouvant résulter d'une éventuelle évolution de la réglementation fera l'objet d'un précompte direct sur la rémunération du salarié.

8.1.3 – Les modalités de calcul

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié est déterminée par conversion d'un tarif forfaitaire cible en taux de cotisation effectif dans les conditions suivantes :

Le tarif annuel individuel au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime, exprimé sous forme d'un tarif forfaitaire cible en euros (ci-après dénommé Tarif dans le présent Titre), a été arrêté, en valeur 2018, à 713,38 €.

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime exprimée en pourcentage de l'assiette de cotisation prise dans les limites prévues à l'article 8.1.2, est déterminée de manière à ce que le total des cotisations obtenues par application de ces pourcentages, à la population couverte, soit égal au tarif forfaitaire total annuel qui serait versé au titre de la même population.

Le montant de cotisations obtenu à partir des cotisations exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation définie ci-dessus est enregistré dans le compte de résultat du contrat souscrit au titre du présent régime.

A la date de mise en place de la nouvelle couverture santé, le pourcentage applicable au présent régime est pour chaque salarié de 2,256 %.

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, le pourcentage de la cotisation annuelle des salariés exerçant leur activité professionnelle en Alsace-Moselle ou dont la relation de travail est régie par le droit de la sécurité sociale Monégasque est de :

⁴ Plafond annuel de sécurité sociale

- 1,467 % pour un salarié Alsace-Moselle
- 2,144 % pour un salarié Monégasque

8.1.4 – Participation de l'employeur au régime

Dans le cadre du présent régime, LCL prend en charge 50% de la cotisation totale due pour le compte de chaque salarié.

Il est expressément convenu que l'obligation de LCL, en application du présent accord, se limite au seul paiement de sa participation dans la proportion définie ci-dessus (y compris dans le cadre de l'article 8.3).

8.2 – Cotisation des ayants droit

La cotisation due au titre de l'adhésion facultative des ayants droit (ci-après dénommée Cotisation des Ayants droit dans le présent Titre) est à la charge exclusive du salarié.

Cette cotisation est égale, à la date d'effet du présent accord :

Conjoint : 65,27 € mensuel soit 783,24 € annuel
 1 enfant : 21,49 € mensuel soit 257,88 € annuel
 2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
 Ascendant : 98,98 € mensuel soit 1187,76 € annuel

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, la cotisation des ayants droit relevant du régime Alsace-Moselle ou du régime Monégasque est égale, à la date d'effet du présent accord :

Alsace-Moselle :

Conjoint : 42,42 € mensuel soit 509,04 € annuel
 1 enfant : 13,97 € mensuel soit 167,64 € annuel
 2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
 Ascendant : 64,34 € mensuel soit 772,08 € annuel

Monaco :

Conjoint : 62,01 € mensuel soit 744,12 € annuel
 1 enfant : 20,42 € mensuel soit 245,04 € annuel
 2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
 Ascendant : 94,03 € mensuel soit 1128,36 € annuel

La cotisation au présent régime due pour les ayants droit est payable mensuellement et fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire du salarié.

8.3 - Evolution du Tarif et des Cotisations des Ayants droit

8.3.1 – Indexation annuelle

Le Tarif visé à l'article 8.1.3 et les Cotisations des Ayants droit visées à l'article 8.2 sont indexés annuellement sur l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

8.3.2 – Evolution législative ou réglementaire

Dans l'hypothèse où une évolution législative ou réglementaire (notamment évolution de la taxation, désengagement de la Sécurité sociale sur un acte donné, modification d'une base de remboursement...), rendrait nécessaire leur évolution, le Tarif et les Cotisations des Ayants droit seraient automatiquement impactés du coût de ladite mesure, à sa date d'effet.

La Commission de suivi sera réunie au plus vite, et dans un délai maximum de trois mois suivant l'annonce officielle de la mesure par les pouvoirs publics, dans le cadre fixé à l'article 27 du présent accord, afin de permettre à ses membres d'examiner la mesure et d'étudier, le cas échéant, une solution alternative pour préserver les collaborateurs de l'évolution de la cotisation et du tarif induite.

Le Tarif mentionné à l'article 8.1.3 et les Cotisations des Ayants droit mentionnées à l'article 8.2 exprimés en euros sont définis en considération de la législation et réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord. En cas de modification de cette législation et/ou réglementation entre la date de signature et la date d'entrée en vigueur du présent accord, ce Tarif et ces Cotisations des Ayants droit seraient susceptibles d'être révisés en conséquence.

8.3.3 – Evolution des résultats du régime

Dans l'hypothèse où un déséquilibre du régime signalé par l'assureur au plus tard au 30 juin rendrait nécessaire une révision du Tarif et/ou des Cotisations des Ayants droit au 1^{er} janvier suivant, la Commission de suivi serait réunie au plus vite et dans un délai maximum de trois mois suivant la notification de l'assureur.

Ce délai permettra à ses membres d'examiner la situation et de donner leur avis sur les orientations possibles relatives à l'évolution du régime, notamment soit l'acceptation de la révision du tarif et/ou des Cotisations des Ayants droit, soit la négociation de l'évolution des prestations à Tarif et cotisations inchangés.

A défaut d'accord trouvé dans les quatre mois suivant la 1^{ère} réunion de la Commission de suivi, et au plus tard au 31 décembre de l'exercice en cours, l'adaptation du régime se fera d'office par évolution du tarif et/ou des Cotisations des Ayants droit au 1^{er} janvier suivant. Cette prise d'effet n'empêchera pas la poursuite des négociations en vue de trouver une solution alternative.

8.3.4 Détermination de la cotisation annuelle des salariés

Les pourcentages de cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime, correspondant au Tarif revu conformément aux articles 8.3.1, 8.3.2 et 8.3.3 et a minima chaque année, sont déterminés selon la même méthode qu'à la date de prise d'effet du présent régime, conformément aux dispositions de l'article 8.1.3.

Article 9 - Terme des garanties

9.1 – Cessation des garanties pour les salariés

Les garanties du présent régime cessent pour les salariés :

- A la date de cessation de leur contrat de travail.

17
b
orc
Ch
h

En cas de départ en cours de mois, la cotisation est calculée au prorata du nombre de jours de présence dans le mois ; en revanche, le bénéfice des garanties est maintenu jusqu'à la fin du mois. Si le participant est bénéficiaire du maintien des garanties prévues à l'article 10.2, ce maintien commence le lendemain de la rupture du contrat de travail et cesse le dernier jour du mois au cours duquel s'achève ce maintien.

- A la date de liquidation de leur pension vieillesse de la Sécurité sociale.
- Au terme d'un mois civil complet d'absence ni rémunérée ni indemnisée par LCL ou par son régime de prévoyance, à l'exception de la suspension du contrat de travail prévue à l'article 10.1 (congé parental sans solde). Les cas particuliers feront l'objet d'une étude particulière par l'organisme assureur.
- A la date de résiliation du contrat d'assurance.

9.2 – Cessation des garanties pour les ayants droit

La cessation des garanties pour le salarié telle que prévue à l'article 9.1 entraîne automatiquement et immédiatement la cessation des garanties de ses ayants droit.

En outre, l'adhésion à titre facultatif des ayants droit prend fin :

- A la date à laquelle l'ayant droit ne répond plus à la définition posée à l'article 6.3.1,
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur,
- Le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par l'organisme assureur d'une demande de résiliation de l'adhésion des ayants droit envoyée par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve d'avoir respecté la durée minimale d'adhésion visée à l'article 6.3.2. Cette demande de résiliation peut concerner tout ou partie des ayants droit. Toute demande ultérieure de ré-adhésion pourra intervenir moyennant le respect d'un délai d'attente de 3 ans, à compter de la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. Ce délai de 3 ans pourra ne pas être appliqué en cas de force majeure constatée et étudiée par l'organisme assureur.

Article 10 – Maintien des garanties

10.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties du présent régime de remboursement de frais de soins de santé sont maintenues, à l'identique de celles appliquées aux collaborateurs actifs de l'entreprise :

- Aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons médicales ou autres, suspension donnant lieu à indemnisation (maintien total ou partiel du salaire, ou indemnités journalières versées par le régime de prévoyance complémentaire et financées au moins pour partie par l'employeur et versées directement par l'employeur ou par l'intermédiaire d'un tiers) selon les modalités définies aux contrats et dans les mêmes conditions financières que pour les salariés actifs⁵.
- Aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, à compter du 1er janvier 2015, dans le cadre d'un congé parental sans solde.

Les cotisations versées par ces salariés sont calculées en fonction de la dernière assiette de cotisation retenue avant la suspension du contrat de travail.

La participation de l'employeur est maintenue pendant cette période de suspension.

⁵ A titre d'exemple, cette situation vise, à la date d'effet du présent accord, les salariés qui bénéficient d'une suspension de contrat de travail dans le cadre du congé supplémentaire de maternité (art 51 de la convention collective de la banque) ou les salarié(s) qui sont en affection longue durée et pris en charge à ce titre par la prévoyance.

En revanche, les salariés dont la suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée, à l'exception des salariés en congé parental sans solde - par exemple les salariés en congé sabbatique - ne sont pas maintenus dans le régime obligatoire. Ils peuvent demander à titre facultatif le maintien au présent régime pendant cette période de suspension. Dans cette hypothèse, la cotisation annuelle est à leur charge exclusive : ils ne bénéficient pas de la Participation de LCL.

10.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

En application de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale les salariés, dont la rupture du contrat de travail (hors faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, bénéficient à titre gratuit du maintien du présent régime.

Ce maintien débute le lendemain de la rupture du contrat de travail et s'applique pendant une durée égale à la période d'indemnisation 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. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois. Ce maintien de garanties cesse le dernier jour du mois au cours duquel s'achève ce maintien.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaire soient ouverts au moment de la rupture du contrat de travail, c'est-à-dire que le salarié n'ait pas fait valoir une dispense d'adhésion conformément à l'article 6.2.1.

Les garanties sont maintenues au bénéfice de l'ancien salarié à l'identique de celles appliquées aux collaborateurs actifs de l'entreprise. De plus, seules les adhésions en vigueur avant la rupture du contrat de travail peuvent être maintenues. Ainsi, seuls les ayants droits couverts par le régime pendant que le salarié était en activité, peuvent bénéficier du régime de portabilité.

L'ancien salarié justifie de sa situation, auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties.

Ce régime de maintien des garanties est explicité dans la notice d'information remise aux salariés susceptibles d'être concernés par ce maintien à la rupture de leur contrat de travail. A l'issue de cette période de maintien, l'ancien salarié pourra obtenir la continuité de sa couverture complémentaire santé conformément aux dispositions de l'article 10-3.

10.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés

Le régime défini par le présent titre s'adresse exclusivement aux salariés de LCL.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les anciens salariés (qui étaient adhérents au présent régime à la date de rupture de leur contrat de travail) visés ci-après peuvent demander le maintien auprès de l'organisme assureur d'une couverture d'assurance individuelle frais de santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire et gratuit du maintien des garanties tel que visé à l'article 10.2. :

- les anciens salariés retraités bénéficiaires d'une pension de retraite;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité;
- les anciens salariés, privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement. Le maintien des garanties à ce titre prendra effet à l'issue de la période de maintien gratuit des garanties prévue dans le cadre de l'article L911-8 du code de la sécurité sociale et visée à l'article 10.2.

Ces anciens salariés seront alors accueillis dans un régime indépendant de celui des salariés. Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charge par les anciens salariés et sont définies dans les conditions prévues par l'organisme assureur.

10.4 - Maintien des garanties pour les ayants droit adhérents

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les ayants droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties du présent régime pendant 12 mois, sous réserve du respect des conditions définies par l'organisme assureur.

Titre II - Régime Complémentaire collectif et obligatoire de remboursement de frais de soins de santé des salariés de LCL

Article 11 – Objet du Titre II

Le Titre II a pour objet de définir les principes et modalités applicables au régime de remboursement de frais de soins de santé complémentaire au Régime de Base mis en place par le Titre I du présent accord.

Article 12 - Caractéristiques du régime mis en place par le présent Titre

Le régime mis en place par le présent Titre consiste en un régime collectif de remboursement de frais de soins de santé à adhésion obligatoire pour les salariés de LCL auquel peuvent adhérer, à titre facultatif, les ayants droits du salarié dans les conditions définies à l'article 13.3.

Le présent régime est dénommé ci-après « Régime Complémentaire ».

La participation de l'employeur prévue à l'article 15.1.4 n'est due que dans le cadre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime.

Article 13 – Caractère obligatoire de l'adhésion

13.1 – Principe général : adhésion obligatoire au régime

Adhère obligatoirement en tant que participant au présent régime l'ensemble des salariés de LCL adhérant au Régime de Base exposé en Titre I.

Le présent Titre et ses éventuelles modifications ultérieures s'imposent obligatoirement à l'ensemble des participants.

13.2 – Dispense d'adhésion au régime et versement santé

13.2.1- Dispense d'adhésion

Les salariés ayant sollicité une dispense d'adhésion au Régime de Base sont automatiquement dispensés d'adhésion au présent régime.

13.2.2 - Versement santé

Les salariés ayant bénéficié du versement santé au titre du Régime de Base bénéficient également du versement santé au titre du présent régime.

13.3 – Adhésion facultative au régime

Les ayants droit adhérents au Régime de Base, et eux seuls, sont de facto adhérents au présent régime.

Article 14 – Prestations

Les prestations du présent régime sont celles décrites dans le tableau ci-après. Leur versement relève de la responsabilité de l'organisme assureur.

Aux prestations de la présente grille s'ajoutent celles versées par la Sécurité Sociale		Régime de base obligatoire + régime complémentaire obligatoire
PHARMACIE		
Pharmacie à 65 %		TM
Pharmacie à 30 %		TM
Pharmacie à 15 %		TM
FRAIS MEDICAUX		
Consultations et visites généralistes	OPTAM	80% BR
	Hors OPTAM	80% BR
Consultations et visites de spécialistes, neuropsychiatres, actes techniques médicaux	OPTAM	230% BR
	Hors OPTAM	230% BR
Franchise actes lourds ⁽¹⁾		100% du forfait
Imagerie médicale (radiologie, IRM, scanners, échographie...) Dont ostéodensitométrie	OPTAM	130% BR
	Hors OPTAM	130% BR
Auxiliaires médicaux		30% BR
Analyses médicales		90% BR
DENTAIRE		
Soin conservateur hors inlay onlay		30% BR
Inlay onlay - forfait par dent		430% BR
Prothèse dentaire acceptée SS, hors Inlays core		430% BR
Inlay core accepté SS, avec ou sans clavette		200% BR
Prothèse provisoire		100 €
Bridge 3 pièces		TM + 1 333 €
Inter de bridge supplémentaire		TM + 538 €
Parodontologie non prise en charge ⁽²⁾		300 €
Orthodontie acceptée		TM + 300% BR
Orthodontie refusée ⁽³⁾		200% BR Théo
Implants dentaires ⁽⁴⁾		500€
OPTIQUE		
Monture ⁽⁵⁾		150 €
Verre ⁽⁵⁾		Voir Grille Optique
Lentilles acceptées ou refusées SS		TM + 130€
Chirurgie laser : forfait par œil		700€
APPAREILLAGE		
Appareillage : actes non listés ci-après		TM
Prothèse auditive prise en charge SS ⁽⁶⁾		TM + 620 €
Piles acoustiques		TM + 60 €
Fauteuil roulant pris en charge SS		TM + 2000 €+ 80% . min(FR - BR -2000 € ; 500% BR)
Prothèse mammaire prise en charge SS		TM + 300€
Prothèse capillaire prise en charge SS		TM + 300€
Semelle orthopédique		TM + 700% BR

Aux prestations de la présente grille s'ajoutent celles versées par la Sécurité Sociale		Régime de base obligatoire + régime complémentaire obligatoire
HOSPITALISATION		
Forfait hospitalier	Médecine	18€ / jour
	Chirurgie	13,5€ / jour
	Psychiatrie	
Frais de séjour		TM + 20% BR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	OPTAM	TM + 500% BR
	Hors OPTAM	TM + 500% BR
Frais de chambre particulière (Max 60 jours)		55 € / jour
Frais d'accompagnant (- de 16 ans, max 7 jours)		20 € / jour
Frais de transport		35% BR
AUTRES FRAIS MEDICAUX		
Cures thermales (transports et hébergement)		TM + 80 €
Frais accompagnant enfant curiste (forfait annuel)		40 €
Allocation naissance ⁽⁷⁾		125 €
Allocation enfant handicapé ⁽⁸⁾		390 €
Vaccins prescrit non pris en charge SS ⁽⁹⁾		15 €
Pilule contraceptive prescrite non prise en charge SS ⁽⁹⁾		50 €
Traitement nicotinique prescrit non pris en charge SS ⁽⁹⁾		125 €
Ostéopathie (3 séances par an et par bénéficiaire)		40 € / Séance
Etiopathie, Chiropraxie, Nutritionniste, Ostéodensitométrie, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (pour l'ensemble, max 5 séances par an et par bénéficiaire)		25 € / Séance

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur (part de la BR non prise en charge par la Sécurité Sociale)

OPTAM : Option Pratique TARifaire Maîtrisée, option à laquelle adhère, ou n'adhère pas, le médecin consulté.

(1) Forfait annuel fixé par décret

(2) Forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire

(3) Prise en charge pour un début avant 25 ans, sur la base d'une BR équivalente en orthodontie remboursée.

(4) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) Une paire de lunettes par périodes de :

- deux ans (de date d'achat à date d'achat) pour les adultes, sauf changement de correction

- un an (de date d'achat à date d'achat) pour les enfants

(6) Garantie par oreille appareillée

(7) Allocation versée par enfant né ou adopté sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, la dite allocation est versée à chacun d'eux.

(8) Allocation versée à la reconnaissance du handicap sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, la dite allocation est versée à chacun d'eux.

(9) Forfait par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale

Garanties par verre y compris remboursement de la Sécurité Sociale

		Défaut visuel		Régimes de base obligatoire + complémentaire obligatoires	
		Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Dans le réseau ITELIS : garantie "0 € à charge" sur les produits suivants	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre
U N I F O C A L	Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	Super antireflets haut de gamme	50 €
	Classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 ≤ 2	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	60 €
	Classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 ≤ 4	Super aminci, Super anti-reflets haut de gamme	80 €
	Classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	≤ 4 ≥ 4,25	Surface asphérique, Ultra aminci, Super antireflets haut de gamme	100 €
	Classe 5	≥ 8,25	Tous	Surface asphérique, Ultra aminci Précalibrage / optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	130 €
M U L T I L F O C A	Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	Super antireflets haut de gamme	140 €
	Classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 ≤ 2	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	160 €
	Classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 ≤ 4	Super aminci, Super anti-reflets haut de gamme	180 €
	Classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	≤ 4 ≥ 4,25	Ultra aminci, Super antireflets haut de gamme	200 €
	Classe 5	≥ 8,25	Tous	Ultra aminci, super antireflets haut de gamme Précalibrage / optimisation d'épaisseur	220 €

Garanties certifiées responsables par ITELIS

Article 15 – Cotisations

15.1 – Principes et modalités de calcul des cotisations des salariés

15.1.1– Les principes

Le financement du présent régime est assuré conjointement par le salarié et LCL.

Le financement de LCL est constitué par le versement à l'organisme assureur, pour le compte du salarié participant au régime dans les conditions prévues par le présent accord, d'une Participation déterminée à l'article 15.1.4 ci-dessous. Les modalités de versement de cette participation sont déterminées dans le cadre du contrat signé entre LCL et l'organisme assureur.

15.1.2 – Assiette de cotisations et modalités de paiement

L'assiette de cotisation du présent régime est identique à celle retenue pour le Régime de Base (article 8.1.2).

Le montant de la cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire des salariés au présent régime est constitué par un pourcentage de cette assiette et dans les mêmes limites (plancher/plafond) que celle du Régime de Base.

La cotisation au présent régime est payable mensuellement et fait l'objet d'un précompte direct sur la rémunération du salarié. Le précompte correspondant se fait sous déduction de la participation employeur définie à l'article 15.1.4.

Le montant de l'ensemble des cotisations sociales afférentes à la Participation employeur ou toutes autres cotisations sociales pouvant résulter d'une éventuelle évolution de la réglementation fera l'objet d'un précompte direct sur la rémunération du salarié.

Handwritten signatures and initials:
 ✓
 TE
 CW
 RE

15.1.3 – Les modalités de calcul

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié est déterminée par conversion d'un tarif forfaitaire cible en taux de cotisation effectif dans les conditions suivantes :

Le tarif annuel individuel au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime, exprimé sous forme d'un tarif forfaitaire cible en euros (ci-après dénommé Tarif dans le présent Titre), a été arrêté, en valeur 2018, à 39,87 €.

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime exprimée en pourcentage de l'assiette de cotisation prise dans les limites prévues à l'article 8.1.2, est déterminée de manière à ce que le total des cotisations obtenues par application de ces pourcentages, à la population couverte, soit égal au tarif forfaitaire total annuel qui serait versé au titre de la même population.

Le montant de cotisations obtenu à partir des cotisations exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation définie ci-dessus est enregistré dans le compte de résultat du contrat souscrit au titre du présent régime.

A la date de mise en place de la nouvelle couverture santé, le pourcentage applicable au présent régime est pour chaque salarié de 0,127 %.

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, le pourcentage de la cotisation annuelle des salariés exerçant leur activité professionnelle en Alsace-Moselle ou dont la relation de travail est régie par le droit de la sécurité sociale Monégasque est de :

- 0,082 % pour un salarié Alsace-Moselle
- 0,120 % pour un salarié Monégasque

15.1.4 – Participation de l'employeur au régime

Dans le cadre du présent régime, LCL prend en charge 50% de la cotisation totale due pour le compte chaque salarié.

Il est expressément convenu que l'obligation de LCL, en application du présent accord, se limite au seul paiement de sa participation dans la proportion définie ci-dessus (y compris dans le cadre de l'article 15.3).

15.2 – Cotisation des ayants droit

La cotisation due au titre de l'adhésion facultative des ayants droit (ci-après dénommée Cotisation des Ayants droit dans le présent Titre) est à la charge exclusive du salarié.

Cette cotisation est égale, à la date d'effet du présent accord :

Conjoint : 3,65 € mensuel soit 43,80 € annuel
1 enfant : 1,21 € mensuel soit 14,52 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 5,54 € mensuel soit 66,48 € annuel

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, la cotisation des ayants droit relevant du régime Alsace-Moselle ou le régime Monégasque est égale, à la date d'effet du présent accord :

Alsace-Moselle :

Conjoint : 2,37 € mensuel soit 28,44 € annuel

1 enfant : 0,78 € mensuel soit 9,36 € annuel

2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant

Ascendant : 3,60 € mensuel soit 43,20 € annuel

Monaco :

Conjoint : 3,47 € mensuel soit 41,64 € annuel

1 enfant : 1,15 € mensuel soit 13,80 € annuel

2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant

Ascendant : 5,26 € mensuel soit 63,12 € annuel

La cotisation au présent régime due pour les ayants droit est payable mensuellement et fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire du salarié.

15.3 - Evolution du Tarif et des Cotisations des Ayants droit

15.3.1 – Indexation annuelle

Le Tarif visé à l'article 15.1.3 et les Cotisations des Ayants droit visées à l'article 15.2 sont indexés annuellement sur l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

15.3.2 – Evolution législative ou réglementaire

Dans l'hypothèse où une évolution législative ou réglementaire (notamment évolution de la taxation, désengagement de la Sécurité sociale sur un acte donné, modification d'une base de remboursement...), rendrait nécessaire leur évolution, le Tarif et les Cotisations des Ayants droit seraient automatiquement impactés du coût de ladite mesure, à sa date d'effet.

La Commission de suivi sera réunie au plus vite, et dans un délai maximum de trois mois suivant l'annonce officielle de la mesure par les pouvoirs publics, dans le cadre fixé à l'article 27 du présent accord, afin de permettre à ses membres d'examiner la mesure et d'étudier, le cas échéant, une solution alternative pour préserver les collaborateurs de l'évolution de la cotisation et du tarif induite.

Le Tarif mentionné à l'article 15.1.3 et les Cotisations des Ayants droit mentionnées à l'article 15.2 exprimés en euros sont définis en considération de la législation et réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord. En cas de modification de cette législation et/ou réglementation entre la date de signature et la date d'entrée en vigueur du présent accord, ce Tarif et ces Cotisations des Ayants droit seraient susceptibles d'être révisés en conséquence.

15.3.3 – Evolution des résultats du régime

Dans l'hypothèse où un déséquilibre du régime signalé par l'assureur au plus tard au 30 juin rendrait nécessaire une révision du Tarif et/ou des Cotisations des Ayants droit au 1^{er} janvier suivant, la Commission de suivi serait réunie au plus vite et dans un délai maximum de trois mois suivant la notification de l'assureur.

26
Ar
de
R

Ce délai permettra à ses membres d'examiner la situation et de donner leur avis sur les orientations possibles relatives à l'évolution du régime, notamment soit l'acceptation de la révision du Tarif et des Cotisations des Ayants droit, soit la négociation de l'évolution des prestations à tarifs et cotisations inchangés.

A défaut d'accord trouvé dans les quatre mois suivant la 1^{ère} réunion de la Commission de suivi, et au plus tard au 31 décembre de l'exercice en cours, l'adaptation du régime se fera d'office par évolution du Tarif et/ou des Cotisations des Ayants droit au 1^{er} janvier suivant. Cette prise d'effet n'empêchera pas la poursuite des négociations en vue de trouver une solution alternative.

15.3.4 Détermination de la cotisation annuelle des salariés

Les pourcentages de cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime, correspondant au Tarif revu conformément aux articles 15.3.1, 15.3.2 et 15.3.3 et a minima chaque année, sont déterminés selon la même méthode qu'à la date de prise d'effet du présent régime, conformément aux dispositions de l'article 15.1.3.

Article 16 - Terme des garanties

16.1 – Cessation des garanties pour les salariés

Les garanties du présent régime cessent dans les mêmes conditions que celles du Régime de Base défini au Titre I (article 9.1), sous réserve des dispositions prévues à l'article 17.

16-2 – Cessation des garanties pour les ayants droit

La cessation des garanties pour les ayants droit au titre du présent régime est entraînée par la cessation des garanties au titre du Régime de Base défini au Titre I et s'effectue dans les mêmes conditions (article 9.2).

Article 17 – Maintien des garanties

17.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail, les garanties du présent régime sont maintenues dans les mêmes conditions et modalités que pour le Régime de Base et définies à l'article 10.1.

Le maintien à titre facultatif du Régime de Base entraîne de facto le maintien facultatif du présent régime. Réciproquement le maintien facultatif du présent régime est conditionné au maintien à titre facultatif du Régime de Base.

17.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

Le salarié bénéficiant du maintien de garanties au titre du Régime de Base en application de l'article L 911-8 CSS, bénéficie également du maintien des garanties du présent régime dans les conditions et selon les modalités posées par l'article 10.2.

27
Or
Ac
R

17.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés

Le régime défini par le présent Titre s'adresse exclusivement aux salariés de LCL.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les anciens salariés (qui étaient adhérents au présent régime à la date de rupture de leur contrat de travail) visés ci-après peuvent demander le maintien auprès de l'organisme assureur d'une couverture d'assurance individuelle frais de santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire et gratuit du maintien des garanties tel que visé à l'article 10.2. :

- les anciens salariés retraités bénéficiaires d'une pension de retraite;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité;
- les anciens salariés, privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement. Le maintien des garanties à ce titre prendra effet à l'issue de la période de maintien gratuit des garanties prévue dans le cadre de l'article L911-8 du code de la sécurité sociale visée à l'article 10.2.

Ces anciens salariés seront alors accueillis dans un régime indépendant de celui des salariés. Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charge par les anciens salariés et sont définies dans les conditions prévues par l'organisme assureur.

17.4 - Maintien des garanties pour les ayants droit adhérents

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les ayants droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties du présent régime pendant 12 mois sous réserve du respect des conditions définies par l'organisme assureur.

→ Av
28
SC
R

Titre III - Régime Supplémentaire facultatif de remboursement de frais de soins de santé des salariés de LCL

Article 18 – Objet du Titre III

Le Titre III a pour objet de définir les principes et modalités applicables au régime de remboursement de frais de soins de santé venant en supplément du Régime de Base et du Régime Complémentaire respectivement définis par les Titres I et II.

Article 19 - Caractéristiques du régime mis en place par le présent Titre

Le régime mis en place par le présent Titre consiste en un régime collectif de remboursement de frais de soins de santé à adhésion facultative pour les salariés de LCL et leurs ayants droits dans les conditions définies à l'article 20.

Le présent régime est dénommé ci-après « Régime Supplémentaire ».

Article 20 – Participants

20.1 - Adhésion des salariés : modalités et prise d'effet des garanties

Peuvent adhérer à titre facultatif au présent régime l'ensemble des salariés de LCL adhérents au Régime de Base.

Les garanties prennent effet pour les salariés en fonction de la date de leur demande d'adhésion au présent régime :

- Si la demande d'adhésion du salarié est formulée à la même date que son adhésion au Régime de Base, les garanties prennent effet simultanément.
- Si la demande d'adhésion du salarié est formulée postérieurement à sa date d'adhésion au Régime de Base, les garanties prennent effet :
 - Au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande d'adhésion du salarié au présent régime si cette demande parvient à cet organisme au plus tard dans les 3 mois suivant la mise en place de la nouvelle couverture santé ;
 - Au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande d'adhésion du salarié au présent régime si cette demande parvient à cet organisme au plus tard dans les 3 mois suivant l'un des événements suivants :
 - Mariage,
 - Signature d'un pacte civil de solidarité,
 - Cessation du contrat de travail du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin (sous réserve que cet événement se produise après l'adhésion obligatoire du salarié).
 - Cessation du contrat de travail du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin (sous réserve que cet événement se produise après l'adhésion du salarié au Régime de Base),
 - Reprise par le salarié de son activité professionnelle suite à une suspension de son contrat de travail
 - Au 1^{er} jour du mois de l'arrivée au foyer d'un enfant (naissance ou adoption), sous réserve que :

- cet événement se produise après l'adhésion du salarié au Régime de Base,
 - la demande d'adhésion du salarié intervienne dans les 3 mois suivant l'événement (naissance ou adoption),
 - le salarié paie les cotisations correspondantes.
- Au 1^{er} janvier suivant la réception par l'organisme assureur de la demande d'adhésion du salarié dans tous les autres cas.

Toute adhésion facultative du salarié au présent régime s'entend pour une durée minimale de un an à compter de sa prise d'effet. Passé ce délai, une résiliation de l'adhésion du salarié peut être demandée conformément à l'article 22.

Cette règle de la durée minimale d'adhésion n'est pas applicable aux salariés pouvant justifier, avant le terme de ce délai d'un an, d'une dispense d'adhésion au Régime de Base dans les conditions et selon les modalités définies à l'article 6.2.1. Dans ce cas, l'adhésion au Régime de Base cesse et par ricochet l'adhésion au présent régime.

20.2 - Adhésion des ayants droit

L'adhésion d'un salarié au présent régime entraîne de facto l'adhésion de ses ayants droit adhérents au Régime de Base, et eux seuls.

Article 21 – Prestations

Les prestations du Régime Supplémentaire sont celles décrites dans le tableau ci-dessous. Leur versement relève de la responsabilité de l'organisme assureur.

Aux prestations de la présente grille s'ajoutent celles versées par la
Sécurité Sociale et les régimes obligatoires

		Régime supplémentaire facultatif
PHARMACIE		
Pharmacie à 65 %		-
Pharmacie à 30 %		-
Pharmacie à 15 %		-
FRAIS MEDICAUX		
Consultations et visites généralistes	OPTAM	50% BR
	Hors OPTAM	50% BR
Consultations et visites de spécialistes, neuropsychiatres, actes techniques médicaux	OPTAM	50% BR
	Hors OPTAM	50% BR
Franchise actes lourds ⁽¹⁾		-
Imagerie médicale (radiologie, IRM, scanners, échographie...) Dont ostéodensitométrie	OPTAM	50% BR
	Hors OPTAM	50% BR
Auxiliaires médicaux		-
Analyses médicales		-
DENTAIRE		
Soin conservateur hors inlay onlay		-
Inlay onlay - forfait par dent		100% BR
Prothèse dentaire acceptée SS, hors Inlays core		100% BR
Inlay core accepté SS, avec ou sans clavette		-
Prothèse provisoire		-
Bridge 3 pièces		300 €
Inter de bridge supplémentaire		100 €
Parodontologie non prise en charge ⁽²⁾		100 €
Orthodontie acceptée		50% BR
Orthodontie refusée ⁽³⁾		100% BR Théo
Implants dentaires ⁽⁴⁾		200€

f
31
970
Ar
A

Aux prestations de la présente grille s'ajoutent celles versées par la Sécurité Sociale et les régimes obligatoires		Régime supplémentaire facultatif
OPTIQUE		
Monture ⁽⁵⁾		-
Verre ⁽⁵⁾		Voir grille Optique
Lentilles acceptées ou refusées SS		50 €
Chirurgie laser : forfait par œil		400 €
APPAREILLAGE		
Appareillage : actes non listés ci-après		-
Prothèse auditive prise en charge SS ⁽⁶⁾		280 €
Piles acoustiques		-
Fauteuil roulant pris en charge SS		-
Prothèse mammaire prise en charge SS		-
Prothèse capillaire prise en charge SS		-
Semelle orthopédique		100% BR
HOSPITALISATION		
Forfait hospitalier	Médecine	-
	Chirurgie	-
	Psychiatrie	-
Frais de séjour		-
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	OPTAM	-
	Hors OPTAM	-
Frais de chambre particulière (Max 60 jours)		25 € / jour
Frais d'accompagnant (- de 16 ans, max 7 jours)		15 € / jour
Frais de transport		-
AUTRES FRAIS MEDICAUX		
Cures thermales (transports et hébergement)		-
Frais accompagnant enfant curiste (forfait annuel)		-
Allocation naissance ⁽⁷⁾		-
Allocation enfant handicapé ⁽⁸⁾		-
Vaccins prescrit non pris en charge SS ⁽⁹⁾		-
Pilule contraceptive prescrite non prise en charge SS ⁽⁹⁾		-
Traitement nicotinique prescrit non pris en charge SS ⁽⁹⁾		-
Ostéopathie (3 séances par an et par bénéficiaire)		10 € / Séance
Etiopathie, Chiropractie, Nutritioniste, Ostéodensitométrie, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (pour l'ensemble, max 5 séances par an et par bénéficiaire)		10 € / Séance

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur (part de la BR non prise en charge par la Sécurité Sociale)

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, option à laquelle adhère, ou n'adhère pas, le médecin consulté.

(1) Forfait annuel fixé par décret

(2) Forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire

(3) Prise en charge pour un début avant 25 ans, sur la base d'une BR équivalente en orthodontie remboursée.

(4) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) Une paire de lunettes par périodes de :

- deux ans (de date d'achat à date d'achat) pour les adultes, sauf changement de correction

- un an (de date d'achat à date d'achat) pour les enfants

(6) Garantie par oreille appareillée

(7) Allocation versée par enfant né ou adopté sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, la dite allocation est versée à chacun d'eux.

(8) Allocation versée à la reconnaissance du handicap sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, la dite allocation est versée à chacun d'eux.

(9) Forfait par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale

Garanties par verre y compris remboursement de la Sécurité Sociale

		Défaut visuel		Régime supplémentaire facultatif (sous déduction du régime obligatoire)	
		Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Dans le réseau ITELIS : garantie "0 € à charge" sur les produits suivants	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre
U N I F O C A L	Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	60 €
	Classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 ≤ 2	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	70 €
	Classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 ≤ 4	Surface asphérique, Super aminci, Super antireflets haut de gamme	85 €
	Classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	≤ 4 ≥ 4,25	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci, Super antireflets haut de gamme	110 €
	Classe 5	≥ 8,25	Tous	Surface à géométrie évoluée, Ultra aminci Précalibrage / ptimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	140 €
M U L T I F O C A	Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	160 €
	Classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 ≤ 2	Aminci, Super anti-reflets haut de gamme	180 €
	Classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 ≤ 4	Super aminci, Super anti-reflets haut de gamme	200 €
	Classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	≤ 4 ≥ 4,25	Ultra aminci, Super antireflets haut de gamme	220 €
	Classe 5	≥ 8,25	Tous	Ultra aminci, super antireflets haut de gamme Précalibrage / optimisation d'épaisseur	240 €

Garanties certifiées responsables par ITELIS

Article 22 – Cotisations

22.1 Montant de la cotisation

La cotisation due au titre du présent régime est à la charge exclusive du salarié.

Cette cotisation est égale, pour le régime général, Alsace-Moselle, et Monaco à la date d'effet du présent accord :

Salarié : 14,62 € mensuel soit 175,44 € annuel

Conjoint : 14,62 € mensuel soit 175,44 € annuel

1 enfant : 7,22 € mensuel soit 86,64 € annuel

2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant

Ascendant : 14,62 € mensuel soit 175,44 € annuel

La cotisation au présent régime due pour le salarié et ses ayants droit est payable mensuellement et fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire du salarié.

22.2 - Evolution des Cotisations

22.2.1 – Indexation annuelle

Les cotisations visées à l'article 22.1 sont indexées annuellement sur l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

22.2.2 – Evolution législative ou réglementaire

Dans l'hypothèse où une évolution législative ou réglementaire (notamment évolution de la taxation, désengagement de la Sécurité sociale sur un acte donné, modification d'une base de remboursement...), rendrait nécessaire leur évolution, les cotisations seraient automatiquement impactées du coût de ladite mesure, à sa date d'effet.

La Commission de suivi sera réunie au plus vite, et dans un délai maximum de trois mois suivant l'annonce officielle de la mesure par les pouvoirs publics, dans le cadre fixé à l'article 27 du présent accord, afin de permettre à ses membres d'examiner la mesure et d'étudier, le cas échéant, une solution alternative pour préserver les collaborateurs de l'évolution de la cotisation induite.

Les cotisations mentionnées à l'article 22.1 sont définies en considération de la législation et réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord. En cas de modification de cette législation et/ou réglementation entre la date de signature et la date d'entrée en vigueur du présent accord, ces cotisations seraient susceptibles d'être révisées en conséquence.

22.2.3 – Evolution des résultats du régime

Dans l'hypothèse où un déséquilibre du régime signalé par l'assureur au plus tard au 30 juin rendrait nécessaire une révision des cotisations au 1^{er} janvier suivant, la Commission de suivi serait réunie au plus vite et dans un délai maximum de trois mois suivant la notification de l'assureur.

Ce délai permettra à ses membres d'examiner la situation et de donner leur avis sur les orientations possibles relatives à l'évolution du régime, notamment soit l'acceptation de la révision des cotisations, soit la négociation de l'évolution des prestations à cotisations inchangées.

A défaut d'accord trouvé dans les quatre mois suivant la 1^{ère} réunion de la Commission de suivi, et au plus tard au 31 décembre de l'exercice en cours, l'adaptation du régime se fera d'office par évolution des cotisations au 1^{er} janvier suivant. Cette prise d'effet n'empêchera pas la poursuite des négociations en vue de trouver une solution alternative.

Article 23- Terme des garanties

23.1 – Cessation des garanties pour les salariés

Les garanties du présent régime cessent pour les salariés :

- A la date de cessation des effets du Régime de Base et dans les mêmes conditions (article 9.1),
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur,



- Le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par l'organisme assureur d'une demande de résiliation de l'adhésion du salarié envoyée par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve d'avoir respecté la durée minimale d'adhésion visée à l'article 20.1. Toute demande ultérieure de ré-adhésion pourra intervenir moyennant le respect d'un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de la résiliation de l'adhésion du salarié. Ce délai de 3 ans pourra ne pas être appliqué en cas de force majeure constatée et étudiée par l'organisme assureur,
- A la date de résiliation du contrat d'assurance.

23.2 – Cessation des garanties pour les ayants droit

La cessation des garanties intervient pour les ayants droit :

- A la date de cessation des garanties pour le salarié assuré
- Ou lorsque l'ayant droit ne répond plus à la définition posée à l'article 6.3.1.

Par ailleurs, Les garanties cessent également pour les ayants droit à la date de résiliation du contrat d'assurance.

Article 24 – Maintien des garanties

24.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail, les salariés peuvent demander le maintien des garanties prévues au présent régime, sous réserve de bénéficier du maintien des garanties du Régime de Base.

24.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

Le salarié bénéficiant du maintien de garanties au titre du Régime de Base en application de l'article L 911-8 CSS, bénéficie également du maintien des garanties du présent régime dans les conditions et selon les modalités posées par l'article 10.2.

24.3 – Maintien des garanties santé à Titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés

Les anciens salariés qui ont demandé le maintien à titre individuel et facultatif des garanties du Régime de Base et Régime Complémentaire peuvent demander le maintien des garanties du présent régime.

24.4 - Maintien des garanties pour les ayants droit adhérents

Les ayants droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties du présent régime pendant 12 mois, sous réserve du respect des conditions définies par l'organisme assureur.

Handwritten signatures and initials are present at the bottom right of the page, including a large 'L' and several other illegible marks.

Article 25 - Caractère indemnitaire des régimes

En application de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les remboursements complémentaires des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après prestations de tout autre organisme.

Article 26 - Information

LCL s'engage à remettre à chaque salarié et tout nouvel embauché une notice d'information, disponible dans l'Intranet, rédigée par l'organisme assureur résumant les principales dispositions des contrats, notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Toute modification des droits et obligations des parties fera l'objet d'une actualisation de cette notice. Toute actualisation de la notice, effectuée par l'organisme assureur sera communiquée par LCL sans délai aux assurés concernés.

Par ailleurs, lors de la mise en place de la présente couverture santé, LCL mettra en œuvre un important plan de communication à destination des salariés reprenant les principes arrêtés par le présent accord.

Article 27 – Commission de suivi

La Commission de suivi du présent accord instituant une nouvelle couverture santé au profit des salariés de LCL est composée :

- de salariés de LCL représentant la direction de LCL
- de trois représentants par organisation syndicale représentative au niveau de l'Entreprise.

La présidence sera assurée par la D.R.H.

Cette commission se réunira au moins deux fois par an, dont au moins une en présence de l'organisme assureur. A l'occasion de ces réunions, elle aura pour mission d'étudier le suivi du régime et son fonctionnement général, et donnera son avis sur les orientations relatives à l'évolution du régime. A cet effet, la commission devra surveiller la situation financière des comptes de résultats des régimes.

Pour la préparation de ces réunions les représentants des organisations syndicales recevront les documents au plus tard 3 jours ouvrés avant la réunion.

Les représentants des organisations syndicales qui participent à la réunion de la Commission disposent d'une journée de préparation à cet effet.

Article 28 – Fonds Social dédié

Les bénéficiaires de la couverture santé définie par le présent accord bénéficient du fonds social dédié mis en place dans le cadre des dispositions de l'accord collectif du 13 décembre 2010.

Ce fonds social dédié permet le versement d'allocations exceptionnelles liées à des dépenses médicales. Ces allocations sont versées dans la limite des disponibilités du fonds social, financé initialement par une dotation spécifique de l'organisme assureur et ensuite chaque année par une

partie des excédents des régimes santé mis en place en 2010 et par les présents régimes dès l'entrée en vigueur du présent accord.

Un point relatif à ce fonds sera effectué en présence de l'organisme assureur dans le cadre de la réunion annuelle devant la Commission de Suivi visée à l'article 27 du présent accord.

Ce fonds social est géré par l'organisme assureur sur la base des orientations fixées annuellement par la Commission de suivi visée à l'article 27.

Par ailleurs, les bénéficiaires de la couverture santé instituée par le présent accord sont susceptibles d'avoir accès au fonds social de l'organisme assureur si ce dernier dispose d'un tel fonds.

Titre V - Dispositions finales

Article 29 – Durée et date d'entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 1er janvier 2018.

Il est susceptible d'opposition dans les conditions prévues aux articles L. 2231-8 et L.2231-9 du code du travail.

Article 30 – Révision

Une procédure de révision au présent accord peut être engagée conformément aux dispositions de l'article L2261-7-1 du code du travail.

La partie qui prend l'initiative de la révision en informe chacun des signataires par mail et / ou par lettre recommandée avec avis de réception. La demande de révision devra préciser la ou les dispositions concernées. Les parties engageront alors une négociation dans un délai maximum de trois mois suivant la réception de la demande de révision.

Les dispositions de l'accord dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion éventuelle de l'avenant de révision dans les conditions prévues par la loi, ou à défaut seront maintenues.

Les dispositions de l'avenant, portant révision, se substitueront de plein droit à celles de l'accord qu'elles modifient et seront opposables à l'employeur et aux salariés liés par l'accord, soit à la date qui en aurait été expressément convenue, soit à défaut à partir du jour qui suivra son dépôt auprès du service compétent.

Les parties signataires conviennent également de se rencontrer afin d'adapter le contenu du présent accord si une disposition prise au niveau national (changement de législation ou de réglementation, signature d'un accord national interprofessionnel), ou au niveau de la branche remettrait en cause l'équilibre du ou des régimes définis par le présent accord et / ou celui du (ou des) contrat(s) y afférent.

37
f ac
Ar
Rc

De même si au cours de la durée de vie du (ou des) contrat(s) d'assurance, l'organisme assureur soumet le maintien de celui-ci (ceux-ci) à une modification qui impacterait l'équilibre général de la présente couverture santé, la Commission de suivi sera réunie pour discuter des termes des modifications envisagées. En fonction de l'avis exprimé par la Commission de suivi, les parties signataires conviennent d'ouvrir des négociations afin d'examiner l'opportunité de modifier le présent accord en vue d'assurer son maintien tout en répondant à la demande de l'organisme assureur.

Article 31 – Dénonciation du présent accord

Le présent accord peut être dénoncé dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur.

Article 32 – Conséquence d'une résiliation par l'organisme assureur du contrat remboursement de frais de soins de santé

Les parties reconnaissent qu'en cas de résiliation par l'organisme assureur du (ou des) contrat(s) de remboursement de frais de soins de santé, l'employeur est tenu uniquement au paiement des cotisations et à leur répartition. Les parties ouvriront alors dans les plus brefs délais des négociations relatives à l'éventuelle mise en place d'une couverture santé de substitution.

Article 33 – Dépôt et publicité

Le présent accord sera déposé par LCL en un exemplaire auprès du Secrétariat-Greffe du Conseil de Prud'hommes de Créteil et en deux exemplaires auprès de la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi de Créteil dans les conditions réglementaires en vigueur.


Un exemplaire original sera établi pour chaque partie. Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Fait à Villejuif, le 21 juin 2017

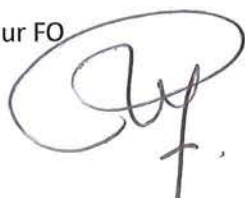
Pour LCL



Pour la CFDT



Pour FO



Pour la CGT

Pour le SNB

