

ACCORD COLLECTIF RELATIF À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DANS LE CADRE DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES SALARIÉS EN PORTAGE SALARIAL

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche du portage salarial se sont réunis en vue de mettre en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé et de prévoyance au niveau national, en faveur des salariés portés.

Au long de leurs travaux, ils se sont accordés pour mettre en place :

- un régime mutualisé afin de rechercher le meilleur rapport garanties/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime ;
- un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale, tout en respectant les conditions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- un régime instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité tel que prévu par l'article L.912-1 I et IV du Code de la sécurité sociale et ses décrets d'application ;
- un régime piloté paritairement afin d'en assurer la pérennité et la gestion au plus près des intérêts des salariés et des employeurs ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

En outre, les partenaires sociaux ont été particulièrement attentifs à la qualité et à la simplicité de la gestion administrative du régime.

A l'issue de ces travaux, les partenaires sociaux du portage salarial ont décidé de mettre en place un régime frais de santé et prévoyance obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national à compter de la date d'effet mentionnée à l'article 5.1.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord qui complète les dispositions permanentes de la Convention collective nationale des salariés en portage salarial du 22 mars 2017 conformément au Chapitre XII de la Convention collective nationale.

Compte tenu du contenu du présent accord, il n'y a pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 – Hiérarchie des normes et convention d'entreprise

En application du principe de faveur, chaque entreprise de portage salarial reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Les dispositions du présent accord prévalent sur les dispositions adoptées au niveau de l'entreprise qu'elles résultent d'un accord collectif au sens de l'article L2232-11 du Code du Travail ou d'un référendum ou d'une décision unilatérale adoptées antérieurement ou postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord sauf lorsqu'elles assurent des garanties au moins équivalentes.

Le dispositif adopté au niveau de l'entreprise pourra prévoir des améliorations de garanties en augmentant le niveau de celles prévues par le présent accord ou en créant des garanties supplémentaires.

Article 2 – Maintien et suspension des garanties

2.1 - Conditions et modalités du maintien des garanties de branche en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture définie par le présent accord est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture base obligatoire.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise de portage salarial verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives pour la couverture frais de santé de ses ayants droit.

2.2 - Maintien temporaire des garanties aux anciens salariés et leurs ayants droit : article L.911-8 du Code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « portabilité »

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture base obligatoire et du régime de prévoyance bénéficient du maintien à titre gratuit - c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation - de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées par la réglementation (à savoir l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale à la date de signature de l'accord).

Article 3 - Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Le régime de branche prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L.912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

Article 3.1 - Mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale

Le (ou les) organisme(s) recommandé(s) devront appliquer, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leur commission sociale, des compléments de prestations ou aides individuelles dans les conditions ci-après.

Sont définies des actions de prévention et des prestations d'action sociale dans les conditions définies par l'article R912-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les partenaires sociaux prévoient :

- ✓ de mettre en place des prestations d'action sociale à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux ;
- ✓ de mettre en place des actions collectives de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;
- ✓ la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie particulièrement (notamment salariés en intermission).

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée. A cet effet a été créé le fonds de solidarité spécifique à la branche. Ce fonds de solidarité est piloté par la Commission de suivi visée à l'article 4 du présent accord.

La Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) établit le règlement relatif aux modalités de gestion des prestations proposées dans le cadre du fonds de solidarité.

Ce règlement prévoira l'ordre prioritaire des différentes actions visées dans la liste ci-dessus et pourra notamment fixer les orientations des actions de prévention ainsi que les conditions et modalités d'attribution des prestations d'action sociale.

Le fonds de solidarité est financé :

- pour les entreprises ayant choisi le/les organisme(s) assureur(s) recommandé(s) mentionné(s) aux articles 10 et 17.1 du présent accord : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies aux articles 9 et 15 du présent accord ;

- pour les entreprises n'ayant pas choisi les organismes assureurs recommandés mentionnés à ces articles: par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies aux articles 9 et 15 du présent accord qui correspondent aux régimes frais de santé et prévoyance qu'il définit. Cet organisme sera ensuite chargé de les reverser de façon globale et annuellement au fonds de solidarité défini par le présent article.

Le versement des 2 % au fonds de solidarité par les organismes assureurs devra avoir lieu deux mois, au plus tard, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Les entreprises responsables de l'effectivité de ce versement par les organismes assureurs, doivent :

- ✓ informer leur organisme assureur du présent accord lors de la souscription des garanties prévoyance et/ou frais de santé ;
- ✓ obtenir de leur organisme assureur une attestation certifiant le reversement effectif des sommes à l'organisme assureur gestionnaire retenu pour le compte du fonds de solidarité du portage salarial.

Lors de la demande du bénéfice des prestations, cette attestation devra être présentée au tiers de confiance visé ci-après afin de contrôler le respect de leurs obligations par les entreprises soumises au présent accord.

Dans le cas où les entreprises ne transmettent pas une attestation de leur organisme assureur ou si l'organisme assureur ne reverse pas le prélèvement de 2 %, les entreprises restent redevables auprès du fonds de solidarité du portage salarial géré par l'organisme retenu d'une somme égale à 2 % des cotisations réglées à leur organisme assureur.

Rôle et mission du tiers de confiance

Afin de garantir une gestion et un financement mutualisés du degré élevé de solidarité, la CPPNI mandate un tiers de confiance indépendant pour faciliter le processus de collecte, valider les sommes versées conformément aux dispositions ci-dessus et permettre la confidentialité des informations transmises par chaque organisme assureur.

Le tiers de confiance a mandat pour :

- ✓ informer les organismes assureurs sur la base d'une liste validée paritairement,
- ✓ rappeler aux organismes assureurs l'obligation du versement annuel des sommes définies ci-dessus,

- ✓ demander à chaque organisme assureur de compléter le fichier permettant de maintenir à jour la liste des entreprises ayant acquitté leur cotisation. Les informations demandées aux organismes assureurs ne comprendront aucune donnée à caractère personnel sur les salariés des entreprises de la branche. En outre, la liste communiquée au comité de gestion paritaire ne mentionnera pas les organismes assureurs retenus par les différentes entreprises de la branche,
- ✓ organiser le suivi du processus,
- ✓ collecter les attestations non nominatives auprès des entreprises,
- ✓ pour le cas des entreprises qui ne sont pas en mesure de produire une attestation, faciliter le versement direct du prélèvement par les entreprises vers le fonds de solidarité,
- ✓ remettre un bilan annuel au comité de gestion paritaire.

3.2 - Création d'un « fonds de solidarité Portage Salarial »

Conformément aux dispositions du 3° de l'article R.912-3 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux décident qu'à compter de la date d'application du présent accord un fonds nommé « fonds de solidarité Portage salarial », commun à l'ensemble des entreprises de la branche (y compris celles n'ayant pas rejoint (les) l'organisme(s) assureur(s) recommandé(s) par le présent accord sera créé afin de financer les prestations et actions et percevoir les ressources mutualisées définies par le présent accord.

3.3 - Choix du gestionnaire du « fonds de solidarité de branche »

Un organisme gestionnaire du « fonds de solidarité Portage Salarial » est choisi par les partenaires sociaux dans les conditions définies par le règlement intérieur de la commission de suivi.

Le choix de l'organisme gestionnaire du « fonds de solidarité Portage Salarial » sera réexaminé lors du nouvel examen de (des) l'organisme (s) assureur(s) prévu aux articles 10.2 et 17.2.

Article 4 - Commission de suivi

Il est institué une commission de suivi du régime de branche composée d'un représentant de chaque organisation représentative ou signataire de la convention collective.

La commission de suivi exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la CPPNI qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission de suivi définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.

Article 5 - Date d'effet – durée – révision - dénonciation

5.1 - Le présent accord sera déposé aux services du Ministère en vue de son extension avec les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont la liste est fixée par arrêté ministériel (article D. 912-13 du Code de la Sécurité Sociale). Un exemplaire sera déposé au Conseil de prud'hommes de PARIS.

Le présent accord entre en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Le secrétariat de la Commission Paritaire est mandaté pour demander l'extension du présent accord.

5.2 - Le présent accord qui a le même champ d'application que la Convention collective est conclu pour une durée indéterminée.

5.3 - Le présent accord peut être révisé sur demande présentée par une ou plusieurs organisation(s) représentative(s) différenciée(s) selon le cas selon le cycle électoral indiquant les articles dont la révision est demandée. Elle fait l'objet d'un examen paritaire dans les 3 mois suivants.

5.4 - Le présent accord peut être dénoncé dans les conditions définies par les dispositions législatives et réglementaires.

DISPOSITIONS PROPRES AU REGIME FRAIS DE SANTÉ

Article 6 – Objet

Les partenaires sociaux mettent en place un régime frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire sans considération de l'âge et de l'état de santé des bénéficiaires.

Ce régime collectif de frais de santé de la branche comporte obligatoirement les éléments suivants :

- Une couverture minimale frais de santé à adhésion obligatoire pour le salarié seul, destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la Sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie ou un accident, composée :
 - ✓ d'une couverture dénommée « base obligatoire » ;
 - ✓ et d'une couverture collective à adhésion facultative organisant la possibilité pour les salariés couverts à titre collectif, à leur charge exclusive, de faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garanties qu'eux-mêmes ;
- Le maintien temporaire de la couverture santé dans les conditions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, dispositif dénommée « portabilité santé » ;

Afin d'assurer une mutualisation la plus large possible, les partenaires sociaux ont décidé de recommander un ou plusieurs organisme(s) assureur(s) pour la couverture du régime frais de santé mis en place au bénéfice de l'ensemble des salariés, permettant ainsi à chaque employeur de souscrire un contrat d'assurance parfaitement conforme aux obligations découlant du présent article.

Cette recommandation a été précédée d'une procédure de mise en concurrence telle que prévue par l'article L.912-1 II du Code de la sécurité sociale, initiée par un avis d'appel à la concurrence publié selon l'article D912-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et qui a permis le choix par les partenaires sociaux de(s) l'organisme(s) assureur(s) le(s) mieux disant.

Le dispositif conventionnel est également complété par un protocole de participation aux excédents et des conventions conclues avec (les)l'organisme(s) assureur(s) recommandé(s) relatives à la mise en œuvre des régimes de prévoyance et de frais de santé.

Article 7 - Bénéficiaires du régime frais de santé de branche et dispenses d'affiliation

7.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime de frais de santé bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés portés des entreprises de portage salarial dès la date d'effet du présent accord ou dès leur date d'embauche si celle-ci est postérieure.

Par salarié, il faut entendre ceux en activité ainsi que ceux en suspension du contrat de travail dont le régime frais de santé est maintenu selon les conditions et modalités fixées à l'article 2.1.

La cotisation correspondante est la formule « ISOLE ».

7.2 - Dispenses d'affiliation ISOLE

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de santé, les salariés peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'entreprise de portage salarial les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, des cas de dispense de droit visés aux articles L.911-7 III et D.911-2 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au régime de frais de santé :

- ✓ s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- ✓ s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
 - les salariés bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

- les salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit au titre de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire d'entreprise ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des IEG ;
 - mutuelles de la Fonction publique ;
 - loi Madelin (couverture complémentaire santé responsable des Travailleurs Non Salariés : commerçants, artisans ou professions libérales).

En outre, au titre de l'article R.242-1-6 du code de la Sécurité sociale, peuvent demander une dispense d'affiliation :

- les salariés et les apprentis sous contrat de travail d'une durée déterminée au moins égale à douze mois, sous réserve qu'ils produisent un document attestant qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé,
- les salariés et les apprentis sous contrat de travail d'une durée déterminée de moins de douze mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise confondues) supérieure ou égale à 10 % (toutes cotisations des garanties complémentaires d'entreprise additionnées) de leur rémunération brute.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées ci-dessus et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

7.3 - Couverture collective à adhésion facultative des ayants-droit du salarié

Au-delà du régime frais de santé à adhésion obligatoire de la branche, les entreprises de portage salarial doivent proposer un dispositif optionnel financé par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants-droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Cotisation « DUO » : La cotisation « DUO » couvre soit le conjoint soit un ayant droit

Cotisation « FAMILLE » : La cotisation « FAMILLE » couvre l'ensemble de la famille du salarié (conjoint et ayants droit)

Par conjoint et ayants droit, il convient d'entendre :

Le conjoint du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- ✓ l'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;
- ✓ le partenaire lié par un PACS : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil ;
- ✓ le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit maritalement sous le même toit au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Les ayants droit. Ce vocable étant utilisé pour désigner :

1. les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin, légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin) et remplissant une des conditions suivantes :
 - ✓ jusqu'à leur 20ème anniversaire et fiscalement à la charge du salarié ou du conjoint sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28ème anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. 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 (avec ou sans poursuite d'études) si l'enfant est reconnu handicapé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), avant son 28ème anniversaire et, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adulte handicapé.

2. Les ascendants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner : les ascendants (père et ou mère) du salarié et ceux de son conjoint à leur charge, c'est-à-dire l'ascendant vivant de façon permanente au domicile du salarié.

7.4 - Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail sans rémunération

En cas de suspension du contrat de travail de portage salarial avec absence de maintien de salaire, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier des garanties pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

Article 8 - Prestations garanties du régime frais de santé de branche

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées en annexe doivent bénéficier a minima, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Elles doivent répondre aux conditions fixées par la réglementation sur la notion de contrats responsables.

Cf. en annexe tableaux de prestations garanties base obligatoire

Article 9 - Cotisations et répartition

9.1 – Montant des cotisations mensuelles

Les cotisations mensuelles servant au financement du régime instauré par le présent accord sont fixées comme suit :

Régime général	Cotisation globale
----------------	--------------------

Base conventionnelle Obligatoire (isolé)	41,53 euros
--	-------------

Régime Alsace / Moselle	Cotisation globale
Base conventionnelle Obligatoire (isolé)	27,08 euros

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur. Elles seront revues en cas de changement de ces textes par voie d'avenant au présent accord. Il en est de même en cas d'évolution négative du rapport dépenses / cotisations.

9.2 - Répartition des cotisations

Pour la couverture « base obligatoire » au minimum la moitié de la cotisation « isolé » est prise en charge par l'employeur. Le montant correspondant à la charge du salarié constituera le maximum opposable au salarié si l'employeur décide pour les mêmes prestations de recourir à un organisme assureur autre que celui (ou ceux) recommandé (s) par le présent accord.

En application du principe de faveur, chaque entreprise de portage salarial reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Le salarié a la possibilité s'il le souhaite et à sa charge exclusive de demander que ses ayants droit tels que définis ci-avant à l'article 7.3, bénéficient du même niveau de garanties que lui.

Article 10 - La mutualisation du régime frais de santé de la branche

10.1 - Organisme(s) assureur(s) recommandé(s)

Pour permettre la couverture des garanties prévues dans le présent accord ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties, les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale de recommander ou de co-recommander (les) l'organisme(s) assureur(s) suivant(s) :

KLESIA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la sécurité sociale
située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris

Ce ou ces organismes propose(nt) aux employeurs la souscription de contrats d'assurance conformes aux obligations déterminées dans le présent accord.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur qu'il aura choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

10.2 - Réexamen de la recommandation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence, soit le 20 novembre 2024 au plus tard. A cette fin, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) se réunira spécialement à cet effet au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 11 - Maintien à l'identique des garanties du régime frais de santé de branche : Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Evin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiait le salarié au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties au titre du dispositif dit de portabilité.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de six mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

Par ailleurs, en cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale d'un an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et du paiement de la cotisation correspondante.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties ou du décès du salarié.

DISPOSITIONS PROPRES AU REGIME PREVOYANCE

Article 12 – Objet

Les partenaires sociaux mettent en place un régime obligatoire de prévoyance.

Afin d'assurer une mutualisation la plus large possible, les partenaires sociaux ont décidé de co-recommander plusieurs organismes assureurs pour la couverture du régime de prévoyance mis en place au bénéfice de l'ensemble des salariés, permettant ainsi à chaque employeur de souscrire un contrat d'assurance parfaitement conforme aux obligations découlant du présent accord.

Cette recommandation a été précédée d'une procédure de mise en concurrence telle que prévue par l'article L.912-1 II du Code de la sécurité sociale, initiée par un avis d'appel à la concurrence publié selon l'article D. 912-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et qui a permis le choix par les partenaires sociaux de (des) l'organisme(s) assureur(s) le mieux disant.

Le dispositif conventionnel est également complété par un protocole de participation aux excédents et des conventions conclues avec (les)l'organisme(s) assureur(s) recommandé(s) relatives à la mise en œuvre des régimes de prévoyance et de frais de santé.

Article 13 - Bénéficiaires du régime de prévoyance de branche

Le régime de prévoyance bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés portés des entreprises de portage salarial appartenant aux classifications « TAM » et « CADRES » de la présente Convention collective

Par salarié, il faut entendre ceux en activité ainsi que ceux en suspension du contrat de travail selon les conditions et modalités fixées à l'article 2.1. Les entreprises ayant adopté un régime de prévoyance avant la date d'effet du présent accord adaptent en conséquence leur dispositif.

Article 14 - Prestations garanties du régime de prévoyance de branche

Les garanties sont définies en annexe.

Article 15 - Cotisations et répartition

15.1 - Assiette des cotisations

Le financement du régime de prévoyance complémentaire est assuré par des cotisations assises sur la rémunération annuelle brute et exprimées en pourcentage.

15.2 - Taux de cotisation

La cotisation est répartie à moitié entre le salarié et l'employeur. Pour respecter l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres qui maintient le dispositif issu de l'article 7 de la CCN du 14 mars 1947 dans les entreprises employant des cadres ou des assimilés cadres et compte tenu des taux de cotisation applicables dans le régime, il est possible pour l'entreprise de prévoir la souscription d'un contrat complémentaire pour cotiser à hauteur de 1,50% afin de couvrir la santé et la prévoyance.

15.3 - Répartition des cotisations

En application du principe de faveur, chaque entreprise de portage salarial reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Si une entreprise décide de recourir à un organisme non recommandé pour garantir les mêmes prestations que celles définies par le présent accord, la cotisation salariale ne pourra pas excéder la cotisation salariale résultant du respect du présent accord par l'organisme recommandé

Article 16 - Changement d'organisme assureur

Conformément aux exigences de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service continueront d'être revalorisées selon le même mode que le contrat précédent. Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet de la résiliation. Les prestations décès continuent d'être revalorisées après la résiliation du contrat d'assurance, lorsqu'elles prennent la forme de rente. L'employeur s'engage à faire couvrir cette obligation par le nouvel assureur.

Article 17 - La mutualisation du régime de prévoyance de la branche

17.1 - Organisme(s) assureur(s) recommandé(s)

Pour permettre la couverture et la gestion des garanties prévues dans le présent accord, les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale de recommander ou de co-recommander (les) l'organisme(s) assureur(s) suivant(s) :

KLESIA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la sécurité sociale
située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris

OCIRP Prévoyance,

(Les) L'organisme(s) assureur(s) recommandé(s) propose(nt) aux employeurs la souscription de contrats d'assurance conformes aux obligations déterminées dans le présent accord.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur qu'il aura choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

17.2 - Réexamen de la recommandation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de

l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence, soit le 20 novembre 2024 au plus tard. A cette fin, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) se réunira spécialement à cet effet au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Fait à PARIS,
Le 12 novembre 2020

Le PEPS
représenté par M. Patrick LEVY-WAITZ

La Fédération F3C CFDT
représentée par Mme Marie BUARD

La Fédération CFE-CGC
représentée par M. Michel DELAFORCE

La Fédération CFTC
représentée par M. Jean-Marie ARGENCE

La Fédération CGT
représentée par M. Denis GRAVOUIL

La Fédération FO
représentée par Mme Cathy SIMON

Annexe 1 « FRAIS DESANTE GARANTIES CONVENTIONNELLES ENSEMBLE DU
PERSONNEL »

Annexe 2 « PREVOYANCE GARANTIES CONVENTIONNELLES ENSEMBLE DU
PERSONNEL »

ANNEXE 1 FRAIS DE SANTE GARANTIES CONVENTIONNELLES ENSEMBLE DU PERSONNEL

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE	
Frais de séjour	TM
Honoraires signataire Optam/Optam CO	TM +120% BR
Honoraires non signataire Optam/Optam CO	TM +100% BR
Chambre particulière	Néant
Forfait hospitalier	100% FR
Lit d'accompagnant	Néant
Cas de la maternité	Non prévu, sauf en cas d'intervention chirurgicale (césarienne) qui est alors prise en compte au titre de la garantie hospitalisation
TRANSPORT SANITAIRE	
	TM
FRAIS MEDICAUX DE VILLE	
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam ou non Optam	TM
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	TM + 120% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non signataire Optam/Optam CO	TM + 100% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	TM + 120% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non signataire Optam/Optam CO	TM + 100% BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	TM + 120% BR
Radiologie, ostéodensitométrie non signataire Optam/Optam CO	TM + 100% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	TM
Frais d'analyses et de laboratoire	TM
Cas de la maternité	Non prévu, pas de complément aux prestations en nature de l'assurance maternité tant que celle-ci prend en charge 100% de la BR
FORFAIT ACTES LOURDS	
	100% FR
FRAIS PHARMACEUTIQUES (y compris médicaments remboursés à 15% par la Séc. Soc.) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale	
	100% BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé (1)	
Inlay core	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier maîtrisé (2)	
Inlay, onlay	TM + 25% BR, sans que ce remboursement cumulé avec celui de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier libre (3)	
Inlay, onlay pris en charge par Séc Soc	TM + 25% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Séc Soc	TM + 25% BR
Inlay core pris en charge par Séc Soc	TM + 25% BR
Soins dentaires	TM
Parodontologie remboursée Séc Soc	TM
Orthodontie prise en charge par Séc Soc	TM + 25% BR

OPTIQUE (ADULTE ET ENFANT)	
Équipement optique : 1 monture et 2 verres. Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le remboursement est limité à un équipement optique par an par bénéficiaire.	Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
Équipement de classe A - 100% Santé	
Équipements optique 100% Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de l'assureur ne puisse excéder le Prix Limite de Vente
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	
Équipement de classe B au tarif libre (5)	
Monture + deux verres simples	100 € sans que le remboursement de la monture ne puisse excéder 80 €
Monture + deux verres complexes	200 € sans que le remboursement de la monture ne puisse excéder 80 €
Monture + deux verres très complexes	200 € sans que le remboursement de la monture ne puisse excéder 80 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	150 € sans que le remboursement de la monture ne puisse excéder 80 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	150 € sans que le remboursement de la monture ne puisse excéder 80 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	200 € sans que le remboursement de la monture ne puisse excéder 80 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	TM, sans que le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de l'assureur ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	TM
Autres postes et lentilles	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	TM, sans que le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de l'assureur ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis / verres iséconiques)	TM
Lentilles prises en charge par la Séc. Soc.	168,85 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM
Lentilles non-prises en charge par la Séc. Soc.	Néant
PROTHESES AUDITIVES	
Appareillage jusqu'au 31 décembre 2020	
Prothèses auditives remboursées par la Séc. Soc.	101,31 € /an/bénéficiaire pour une ou deux prothèses, TM au delà
Appareillage à partir du 1er janvier 2021 (6)	
Équipements 100 % Santé (7)	
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente
- Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	
Équipements libres (8)	
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	101,31 € sans pouvoir être inférieur au TM au global pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans
- Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	TM
AUTRES POSTES	
Test HPV si non-remboursé par la Sécurité Sociale	Un tous les trois ans, TM reconstitué
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaires, auditives et optiques	101,31 € /an/bénéficiaire, TM au delà
Médecine douce et sevrage tabagique, non remboursés par la Sécurité Sociale	Ostéopathie, Chiropraxie, Psychomotricité, Etiopathie, Acupuncture, Substituts nicotiques, maxi 33,77 € par séance ou intervention et 4 séances ou interventions en tout par an
Consultation diététicien pour enfant de moins de 12 ans, par an	42,21 €
Forfait maternité ou adoption	168,85 €
Cures thermales	Néant
Assistance	Néant

ACTES DE PREVENTION SELON CONTRAT RESPONSABLE (Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 dudit Code)

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	TM
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	TM
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	TM
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	TM
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	TM
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	TM
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	TM

MISE EN CONFORMITE AVEC LE 100% SANTE

1. Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement
2. Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement
3. Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement
4. Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
5. Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
6. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans
7. Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement
8. Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.
9. La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

**ANNEXE 2 PREVOYANCE
GARANTIES CONVENTIONNELLES ENSEMBLE DU PERSONNEL**

CAPITAUX EN CAS DE DECES, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) OU INVALIDITE SUPERIEURE A 66%			
Quelle que soit la situation de famille de l'assuré			170% du salaire brut*
Capital décès minimum garanti pour les Cadres			340% du PASS
Capital décès minimum garanti pour les Non-cadres			170% du PASS
DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT			
En cas de décès du conjoint**, ou partenaire lié par PACS, ou concubin de l'assuré, postérieurement à celui de l'assuré lui-même, l'assureur verse un montant, à répartir par parts égales entre les enfants à charge, fixé à :			100% des capitaux prévus en cas de décès
RENTE EDUCATION			
Par enfant à charge** jusqu'au 18ème anniversaire			12% du salaire brut (24% du PASS au minimum pour les Cadres) (12% du PASS au minimum pour les Non-cadres)
Par enfant à charge** du 18ème au 26ème anniversaire			15% du salaire brut (30% du PASS au minimum pour les Cadres) (15% du PASS au minimum pour les Non-cadres)
Ophelin des deux parents			Rente doublée
			20% du PASS par mois (pas de prorata)
	RENTE HANDICAP (versement d'une rente viagère à l'enfant handicapé en cas de décès du salarié)		
Les minima sont proratisés en fonction du nombre de jour d'activité effectué, au titre d'un même contrat de travail, dans l'entreprise adhérente au cours des douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre, rapporté à 365 jours.			
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ⁽¹⁾			
Franchise			90 jours continus
Maintien du salaire en cas d'arrêt de travail			80% du salaire brut
	INVALIDITE D'ORIGINE PERSONNELLE ⁽¹⁾		
		Tranche A Tranche du salaire Jusqu'à 1 PASS	Tranche B Tranche du salaire compris entre 1 et 4 PASS
Invalidité de 1ère catégorie		45 %	40 %
Invalidité de 2ème catégorie			80% du salaire brut
Invalidité de 3ème catégorie			80% du salaire brut
	INVALIDITE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE ⁽¹⁾		
Taux d'invalidité (« N »)**			80% X 3 N / 2
Taux d'invalidité (« N »)*			80% du salaire brut

(1) : sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

<p>* Traitement de base Le salaire servant de base au calcul des prestations est égal au salaire brut des douze mois civils précédant l'évènement Tranches T1 & T2, soit T1 = ex - TA & T2 = ex - (TB + TC).</p> <p>Conjoint Est considéré comme conjoint : <ul style="list-style-type: none"> Le conjoint du salarié, marié et non séparé de corps judiciairement à la date du sinistre, Le partenaire du salarié lié par un Pacte Civil de Solidarité Le conjoint du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que : <ul style="list-style-type: none"> Le concubin et le partenaire soient tous les deux libres de tout lien matrimonial, le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an <p>La condition de durée d'un an est supprimée si au moins un enfant est né de cette union ou lorsque le fait générateur du sinistre est d'origine occidentale.</p> </p>	<p>Enfants à charge Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du salarié et ceux de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis, dans la mesure où ils répondent aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Durée part : <ul style="list-style-type: none"> Ils sont âgés de moins de 18 ans Ou sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et remplissent l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> O être sous contrat d'apprentissage O suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance O inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et comblant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi -Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés. • Durée part : <ul style="list-style-type: none"> - Vivent sous le même toit, - Ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus. <p>Sont également considérés comme enfants à charge : Les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès, s'ils naissent vivants et viables. Les enfants légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis par le salarié même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou de son concubin. Les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacte, du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.</p> </p>
<p>*** « N » : Taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale</p>	