

**AVENANT N° 4 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011
INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU
GROUPE PSA**

Préambule

L'accord relatif à la couverture complémentaire maladie des salariés du Groupe PSA a été signé le 25 novembre 2011 avec quatre organisations syndicales, représentatives des salariés et la Direction de PEUGEOT CITROEN AUTOMOBILES S.A. Il concrétisait la conviction partagée par l'ensemble des signataires de la nécessité que tous les salariés du Groupe disposent d'une complémentaire santé ;

- Identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et leur établissement,
- Couvrant leur famille,
- Offrant un niveau de couverture satisfaisant donnant la priorité aux dépenses de santé les plus lourdes,
- Associé à un financement supportable pour l'ensemble des salariés

Cet accord est entré en vigueur le 1er juillet 2012, il a fait l'objet d'un premier avenant le 19 juillet 2013 afin d'augmenter la participation de l'employeur, puis un second avenant le 10 juin 2014 pour revoir les cotisations et les prestations, suite au constat d'une dégradation du ratio sinistres sur primes au cours des 18 premiers mois de fonctionnement du dispositif. Un avenant a été signé le 24 juillet 2017 afin de se mettre en conformité avec la loi de financement de la sécurité sociale ainsi que le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et qualifier notre contrat de « responsable ».

Toutefois les dernières dispositions législatives nous contraignent à faire évoluer notre régime frais de santé pour qu'il continue de bénéficier de cette qualification et des avantages y afférents.

En effet la loi 100% Santé (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale n°2018-1203 du 22 décembre 2018 et décret 2019-21 du 11 janvier 2019) vient redéfinir les contours imposés par le contrat « responsable » en impliquant une modification en profondeur de son cahier des charges et en médicalisant la prise en charge des régimes de base (général et local) comme des régimes complémentaires.

Ces modifications s'imposent à tous les contrats collectifs « responsables » à compter du 1^{er} janvier 2020 et nécessitent un aménagement de certains postes de garanties.

Dans le cas où ces aménagements ne seraient pas effectifs au 1^{er} janvier 2020, le contrat perdrait alors le bénéfice :

- de l'exonération sociale des cotisations employeur
- de l'exonération fiscale des cotisations salariés
- de la TSA à 13.27% au lieu de 20.27%

Le cahier des charges du contrat responsable a été modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, il est donc nécessaire d'adapter notre accord en conséquence.

Pour ce faire, une réunion de l'Observatoire de la Protection Sociale s'est déroulée le 23 avril 2019. Elle a été consacrée aux explications du nouveau dispositif et à la compréhension de ses enjeux pour les salariés et la Société.

Cette réunion a été suivie par une réunion de négociation entre les partenaires sociaux et la Direction le 23 mai 2019, au cours de laquelle les explications du nouveau dispositif et de ses enjeux ont été développés.

A cette occasion les parties ont également souligné, après la première année de mise en œuvre du contrat responsable, la très bonne situation financière de la complémentaire santé (« Vitali ») et de ce fait les impacts relativement limités de la loi 100% Santé sur les résultats techniques prévisionnels. Toutefois compte tenu de l'importance des changements qu'engendrera la loi 100% Santé, les parties ont convenu de mettre place des groupes de travail afin de déployer un plan de communication efficace auprès des salariés dès le second semestre 2019. Cette communication aura pour objectif d'expliquer aux salariés le fonctionnement du nouveau dispositif et les choix s'offrant à eux en terme de remboursement.

Au cours de cette réunion les Organisations Syndicales et la Direction ont, comme en 2017, souhaité répondre aux obligations du contrat responsable afin de continuer à bénéficier d'un régime fiscal et social favorable, et maintenir un niveau de couverture satisfaisant pour les assurés.

Les parties ont de nouveau voulu :

- Réaffirmer le caractère mutualiste et solidaire de Vitali, dispositif identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et leur établissement,
- Assurer la pérennité de Vitali, notamment en réaffirmant son caractère mutualiste et en choisissant une gestion financière responsable et prudente, à l'image des trois dernières années,

- Continuer à affirmer la responsabilité sociale de l'entreprise en choisissant de maintenir obligatoire la couverture des risques lourds « non responsables » (affections graves nécessitant des hospitalisations coûteuses) et donc en assumant la sur taxation imposée par le législateur,
- Ne pas réaliser de hausse des cotisations en 2020, pour les salariés et pour la Société, du fait de l'impact de la loi 100% santé sur l'équilibre technique prévisionnel de la couverture Vitali en 2020.

Face à ces contraintes financières et au souci de maintenir un niveau de couverture satisfaisant pour les salariés, tout en se conformant à la législation et réglementation en vigueur afférente à cette modification du cahier des charges du contrat responsable (articles L 871-1, R 871 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale), les partenaires sociaux et la Société ont négocié et pris la décision de modifier le régime frais de santé au 1^{er} janvier 2020.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du Comité Social et Economique Central.

Article 1 : Objet de l'avenant

Le présent avenant modifie et met à jour, à compter du 1er janvier 2020, certaines des dispositions prévues par l'accord initial du 25 novembre 2011 et ses avenants du 19 juillet 2013, du 10 juin 2014 et du 3 juillet 2017.

Le présent avenant a pour objet la mise en conformité avec la loi 100% santé d'ici le 1er janvier 2020 et les niveaux réglementaires de prise en charge.

Article 2 : Date d'effet

Le présent avenant, portant révision de l'accord collectif du 25 novembre 2011 et ses avenants relatifs aux garanties frais de santé, prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

Il se substitue de plein droit aux stipulations de l'accord collectif et de ses avenants visés.

Article 3 : Périmètre de l'avenant

L'Accord et le présent avenant formant un accord unique, les Sociétés adhérentes à l'Accord devront adhérer au présent avenant dans un délai de 6 mois à compter de sa date d'effet.

Article 4 : Remplacement de l'article 5 – Bénéficiaires des garanties du contrat de l'avenant n° 2 du 10 juin 2014

Sont bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du Contrat, les bénéficiaires de l'Accord, leurs enfants et conjoint pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU-C.

Le terme « conjoint » désigne :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Le conjoint pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU-C bénéficie gratuitement du régime dès lors que le salarié cotise en « famille ». Les modalités pratiques de justification de cette situation sont décrites dans le Contrat (cf. annexe 4).

Le conjoint d'un bénéficiaire de l'Accord qui ne répond pas aux conditions de l'alinéa précédent, peut être bénéficiaire à titre facultatif des garanties du Contrat dans le cadre d'une extension de la couverture. Cette extension facultative est réalisée à l'initiative du bénéficiaire de l'Accord, moyennant une cotisation spécifique à sa charge exclusive et dont le montant est fixé par le Contrat.

A titre exceptionnel, les conjoints perdant la qualité de conjoint « à charge au sens de la Sécurité Sociale » et ne pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU-C pourront adhérer à l'extension et à l'option facultatives sous réserve de cotisations supplémentaires au 1^{er} janvier 2020 et ne se verront appliquer aucune carence sur les garanties, au titre de la continuité de couverture.

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, les ayants droit de l'assuré à charge au sens du contrat sont:

- Ses enfants qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - Etre âgés de moins de 26 ans.
 - Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - Poursuivent des études, suivent une formation en alternance ou se trouvent en contrat d'apprentissage et ne perçoivent pas des revenus supérieurs à 100 % du SMIC,
 - Etre fiscalement à sa charge, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.
- Toute autre personne (hors conjoint, concubin, partenaire pacsé) vivant avec l'assuré plus de douze mois consécutifs, à charge au sens fiscal,
- Ses enfants sans condition d'âge s'ils sont handicapés et que ce handicap justifie le droit au bénéfice de l'une des prestations prévues par les articles L541-1 et L821-1 du Code de la Sécurité sociale, ayant des ressources permanentes brutes inférieures à 100 % du SMIC. Le

handicap doit trouver son origine avant l'âge de 18 ans, ou avant 26 ans alors que l'enfant poursuivait des études ou était en contrat d'apprentissage,

- Les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont l'affiliation avec celui-ci est établie sont assimilés à des enfants à charge.

Peuvent également bénéficier du contrat sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire:

- Son conjoint,
- Ses enfants de moins de 26 ans non à charge au sens du contrat,
- Ses enfants de moins de 30 ans primo demandeurs d'emploi,
- Ses enfants étudiants de plus de 26 ans et de moins de 30 ans.

Article 5 : Modification de l'article 9.1 – Garantie obligatoire – Remboursement du régime de base obligatoire de l'Accord du 25 novembre 2011

Les garanties, qui sont annexées à titre informatif au présent avenant, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour l'employeur, qui n'est tenu, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Les garanties figurant en annexes 1, 2, 3 du présent avenant sont à la charge exclusive de l'Organisme Assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Les garanties ainsi convenues ne pourront être modifiées par l'Organisme Assureur que par avenant au Contrat.

Article 6 : Modification de l'annexe 1 – Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2018

L'annexe 1 « Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- l'annexe 1 correspondant au contrat « socle » obligatoire responsable du présent avenant « Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2020 »,

Article 7 : Modification de l'annexe 2 – Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1^{er} janvier 2018

L'annexe 2 « Résumé des garanties surcomplémentaires non responsables au 1^{er} janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- l'annexe 2 correspondant au contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable du présent avenant « Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1^{er} janvier 2020 ».

Article 8 : Modification de l'annexe 3 – Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1^{er} janvier 2018

L'annexe 3 « Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1^{er} janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- l'annexe 3 correspondant aux options non responsables du contrat « socle » du présent avenant « Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1^{er} janvier 2020».

Article 9 : Dépôt et publicité

En vertu des articles L 2231-6, L 2231-8 et D 2231-2 et suivants du Code du travail, le présent avenant fait l'objet d'un dépôt en deux exemplaires à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Un exemplaire du présent avenant sera par ailleurs déposé au greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de conclusion.

En outre, chaque partie signataire se voit remettre un exemplaire de l'avenant.

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non-signataires de celui-ci.

**PROJET D'AVENANT N° 4 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25
NOVEMBRE 2011 INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU
GROUPE PSA**

Pour la Direction de PSA AUTOMOBILES S.A



Xavier CHEREAU
HRDT

Pour les Organisations Syndicales

CFDT

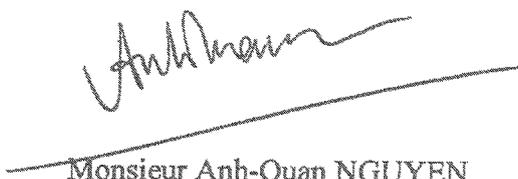


Madame Christine VIRASSAMY

CGT

Monsieur Jean-Pierre MERCIER

CFE-CGC



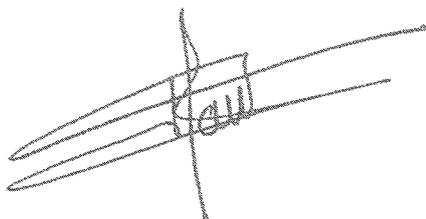
Monsieur Anh-Quan NGUYEN

FO



Monsieur Patrick MICHEL

CFTC



Monsieur Franck DON

Fait à Poissy, le 20 septembre 2019

ANNEXE 4 – JUSTIFICATION DES REVENUS PERMETTANT D'ACCEDER A LA CMU-C

Le contrat VITALI stipule dans son article 3.3 :

3.3. La définition des ayants droit

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, les ayants droit de l'assuré sont :

- son conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale, à défaut :
 - son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs), non dissout et non rompu, à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - son concubin célibataire, divorcé ou veuf à charge au sens de la Sécurité sociale, s'il réside sous le même toit que l'assuré, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, l'assuré et son concubin ne doivent être ni mariés, ni liés par un pacte civil de solidarité,

son conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, si le niveau du revenu fiscal du foyer est inférieur ou égal au plafond des ressources déterminant l'accès à la protection complémentaire CMU-C,

- toute autre personne (hors conjoint, concubin ou partenaire pacsé) vivant avec l'assuré depuis plus de douze mois consécutifs, à charge au sens de la Sécurité sociale,
- ses enfants (ou ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin), pris en compte dans le quotient familial du foyer fiscal de l'assuré,
- ses enfants dont il n'a pas la garde, bénéficiaires d'une pension alimentaire à la charge de l'assuré et admise en déduction de son revenu imposable,
- ses enfants ou ceux de son concubin si le choix du rattachement fiscal s'est porté sur ce dernier

Le justificatif relatif au niveau de revenu fiscal est l'avis d'imposition du foyer.

