

**Accord collectif de groupe
formalisant le régime de remboursement
complémentaire de frais de santé du Groupe SUEZ**

ENTRE LES SOUSSIGNES

La société SUEZ S.A., dont le siège social est situé 16 Place de l'Iris, 92040 Paris-La Défense Cedex, immatriculée au R.C.S. de Nanterre, sous le numéro 433 466 570

Et **les sociétés françaises du Groupe** visées à l'article 2 du présent accord,

Représentées ensemble par Madame Isabelle CALVEZ, Directrice des Ressources Humaines Groupe, agissant en sa qualité de mandataire unique des sociétés concernées conformément à l'article L. 2232-31 du Code du travail,

Dénommées ci-après « Groupe SUEZ ».

d'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives des salariés prises en la personne de leurs représentants dûment habilités à cet effet conformément à l'article L. 2232-31 du Code du travail,

- Le syndicat C.F.D.T, représenté par Monsieur Willy CONTINOLO, dûment mandaté à cet effet ;
- Le syndicat C.F.E – C.G.C, représenté par Monsieur Patrick GENS, dûment mandaté à cet effet ;
- Le syndicat C.F.T.C, représenté par par Monsieur Philippe JACQ, dûment mandaté à cet effet ;
- Le syndicat C.G.T, représenté par par Monsieur Wilhem GUETTE, dûment mandaté à cet effet ;
- Le syndicat F.O, représenté par par Monsieur Noui BOURAHLI, dûment mandaté à cet effet ;

d'autre part,

Dénommées ci-après « les Organisations Syndicales Représentatives ».

SUEZ S.A et les Organisations Syndicales Représentatives sont ci-après collectivement dénommées les « Parties ».

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

u PG.

PREAMBULE

Parce que la santé et l'accès aux soins de ses salariés sont une priorité pour SUEZ, la couverture complémentaire de remboursement des frais de santé est un levier important de sa politique de protection sociale.

Le contexte actuel du groupe en France, du fait de son histoire et de sa construction progressive, se caractérise par une grande hétérogénéité des couvertures en place entre ses différentes entités ainsi, pour certaines d'entre elles, qu'entre les catégories professionnelles.

A partir de ce diagnostic, les Parties ont partagé la volonté de mettre en place un régime unifié, commun aux entités du groupe en France, avec des garanties identiques quelle que soit sa catégorie professionnelle.

Dans ce cadre, la négociation a reposé sur une approche qualitative et protectrice au service de l'accès aux soins et de la mobilité des salariés et tenant compte des évolutions profondes du paysage des couvertures complémentaires en France ces dernières années (évolutions sociétales, généralisation des complémentaires pour les salariés, contrat responsable...).

Ainsi, le nouveau régime repose sur les grands axes suivants :

- Un haut niveau de protection et de qualité pour tous les salariés en France avec la mise en place de garanties favorisant l'accès aux soins et la diminution des restes à charge potentiels : nouvelles garanties alignées sur les meilleurs régimes, prise en charge des dépassements d'honoraires d'hospitalisation, mise en place d'une garantie obsèques financée par l'employeur ;
- Une structure de cotisation moderne et flexible adaptée à la situation familiale de chacun :
 - o adhésion obligatoire du salarié et, le cas échéant, de ses enfant(s) ou de son conjoint à charge,
 - o adhésion facultative des éventuels conjoints non à charge, enfants de 28-35 (sous conditions) et des ascendants à charge (au sens fiscal pour le calcul des parts d'imposition).
- Une participation de l'employeur uniformisée à 66% de la cotisation au régime ;
- Une action sociale intégrée permettant le versement d'aides financières exceptionnelles en cas de difficultés ;
- La mise en place d'un régime collectif facultatif pour tous les salariés partant à la retraite avec des garanties identiques à celles des salariés actifs.

En tout état de cause, les parties ont entendu formaliser un régime « collectif et obligatoire » dont le financement respecte d'une part les exigences des articles L.242-1 et L.871-1 du Code de la sécurité sociale, et de l'article 83, 1° quater du Code général des impôts et d'autre part les minima qui résultent de la loi et des éventuelles conventions collectives de branche applicables aux entités du groupe.

Article 1. OBJET

Le présent accord est un accord collectif de groupe au sens des articles L.2232-30 et suivants du Code du travail.

Il a pour objet principal l'adhésion des salariés visés à l'article 3.1., ainsi que de leurs éventuels ayants droit, au contrat d'assurance de groupe souscrit à cet effet par SUEZ S.A. auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées à titre informatif (cf. Annexe 2). Il régit la mise en œuvre de ce contrat et de son financement.

Article 2. CHAMP D'APPLICATION

Article 2.1. Périmètre d'application

Le présent accord s'applique, dans les conditions définies à l'article 2.2, à l'ensemble des sociétés du Groupe SUEZ dont le siège social est situé en France et qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- sociétés françaises incluses dans le périmètre de consolidation par intégration globale du Groupe SUEZ ;
- sociétés françaises détenues directement ou indirectement à plus de 50 % par SUEZ, sous réserve du critère de l'influence dominante.

Article 2.2. Conditions d'application

2.2.1 Sociétés relevant du périmètre contractuel « Allianz/Gras Savoye »

Les stipulations du présent accord s'appliquent directement, dès son entrée en vigueur, aux sociétés relevant du périmètre tel que défini à l'article 2.1 qui, à cette date, mettent en œuvre un régime de remboursement complémentaire des frais de santé pour leurs salariés, assuré auprès de la société Allianz dans le cadre du contrat d'assurance de groupe (dispositions générales n°10 008 277) sans que cette référence ne constitue une désignation au sens de l'article L.912-2 du Code de la sécurité sociale.

La liste des sociétés concernées est annexée au présent accord (cf. Annexe 1).

2.2.2 Sociétés relevant d'un autre périmètre contractuel

Toute société relevant du périmètre tel que défini à l'article 2.1 ci-dessus qui, à la date d'entrée en vigueur de ce dernier, met en œuvre un régime de remboursement complémentaire des frais de santé pour leurs salariés relevant d'un autre contrat d'assurance que celui visé à l'article 2.2.1, pourra adhérer au présent accord par un acte juridique d'adhésion conforme à l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Chaque adhésion aura pour date d'effet le 1^{er} janvier de l'année suivant celle de sa signature.

Elle emportera l'application de la totalité des stipulations du présent accord ainsi que l'application de plein droit de ses éventuelles révisions.

PG

Chaque adhésion sera notifiée aux organisations signataires du présent accord. Un relevé annuel de ces adhésions sera communiqué au comité technique de suivi et de pilotage du régime conformément à l'article 8 du présent accord.

Article 2.3. Dispositions applicables aux évolutions du périmètre d'application

Les stipulations du présent accord ont vocation à s'appliquer à toute nouvelle société venant à relever du périmètre tel que défini à l'article 2.1 selon les mêmes modalités et conditions prévues à l'article 2.2.2.

En cas de sortie d'une société du périmètre du Groupe postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, ce dernier cessera automatiquement de lui être applicable en application de l'article L. 2261-14 du Code du travail.

Article 3. ADHESION DES SALARIES

Article 3.1. Salariés bénéficiaires

Le présent accord bénéficie obligatoirement et sans condition d'ancienneté à l'ensemble des salariés des sociétés visées à l'article 2.

Article 3.2. Caractère obligatoire

L'adhésion au régime de frais de santé des salariés définis à l'article 3.1. ci-dessus est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans le Groupe.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations, sous les réserves qui suivent.

Article 3.3. Facultés de dispense d'adhésion

Par exception à l'article 3.2. du présent accord, peuvent se dispenser d'adhérer au présent régime les salariés :

- bénéficiaires d'une couverture complémentaire de frais de santé en application de l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale ;
- couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- qui bénéficient, en matière de frais de santé, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire :

- d'un régime d'entreprise collectif et obligatoire mis en place conformément à l'article L.242-1, II., 4° du Code de la sécurité sociale,
- d'un régime facultatif de la fonction publique de l'Etat ou de ses établissements publics, conforme au décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007,
- d'un régime facultatif de la fonction publique des Collectivités territoriales ou de leurs établissements publics, conforme au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011,
- d'un contrat d'assurance de groupe bénéficiant du régime fiscal de déductibilité « Madelin » résultant de la loi n° 94-126 du 11 février 1994,
- du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale,
- du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

Ces demandes de dispense doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures :

- à la date de mise en place des garanties du nouveau régime,
- ou la date à laquelle prennent effet les couvertures précitées, à l'exception du deuxième tiret relatif à l'assurance individuelle.

Peuvent également se dispenser d'adhérer au présent régime au moment de l'embauche, les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, à condition de justifier par écrit, en produisant tout document utile, d'une couverture individuelle ou, collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit.

En toute hypothèse, la demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Article 3.4. Salariés dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse la même cotisation que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime frais de santé. Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation visée à l'article 6 du présent accord (part employeur et part salariale). La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme gestionnaire du régime.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans le cadre d'un congé parental d'éducation total, d'un congé de solidarité familiale ou de présence parentale, débutant à compter du 1^{er} janvier 2020, bénéficient du maintien de la quote-part de cotisation de l'employeur. Ce maintien est conditionné au versement effectif par le salarié de sa quote-part de cotisation.

Article 3.5. Portabilité des garanties

Les salariés bénéficiaires du présent régime auront droit au maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale. Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues à l'article 6 présent accord.

À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Toute évolution de la réglementation à ce sujet s'appliquera de plein droit sans modifications du présent accord.

Article 4. ADHESION DES AYANTS DROIT

Au sens du présent article, la notion de conjoint désigne l'époux ou l'épouse au sens des articles 143 et suivants du Code civil relatifs au mariage ou à défaut le/ la partenaire lié(e) par un Pacte civil de Solidarité « PACS » visé(e) aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, ou à défaut le concubin défini comme la personne vivant maritalement avec le salarié assuré sous réserve que soit jointe à la demande d'affiliation une attestation sur l'honneur signée par ce dernier et son concubin, certifiant qu'ils vivent maritalement sous le même toit ainsi que les attestations respectives qui leur ont été délivrées par la Sécurité Sociale avec leurs cartes Vitale et qui font foi de l'adresse commune.

Article 4.1. Adhésion obligatoire des ayants droit à charge

4.1.1 Enfant(s) à charge

Les enfants à charge des salariés bénéficiaires visés à l'article 3.1. du présent accord ou de leur conjoint sont affiliés à titre obligatoire au présent régime.

On entend par enfant à charge, les enfants ayants droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de l'immatriculation du salarié assuré ou de son conjoint, visés à l'article L. 160-2 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :

- et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28ème anniversaire :
 - o s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants,
 - o s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - o s'ils sont inscrits à Pôle emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - o s'ils sont à la charge fiscale du salarié ou de son conjoint,
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à charge, au sens fiscal, du Salarié ou de son conjoint.

PG

PT

4.1.2 Conjoint à charge

Les conjoints à charge des salariés bénéficiaires visés à l'article 3.1 du présent accord sont affiliés à titre obligatoire au présent régime.

On entend par conjoint à charge, le conjoint se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- a. être sans activité professionnelle (ni en recherche d'emploi). Cette condition est considérée remplie en l'absence de revenu annuel imposable personnel tel que pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu (1) ;
- b. d'une part, accomplir une activité professionnelle qui ne permet pas l'adhésion en son nom propre à un régime collectif et obligatoire d'entreprise en matière de remboursement complémentaire des frais de santé (2) et d'autre part, avoir perçu un revenu annuel imposable personnel pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu (1) inférieur au plafond annuel permettant de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C) avec participation financière, pour une personne seule (à titre indicatif, valeur 2019 : 12 084 euros), tel que déterminé par l'article L.861-1, 2° du Code de la sécurité sociale ;
- c. d'une part, être salarié de droit privé inscrit à Pôle Emploi et ne plus bénéficier d'un maintien de garanties frais de santé au titre de la portabilité telle qu'issu de l'article L.911-8 du Code de sécurité sociale, et d'autre part, avoir perçu un revenu annuel imposable personnel pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu (1) inférieur au plafond annuel permettant de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C) avec participation financière, pour une personne seule (à titre indicatif, valeur 2019 : 12 084 euros), tel que déterminé par l'article L.861-1, 2° du Code de la sécurité sociale ;
- d. être attributaire de l'une des aides sociales suivantes : revenu de solidarité active (RSA), allocation adulte handicapée (AAH), allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), allocation spécifique de solidarité (ASS), allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Les conjoints relevant de l'une de ces quatre situations sont obligatoirement affiliés au même moment que le salarié bénéficiaire (mise en place du régime ou embauche) ou le cas échéant en cours d'adhésion selon l'évolution de leur situation personnelle objective.

Le revenu annuel imposable personnel tel que prévu aux situations a), b) et c) s'apprécie à la date de l'adhésion pour l'année en cours. Si en cours d'année, un ayant droit ne remplit plus les conditions pour être considéré comme conjoint à charge au sens du présent article, le salarié informe immédiatement l'organisme de gestion du régime. Dans ce cas, il est mis un terme à l'adhésion obligatoire du conjoint dès le premier jour du mois suivant et il est proposé une adhésion facultative de ce dernier telle que prévue à l'article 4.2.1.

(1) Compte tenu des exonérations prévues par la législation fiscale en vigueur. Notamment, à titre informatif : la prime d'activité, les aides au logement, les allocations familiales...

(2) Il s'agit des travailleurs qui ne relèvent pas de l'obligation de mise en place d'une couverture collective à adhésion obligatoire de remboursements complémentaires des frais de santé telle que prévue à l'article L.911-7 du Code de sécurité sociale, notamment les : commerçants, artisans, entrepreneurs individuels, salariés des particuliers employeurs...

La qualité d'attributaire de l'une des aides sociales prévues à la situation d) s'apprécie à la date de l'adhésion obligatoire du conjoint. La perte de cette qualité doit être immédiatement signalée à l'organisme de gestion du régime afin de mettre un terme dès le premier (1^{er}) du mois suivant à cette adhésion obligatoire. Dans ce cas, il serait proposé une adhésion facultative de ce dernier telle que prévue à l'article 4.2.1.

L'affiliation à titre obligatoire du conjoint à charge s'accompagne d'une déclaration sur l'honneur. Cette déclaration est renouvelée annuellement.

Des contrôles aléatoires par échantillon seront réalisés chaque année, à compter de 2021, par l'organisme de gestion du régime dans le cadre desquels seront sollicités des éléments justificatifs, notamment de nature fiscale. La non-production de ces documents ou s'ils révèlent une situation ne relevant de la définition du conjoint à charge aura pour conséquence la radiation immédiate du conjoint concerné de son adhésion obligatoire du régime. Dans ce cas, le salarié pourra opter pour l'affiliation facultative de son conjoint dans les conditions prévues à l'article 4.2.1 du présent accord.

Par ailleurs, les parties conviennent d'appliquer le dispositif de sauvegarde suivant. Dans le cas où au 30 octobre d'un exercice plus de 15% du nombre total des conjoints des salariés adhérents au régime (au 31/12/19) devaient être affiliés à titre obligatoire en application des dispositions précédentes, elles se réuniraient en urgence afin de négocier des actions visant à ramener au plus tôt au cours de l'année suivante cette proportion en dessous de 15% ou à en neutraliser l'impact financier sur le montant des contributions patronales associées. Ces négociations tiendront compte de l'état des réserves du régime et d'hypothèses de mobilisation d'éventuels excédents à même d'en neutraliser l'impact financier.

À défaut d'accord intervenu avant le 31 janvier suivant, le niveau actuel de contribution patronale à la cotisation contractuelle des conjoints à charge (66%) serait automatiquement réduit à due proportion de manière à neutraliser l'incidence financière du dépassement constaté, sans que ce niveau ne puisse être inférieur à 50%.

4.1.3 Dispenses d'adhésion des ayants droit à charge

Par exception aux articles 4.1.1 et 4.1.2 du présent accord, les ayants droit à charge peuvent être, à tout moment, dispensés d'adhérer au présent régime sous réserve qu'ils soient déjà couverts par un autre régime complémentaire de couverture collective des frais de santé, ainsi que ceux justifiant du bénéfice d'une couverture complémentaire de frais de santé en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

La demande de dispense est formulée à l'initiative des salariés concernés et accompagnée de tous documents justificatifs utiles et comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Article 4.2. Adhésions facultatives

4.2.1 Adhésion facultative du conjoint

Hormis les situations visées à l'article 4.1.2, l'affiliation des conjoints au présent régime est facultative.

PT

PG

NB

Le salarié pourra opter à titre facultatif entre une affiliation de son conjoint en premier rang (« R1 ») ou en second rang (« R2 ») selon qu'il bénéficie déjà ou non, à titre personnel, d'une couverture complémentaire de remboursement des frais de santé.

L'affiliation en second rang impose que le conjoint bénéficie déjà à titre personnel d'une couverture de remboursement des frais de santé intervenant en premier lieu dans la prise en charge des remboursements complémentaires de frais de santé. Dans ce cas, le service de télétransmission ne pourra pas être mis en place avec le régime SUEZ et ce dernier n'intervient qu'en complément des remboursements déjà effectués par la première couverture.

L'affiliation en second rang ne peut aboutir à un remboursement des frais de santé au-delà des frais exposés par l'assuré.

L'affiliation facultative en premier rang est ouverte aux conjoints qui, sans être à charge au sens de l'article 4.1.2 du présent accord, ne bénéficient pas à titre personnel d'une couverture complémentaire de remboursement de frais de santé.

L'affiliation du conjoint porte sur les mêmes garanties que celles qui s'appliquent obligatoirement au salarié bénéficiaire au titre du présent régime. Elle implique une adhésion aux garanties « sur-complémentaires » prévues par acte juridique et contrat d'assurance distincts (3).

Le salarié fournit au moment de l'affiliation les justificatifs nécessaires à l'établissement de la qualité de conjoint.

Règles d'entrée/sortie :

Le conjoint du salarié peut demander son affiliation en premier ou en second rang à tout moment.

Il peut modifier son choix de rang d'affiliation :

- à chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre,
- à tout moment, en cas de changement d'emploi, de perte ou de retour à l'emploi (4). Le changement de régime prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

Il peut résilier son adhésion :

- après une période d'adhésion minimale d'un an, chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre,
- à tout moment en cas de changement d'emploi ou de retour à l'emploi (4). La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Toute résiliation est irréversible, sauf dérogation exceptionnelle accordée par l'employeur (en cas d'évolution de la situation professionnelle du conjoint la justifiant).

La perte de la qualité de conjoint doit être signalée immédiatement à l'organisme gestionnaire qui procède à la radiation à effet du 1^{er} du mois suivant la réception de l'information.

(3) Cf. accord du 22 juillet 2019 formalisant le régime de remboursement surcomplémentaire de frais de santé du groupe SUEZ

(4) sous réserve d'être dûment justifié

La perte de la qualité de conjoint ou le passage au statut de conjoint à charge met automatiquement un terme à l'adhésion facultative.

4.2.2 Adhésion facultative de l'enfant non à charge

Sans préjudice des dispositions de l'article 4.1.1 du présent accord (enfants à charge), une faculté d'adhésion au régime est rendue possible pour les enfants au plus tard à la fin du trimestre civil du 28^{ème} anniversaire, et jusqu'à la fin du trimestre civil du 35^{ème} anniversaire sous réserve qu'ils relèvent d'une des mêmes situations que celles définies pour le conjoint à charge (article 4.1.2).

L'affiliation fait l'objet d'une déclaration sur l'honneur renouvelée annuellement et accompagnée de tous documents justificatifs utiles.

L'affiliation facultative de l'enfant non à charge porte sur les mêmes garanties que celles qui s'appliquent obligatoirement au salarié bénéficiaire au titre du présent régime. Elle implique une adhésion aux garanties « sur-complémentaires » prévues par acte juridique et contrat d'assurance distincts (5).

Règles d'entrée/sortie :

L'enfant non à charge du salarié, peut être affilié au contrat ou sortir de cette affiliation, à chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre.

Si en cours d'année, il ne remplit plus les conditions pour pouvoir être affilié au régime, le salarié informe immédiatement l'organisme de gestion du régime. La sortie d'affiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

L'enfant non à charge peut être affilié au contrat ou sortir de cette affiliation mais toute sortie d'affiliation est irréversible.

4.2.3 Adhésion facultative des ascendants

L'ascendant du salarié bénéficiaire ou de son conjoint peut être affilié à titre facultatif au présent régime lorsqu'il est pris en compte pour la détermination du nombre de parts dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

L'affiliation fait l'objet d'une déclaration sur l'honneur renouvelée annuellement et accompagnée de tous documents justificatifs utiles.

L'affiliation facultative de l'ascendant porte sur les mêmes garanties que celles qui s'appliquent obligatoirement au salarié bénéficiaire au titre du présent régime. Elle implique une adhésion aux garanties « sur-complémentaires » prévues par acte juridique et contrat d'assurance distincts (5).

Règles d'entrée/sortie :

L'ascendant peut être affilié au contrat ou sortir de cette affiliation, à chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre.

(5) Cf. accord du 22 juillet 2019 formalisant le régime de remboursement surcomplémentaire de frais de santé du groupe SUEZ

PT

PG

W

Si en cours d'année, il ne remplit plus les conditions pour pouvoir être affilié au régime, le salarié informe immédiatement l'organisme de gestion du régime. La sortie d'affiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

L'ascendant peut être affilié au contrat ou sortir de cette affiliation mais toute sortie d'affiliation est irréversible.

Article 5. GARANTIES

Les garanties, qui sont annexées au présent accord à titre informatif, ne sauraient constituer un engagement pour les sociétés entrant dans le périmètre du présent accord, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés, qu'au seul paiement des cotisations, et, le cas échéant, à la couverture des garanties imposées par le régime issu de la(les) convention(s) collective(s) de branche applicable(s) aux sociétés du Groupe.

Par conséquent, les garanties figurant en annexe II du présent accord relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties, qui ne sont pas opposables à l'employeur.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1, L.862-4 II alinéa 3 et L.242-1, II., 4° du Code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article 83, 1° quater du Code général des impôts, et des textes pris en application de ces dispositions.

En cas de suppression du principe de l'exclusion du financement patronal d'un régime de frais de santé de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, ou de modification de l'enveloppe prévue à l'article D.242-1, I. du Code de la sécurité sociale, les parties au présent accord se réuniront dans un délai ne pouvant excéder six mois à compter de l'entrée en vigueur desdites dispositions, afin de négocier un avenant au présent accord. À défaut d'accord, le financement patronal serait automatiquement réduit de manière à neutraliser l'accroissement du coût financier lié à l'augmentation des charges sociales du régime.

Article 6. COTISATIONS

Article 6.1. Répartition

La cotisation globale des salariés et ayants droit qui sont affiliés au présent régime à titre obligatoire, dans les conditions prévues aux articles 3 et 4 du présent accord, sont prises en charge par chaque entreprise entrant dans le périmètre du Groupe défini à l'article 2, et par les salariés, dans les proportions suivantes :

- part employeur : 66%
- part salariale : 34%

La répartition des cotisations du présent régime peut évoluer dans l'hypothèse de la mise en œuvre de la clause de sauvegarde prévue à l'article 4.1.2 du présent accord.

Article 6.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations servant au financement du présent régime de remboursement de frais de santé sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) (6) et fixés comme suit :

Adhésions obligatoires (article 4.1) :

Régime général :

	Cotisation globale	Cotisation patronale	Cotisation salariale
Adulte (salarié bénéficiaire)	2,57%	1,70%	0,87%
Adulte avec enfant(s)	3,10%	2,05%	1,05%
Adulte avec conjoint à charge	3,92%	2,59%	1,33%
Adulte avec conjoint à charge et enfant(s)	4,45%	2,94%	1,51%

Régime local « Alsace – Moselle » :

	Cotisation globale	Cotisation patronale	Cotisation salariale
Adulte (salarié bénéficiaire)	1,80%	1,19%	0,61%
Adulte avec enfant(s)	2,17%	1,43%	0,74%
Adulte avec conjoint à charge	2,75%	1,82%	0,93%
Adulte avec conjoint à charge et enfant(s)	3,12%	2,06%	1,06%

(6) Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2019, à 3 377€. Il est modifié une fois par an, au 1^{er} janvier, par voie réglementaire.

Adhésions facultatives (article 4.2) :

	Régime général Cotisation salariale	Régime local « Alsace – Moselle » Cotisation salariale
Conjoint – premier rang	1,27%	0,89%
Conjoint – second rang	0,90%	0,63%
Enfant non à charge (28-35 ans) – par enfant	1,27%	0,89%
Ascendant à charge – par ascendant	1,27%	0,89%

Article 6.3. Evolution ultérieure de la cotisation

Toute évolution ultérieure des taux de cotisations globales prévues à l'article 6.2. serait répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre les entreprises et les salariés, dans une limite égale à 5% par rapport au taux de la cotisation globale initiale.

Au-delà de cette limite, l'augmentation de cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

À défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les garanties seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement de la couverture ainsi modifiée.

Par ailleurs, il est convenu que l'assureur du régime s'engage à ce que les taux de cotisations visés à l'article 6.2 soient maintenus pour une période minimale de trois ans à compter de son entrée en vigueur, soit jusqu'au 31 décembre 2022, dans la limite d'un résultat technique annuel inférieur ou égal à 107% de ratio sinistres sur primes (hors évolutions législatives et réglementaires). Cette clause de régulation s'entend sans préjudice de la faculté de résiliation annuelle du contrat d'assurance.

Article 7. RETRAITES

Article 7.1. Contrat collectif à adhésion facultative

A compter du 1^{er} janvier 2020 (date d'entrée en vigueur du présent accord), l'ensemble des salariés bénéficiaires pourra, lors du départ à la retraite de l'une des sociétés mettant en œuvre le présent accord, choisir d'adhérer à un contrat collectif spécifique aux retraités du groupe SUEZ.

Les garanties mises en œuvre sont identiques à celle du régime des salariés.

Les cotisations, intégralement à la charge des adhérents, sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) (7) et fixées comme suit :

Cotisation « Isolé » : 2,81% du plafond mensuel de la sécurité sociale

Cotisation « Famille » : 4,93% du plafond mensuel de la sécurité sociale

L'affiliation facultative des salariés partant à la retraite porte sur les mêmes garanties que celles qui s'appliquent obligatoirement au salarié bénéficiaire au titre du présent régime. Elle implique une adhésion aux garanties « sur-complémentaires » prévues par acte juridique et contrat d'assurance distincts (8).

Les salariés qui ne souhaiteront pas adhérer à ce contrat continueront de pouvoir accéder auprès de l'assureur du régime au maintien de leur couverture complémentaire de frais de santé au titre d'une solution de « sortie de groupe » en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Sans préjudice des dispositions de l'article 7.2, le présent article révisé l'ensemble des dispositions antérieurement en vigueur dans les sociétés visées à l'alinéa premier ci-dessus, portant sur le même objet et notamment, l'existence d'éventuels modalités et engagements de prise en charge de la cotisation par l'ancien employeur à compter du 1^{er} janvier 2020 (9).

Article 7.2. Salariés retraités avant le 1^{er} janvier 2020

Les salariés ayant quitté leur entreprise dans le cadre de leur départ à la retraite (liquidation de leur pension de vieillesse de base) avant le 1^{er} janvier 2020 et qui ont adhéré à l'un des contrats collectifs facultatifs ouverts au bénéfice des retraités de certaines sociétés du groupe SUEZ (cf. liste en annexe 3) pourront à tout moment solliciter leur adhésion, dans les conditions en vigueur, au nouveau contrat d'assurance proposé par l'organisme assureur au titre de l'article 7.1 du présent accord. Ceux de ces anciens salariés qui ouvrent droit au titre de l'un de ces contrats d'une prise en charge partielle de la cotisation par leur ancien employeur cesseraient alors d'en bénéficier à compter de leur affiliation au nouveau contrat. Afin de connaître l'existence de cette faculté, les retraités concernés recevront à domicile un courrier d'information au cours du premier semestre 2020 leur présentant le nouveau contrat facultatif et leur indiquant les modalités de souscription. L'absence de souscription au nouveau contrat emporte le maintien de l'affiliation en cours aux conditions actuellement en vigueur.

(7) Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2019, à 3 377€. Il est modifié une fois par an, au 1^{er} janvier, par voie réglementaire.

(8) Cf. accord du 22 juillet 2019 formalisant le régime de remboursement surcomplémentaire de frais de santé du groupe SUEZ

(9) Il est toutefois prévu un dispositif transitoire pour les salariés des sociétés SUEZ Eau France, SUEZ Smart Solutions, SUEZ Groupe et SUEZ SA. Les salariés de ces sociétés qui prendront leur retraite entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2022 bénéficieront, pendant 12 mois glissants suivant leur départ à la retraite, d'un versement partiel du montant de contribution patronale au financement de la couverture santé des retraités en vigueur dans leur société au jour de la signature du présent accord selon les modalités suivantes :

- départ à la retraite en 2020 : 50% du montant de cette contribution patronale
- départ à la retraite en 2021 : 35% du montant de cette contribution patronale
- départ à la retraite en 2022 : 25% du montant de cette contribution patronale

PG
w

En outre, les salariés ayant procédé à la liquidation de leur pension de vieillesse de base entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019, qui bénéficient d'un maintien de leur couverture complémentaire de frais de santé auprès de l'assureur du régime au titre d'une solution de « sortie de groupe » en application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (n° 89-1009), pourront également solliciter leur adhésion au nouveau contrat d'assurance proposé par l'organisme assureur.

Les contrats collectifs visés au premier alinéa cesseront d'accueillir tout nouvel adhérent à compter du 1^{er} janvier 2020 (10).

Article 8. GARANTIE OBSEQUES

Le nouveau régime de couverture complémentaire frais de santé des salariés bénéficiaires du présent accord s'accompagne de la mise en œuvre d'une nouvelle garantie rappelée à titre informatif ci-dessous.

Contenu de la garantie :

- Versement d'une allocation obsèques correspondant à 100% d'un (1) PMSS en cas de décès du salarié, du conjoint (inscrit ou non au présent régime) ou de l'enfant à charge (article 4.1.1),
- Tiers-payant et tarifs négociés avec les pompes funèbres,
- Accompagnement par des équipes dédiées (accompagnement du deuil, entretien téléphonique avec un psychologue...).

Cette garantie est intégralement financée par les entreprises entrant dans le périmètre du présent accord et mise en œuvre par la souscription d'un contrat d'assurance de groupe spécifique par SUEZ S.A., dont les garanties, ainsi que les exclusions et limitations, relèvent de la seule, responsabilité de l'organisme assureur.

L'engagement des sociétés du groupe réside uniquement au paiement de la cotisation contractuelle associée.

L'adhésion des salariés bénéficiaires visés à l'article 3.1 du présent accord à cette garantie est obligatoire et automatique.

Une garantie obsèques facultative adaptée et financée par leurs soins sera proposée aux salariés quittant leur entreprise dans le cadre de leur départ à la retraite.

(10) A l'exception, dans les conditions en vigueur, du groupe fermé de salariés de la société SUEZ RV Ile-de-France constitué par accord initial de 2003 et maintenu par l'accord « Alpha 1 » du 12 juillet 2018. A titre informatif, sont visés par ce groupe fermé les collaborateurs embauchés avant le 30 juin 2003 et dont le contrat a pris ou prendrait fin pour l'un des deux motifs suivants :

- Départ à la retraite
- Licenciement prononcé par l'employeur en raison d'une décision de la sécurité sociale portant reconnaissance du salarié en qualité d'invalidé 2^{ème} catégorie.

h
PG

Article 9. Comité Technique de Suivi et de Pilotage du régime /aide sociale

Une commission dénommée « Comité Technique de Suivi et de Pilotage » est constituée.

Elle est composée :

- de cinq membres titulaires et cinq membres suppléants désignés par chaque organisation syndicale représentative au niveau du groupe parmi les salariés en activité au sein des sociétés relevant du présent accord ou qui viendraient à y adhérer postérieurement à son entrée en vigueur. Les membres suppléants n'assistent aux réunions du Comité que lorsqu'ils remplacent un membre titulaire empêché,
- de représentants de la Direction qui ne pourront être plus nombreux que les représentants des salariés.

La Présidence est assurée par un représentant de la Direction.

Le Comité se réunit de façon ordinaire deux fois par an, et de façon extraordinaire sur convocation de la Présidence ou, une fois par an, sur saisine de la Direction des Ressources Humaines du Groupe par la majorité des membres de la représentation syndicale de la commission. Les réunions sont précédées d'une réunion préparatoire d'une demi-journée.

Toutefois, pour les deux premières années d'application de l'accord, il est convenu que le Comité se réunisse trois fois par an de façon ordinaire.

Il est établi un ordre du jour et un compte-rendu de ces réunions. Le projet de compte-rendu sera adressé aux membres de la Commission dans les deux mois suivant la tenue de la réunion.

Le Comité a pour attributions :

- De recevoir par écrit, huit jours avant la réunion, une information détaillée comprenant les comptes techniques et financiers et une analyse détaillée des dépenses de santé du régime unifié.
- De recevoir en séance la présentation du rapport annuel et du compte de résultat groupe du régime unifié dans le cadre du contrat d'assurance souscrit par SUEZ S.A. conformément à l'article 1 du présent accord, incluant le suivi du compte de participation aux bénéfices mis en œuvre auprès de l'assureur du régime, et exprimer son avis sur la gestion technique, administrative et financière du régime « frais de santé », et notamment sur le choix de l'organisme assureur et/ou gestionnaire et sur toute éventuelle modification ultérieure du régime.
- D'examiner les difficultés pouvant se produire dans l'application de l'accord, qu'elles résultent de causes générales ou de cas particuliers, et étudier les solutions lui paraissant les plus équitables dans le cadre des règles générales ou particulières régissant le fonctionnement du régime ;
- D'examiner et proposer des axes prioritaires en matière de prévention des risques santé conformément à la réglementation sur les contrats « responsables », notamment proposer ou formuler des avis relatifs aux programmes de prévention pouvant être pris en charge en tout ou partie par l'ADPS ;

- D'examiner la modification des garanties proposées en fonction des progrès de la médecine et/ou de la recherche médicale et des actes de nouvelle génération.
- De désigner parmi ses membres représentant les salariés :
 - o un représentant pour participation aux réunions de la commission sociale de l'ADPS,
 - o cinq membres susceptibles de se réunir en formation restreinte (une fois par trimestre) sur saisine de salariés bénéficiaires dont la demande d'aide sociale aurait été refusée par l'ADPS ou dont le montant du reste à charge après intervention de cette dernière resterait significatif.

Ce représentant et ces membres sont désignés à la majorité simple des membres présents représentant les Organisations syndicales représentatives lors de la première réunion du Comité. Ces désignations sont renouvelées annuellement.

- De recevoir une information sur le régime collectif facultatif des retraités ainsi que l'évolution du ratio sinistres à primes de ce régime.
- De recevoir une description des personnes morales ayant adhéré au régime au cours de l'année précédente ou étant sorti du périmètre décrit à l'article 2.1.

En outre, en cas de dérive significative des comptes techniques du régime constatée par le Comité (> 107%), cette dernière pourrait décider de demander la prise en charge d'une mission d'assistance auprès d'un conseil externe de son choix.

Le présent article constitue la clause de suivi mentionnée à l'article L.2222-5-1 du Code du travail.

Article 10. INFORMATION

Article 10.1. Information individuelle

Chaque société du groupe remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

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

En outre, afin d'accompagner le déploiement du nouveau régime, des moyens de communication spécifiques seront mis en œuvre de façon à ce que l'ensemble des salariés concernés reçoivent les éléments de présentation et de compréhension nécessaires.

Article 10.2. Information collective

Conformément aux dispositions applicables, les comités sociaux et économiques/comité sociaux économiques centraux des sociétés du Groupe seront informés et consultés préalablement à toute modification des garanties de frais de santé.

h
PG.

Article 11. Date d'effet – Durée – Révision

Le présent accord collectif de groupe prendra effet le 1^{er} janvier 2020 au sein de toutes les entreprises entrant dans son champ d'application tel que défini à l'article 2.

Conformément à l'article L.2253-5 du Code du travail, il se substitue, à compter de cette date, à l'intégralité des dispositions applicables au sein des différentes sociétés du Groupe telles que visées à l'article 2.2.1, en matière de remboursement complémentaire de « frais de santé », que ces dernières soient issues de décisions unilatérales de l'employeur, d'accords référendaires, d'accords collectifs de groupe, d'entreprise ou d'établissement, ou de toute autre pratique en vigueur dans les sociétés concernées, et portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra à tout moment être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2222-6, et L.2261-7-1 à L.2261-13 du Code du travail.

Il pourra également être mis en cause dans les conditions prévues à l'article L.2261-14 du Code du travail.

Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance.

Article 12. Formalités de dépôt

Conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail, le présent accord est déposé sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail, et un exemplaire original est également déposé au secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale prévue à l'article L.2231-5-1 du Code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie signataire.

Ces formalités de dépôt seront assorties, notamment, de la liste, en trois exemplaires, des entreprises auxquelles le présent accord s'applique, ainsi que de leurs adresses respectives.

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

Enfin, en application des articles R.2262-1, R.2262-2 et R.2262-3 du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et communiqué par tous moyens aux salariés. Il sera notamment mis à disposition sur l'intranet du Groupe SUEZ.

PG
u

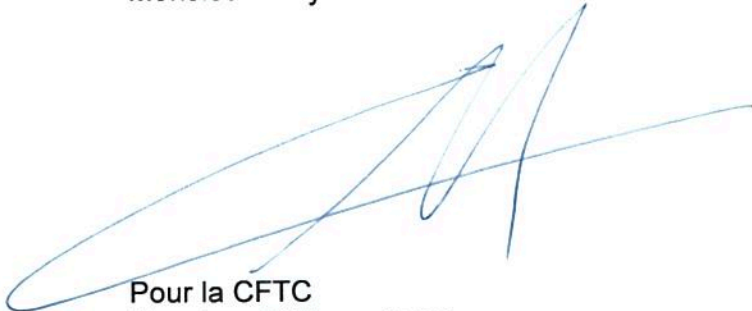
Paris - La Défense, le 22 juillet 2019,

Fait en 8 exemplaires originaux, dont deux pour les formalités de publicité.

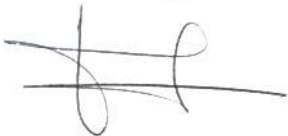
Pour le Groupe SUEZ, la société SUEZ SA,
Madame Isabelle CALVEZ

Pour les Organisations Syndicales Représentatives

Pour la CFDT
Monsieur Willy CONTINOLO



Pour la CFTC
Monsieur Philippe JACQ



Pour la CFE-CGC
Monsieur Patrick GENS



Pour la CGT
Monsieur Wilhem GUETTE



Pour FO
Monsieur Noui BOURAHLI



Annexe 1. Périmètre du Groupe SUEZ

A la date de signature du présent accord, le périmètre du Groupe SUEZ tel que défini à l'article 2.2.1 englobe les sociétés suivantes :

BU EAU France
ASSOCIATION AQUASSISTANCE
ASSOCIATION AQUASSISTANCE
EAU FRANCE
CE LYONNAISE BORDEAUX
CE LYONNAISE MONTGERON
EPUREO
EPURIA
MARINOV
MEROPUR
OPELVS
SOCIETE DES EAUX DE L ESSONNE
SOCIETE DES EAUX DU NORD
STE DE DISTRIBUTION GAZ ET EAUX
STE GENERALE D'ASSAINISSEMENT ET DE DISTRIBUTION
STE NANCEIENNE DES EAUX
STEPHANOISE DES EAUX
SUEZ EAU FRANCE
SUEZ SMART SOLUTIONS
TERRE DE LOUEST
VALEAURHIN
VALORHIN

BU TI / WTS
HYDREA
HYDREA
SUEZ EAU INDUSTRIELLE
SUEZ EAU INDUSTRIELLE
SUEZ SERVICES DE CONDITIONNEMENT EAU
SUEZ INTERNATIONAL
AQUASOURCE
COMITE DETABLISSEMENT DEGREMONT
DEGREMONT FRANCE
DEGREMONT FRANCE ASSAINISSEMENT
OZONIA FRANCE
SUEZ INTERNATIONAL
SUEZ SERVICES FRANCE
WTS
SUEZ WATER TECHNO. AND SOLUT.
SUEZ WTS France

BU IWS
EXPLOITATION DECHARGES ANGEVINES
SCORI
SCORI EST
SUEZ RR IWS
SUEZ RR IWS CHEMICALS FRANCE
SUEZ RR IWS MINERALS FRANCE
SUEZ RR IWS REMEDIATION FRANCE

BU Consulting
HAGENMULLER
HAGENMULLER
SAFEGE
HYDRACOS
SAFEGE

BU HQ
LA MPR SUD OUEST
LA MPR SUD OUEST
SUEZ
SUEZ
SUEZ GROUPE
SUEZ GROUPE

BU RV
DIEZE
SUEZ RV FRANCE
AUDEVAL
BEDEMAT
BOONE COMENOR METALIMPEX (NON CADRES)
CHAZELLE
CSN
EDIB
EDIFI NORD
ETABLISSEMENTS BAYLE
KANAL OSIS 1
KANAL OSIS 2
KANAL OSIS 3
MNCS (CADRES)
NORVAL
RECO FRANCE
RECYCABLES
REVAL SERVICES
SEQUOIA
SFTR
SITA ESPERANCE
SITA LYON
SITA OISE
SITA VERDE
SIT'ALTERNATIF
SOTRIVAL
SPAT
SUEZ RV BIOENERGIES
SUEZ RV BOIS
SUEZ RV BORDE MATIN
SUEZ RV CENTRE EST VALORISATION
SUEZ RV CENTRE EST
SUEZ RV CENTRE OUEST
SUEZ RV CHARENTE LIMOUSIN
SUEZ RV CSP
SUEZ RV DEEE
SUEZ RV FRANCE
SUEZ RV GRAND OUEST LOGISTIQUE
SUEZ RV GRAND OUEST METAUX
SUEZ RV ILE DE FRANCE VITRY
SUEZ RV ILE-DE-France
SUEZ RV ISTRES
SUEZ RV LILLE
SUEZ RV LOIRE METAUX
SUEZ RV LORRAINE
SUEZ RV LOURCHES (NON CADRES)
SUEZ RV MATERIEL ET LOGISTIQUE
SUEZ RV MEDITERRANEE
SUEZ RV METAUX NON-FERREUX
SUEZ RV NIMES
SUEZ RV NORD
SUEZ RV NORD EST
SUEZ RV NORMANDIE
SUEZ RV OSIS
SUEZ RV OSIS FM
SUEZ RV OSIS IDF
SUEZ RV OSIS INDUSTRIAL CLEANING
SUEZ RV OSIS NORD
SUEZ RV OSIS OUEST (CADRES)
SUEZ RV OSIS SUD EST (CADRES)
SUEZ RV OUEST
SUEZ RV PICARDIE
SUEZ RV PLASTIQUES ATLANTIQUE
SUEZ RV PLASTIQUES OUEST
SUEZ RV PYRENEES
SUEZ RV REIMS
SUEZ RV REUNION (CADRES)

BU RV
SUEZ RV SUD OUEST
SUEZ RV SUD OUEST BTP
SUEZ RV TRADING FRANCE
SUEZ RV VALENCIENNES
SUEZ RV YONNE METAUX
VAL HORIZON
VALOR POLE 72
VALPLUS
SUEZ RV REBOND INSERTION

Postérieurement à la signature du présent accord, ce périmètre est susceptible d'évoluer en fonction des entrées et sortie de sociétés.

Annexe 2. Garanties du régime à titre purement informatif

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la sécurité sociale ».

NATURE DES GARANTIES		
HOSPITALISATION (y compris Maternité)		
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et d'anesthésiste réanimateur	- adhérent au DPTAM	100% FR
	- non adhérent au DPTAM	100% BR + TM
Forfait journalier hospitalier		
Forfait hospitalier	(sans limitation de durée)	100% FR
Etablissements conventionnés		
Frais de Séjour (hors chambre particulière)		100% FR
Chambre particulière (y compris maternité)		3% PMSS par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale		100% FR
Etablissements non conventionnés		
Frais de Séjour (hors chambre particulière)		90% FR
Chambre particulière (y compris maternité)		3% PMSS par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale		100% BR
Frais divers		
Frais d'accompagnant par jour pour les enfants de moins de 16 ans	établissements conventionnés ou non conventionnés	3 % PMSS
Frais Télévision	établissements conventionnés ou non conventionnés	2 € par jour dans la limite de 60 € par an
Forfait Naissance		
Forfait Naissance ou adoption		indemnité complémentaire de 20% du PMSS (doublé si naissance multiple)

FRAIS MEDICAUX – Soins courants		
Généraliste Consultations, visites	- adhérent au DPTAM	350% BR
	- non adhérent au DPTAM	100% BR + TM
Spécialiste Consultations, visites	- adhérent au DPTAM	350% BR
	- non adhérent au DPTAM	100% BR + TM
Actes de spécialité	- adhérent au DPTAM	100% FR
	- non adhérent au DPTAM	100% BR + TM
Radiologie	- adhérent au DPTAM	300% BR
	- non adhérent au DPTAM	100% BR + TM
Auxiliaires médicaux		300% BR
Analyses		300% BR
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale		100% BR
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale		100% BR
Dépistage de l'Hépatite B		300% BR
Prothèses Médicales, appareillage (hors optique et auditif)		400% BR
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale		10% du PMSS par cure (traitement, transport, hébergement)
Equipement de classe I	Plafond limite de vente-Remboursement de la Sécurité sociale	
	Entre TM et 1 700 €	
Prothèses auditives acceptées (maxi 2 oreilles /an /bénéficiaire)		200% BR pour les + de 20 ans 400% BR pour les moins de 20 ans dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.

DENTAIRE	
Soins et Prothèses 100% santé	
Equipement 100% Santé	100% FR dans la limite des Honoraires Limite de Facturation
Soins et Prothèses panier libre	
Soins	
Soins	300% BR
Inlay / onlay	400% BR
Prothèses	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : Dent du sourire (incisives, canines, prémolaires)	400% BR
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : Dent de fond de bouche	400% BR
Bridge	400% BR
Prothèses provisoires et appareils amovibles	400% BR
Inlay-core	400% BR
Dans la limite de 5 prothèses par an et par bénéficiaire au-delà de ce nombre, nous prenons en charge un minimum de remboursement égal 100 % du ticket modérateur +25% de la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite maximale du remboursement limité des Honoraires Limite de Facturation (HLF) pour le panier à reste à charge maîtrisé.. Les prothèses provisoires ne sont pas décomptées.	
Traitement d'orthodontie	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	350% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	350% BR (base TO 90 par semestre)
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	350 % BR
Parodontie/dontose remboursée par la Sécurité Sociale	450 € /an/ bénéficiaire (y compris prophylaxie)
Parodontie/dontose non remboursée par la Sécurité sociale (hors nomenclature)	450 € /an/ bénéficiaire
Implant (hors nomenclature)	50% PMSS par an et par bénéficiaire
Prévention	
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en 2 séances	300% BR

MEDECINE DOUCE / PREVENTION	
Médecine douce (Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathe, Homéopathe, Méthode Mézière, Micro kinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue) reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	40 € / séance (maxi 4 séances par an et par bénéficiaire)
ACTES DE PREVENTION	
Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8/6/2006 au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du Ticket Modérateur	Tous les actes
Vaccins prescrits	100% FR
Sevrage tabagique	100€ / an / bénéficiaire
Une consultation prescrite par un médecin chez un diététicien reconnu professionnellement et habilité à effectuer de tels actes, par enfant de moins de 12 ans.	1,25% PMSS
Médicaments prescrits non remboursés	50€/an
Ostéodensitométrie refusée par la Sécurité sociale	46€ / an / bénéficiaire
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans	45 €/an/bénéficiaire sur prescription

GARANTIES OPTIQUE

Équipement 100% santé « classe A »

	Dans le réseau Santclair	Hors réseau Santclair
Prise en charge intégrale 2 verres + 1 monture	Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 80 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santclair	Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)

PG
b

Equipement panier libre « classe B »

	Niveau de défaut visuel	Dans le réseau Santéclair*	Hors réseau Santéclair Garantie par verre (SS non inclus)	
			ADULTES et ENFANTS à partir de 16 ans	ENFANTS de 0 à 15 ans
Verre UNIFOCAL Classe B	NIVEAU 101	Sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnée par Santéclair :	140 €	132 €
	VERRE SIMPLE			
	NIVEAU 102		160 €	132 €
	VERRE SIMPLE			
	NIVEAU 103		250 €	132 €
	VERRE COMPLEXE			
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 104	300 €	132 €	
	VERRE COMPLEXE			
	NIVEAU 111	0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements	250 €	132 €
	VERRE COMPLEXE			
	NIVEAU 112		300 €	132 €
	VERRE COMPLEXE			
	NIVEAU 113		300 €	132 €
	VERRE TRÈS COMPLEXE			
NIVEAU 114	350 €		132 €	
VERRE TRÈS COMPLEXE				
MONTURE (SS inclus)		100 €		
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale		12% PMSS par an par bénéficiaires Au-delà du forfait : ticket modérateur pour les lentilles acceptées		
Chirurgie réfractive de l'œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)		20% PMSS par œil		

h
PG.

La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période de 2 ans applicable aux assurés de 16ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.

La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes mentionnées.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.

CORRESPONDANCE DES NIVEAUX DE DEFAUTS VISUELS 2020

	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verres UNIFOCA UX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 101	SIMPLE
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2		
	Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4		
	Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6	NIVEAU 102	
	Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6		COMPLEXE
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4		
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25	NIVEAU 103	
	Sphère de 0 à +8 et S+C > 6		

pg
u

Verres MULTIFO CAUX Adulte & Enfant	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 104	COMPLEXE
	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 111	
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2	NIVEAU 112	
	Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4		
	Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8	NIVEAU 113	TRÈS COMPLEXE
	Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4		
Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25	NIVEAU 114		
Sphère de 0 à +8 et S+C > 8			
Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			

Annexe 3. Contrats collectifs facultatifs « retraités » en vigueur

BU	Contrats/ Groupes	Contrats de base
SUEZ	Retraités Suez Groupe	490 955 P500
	Retraités Ex ONDEO Services (groupe fermé)	
	Retraités Suez Retraités MPR	490 955 P526 490 955 P522
CONSULTING	Safège	490 955 P501 490 955 P531 (AM)
TRAITEMENT DE L'EAU	Suez International avant 1984 (groupe fermé) Suez International après 1984 (groupe fermé en 2013 garanties figées) Suez International après le 01/01/2014	490 955 P503 490 955 P533
	Suez Eau industrielle et conditionnement de l'eau Suez Eau industrielle et conditionnement de l'eau (groupe fermé en 2013 - garanties figées)	490 955 P504
EAU FRANCE	Suez Eau France et ses filiales Eau et Force (groupe fermé) Eau et Force - groupe Ex Nord Ardenne (groupe fermé) Eau et Force - ex CEB (groupe fermé)	490 956 / P500
R&V	R&V IDF > 26 ans d'ancienneté (groupe ouvert uniquement aux salariés arrivés avant 2003)	180 633 P510
	R&V IDF > 15 < 25 ans d'ancienneté (groupe ouvert uniquement aux salariés arrivés avant 2003)	
	R&V IDF < 15 ans d'ancienneté (groupe ouvert uniquement aux salariés arrivés avant 2003)	
	R&V Sita France > 15 ans ancienneté présent avant 2003 (groupe fermé) R&V Sita / Environnement (groupe fermé)	180 633 P520 (à affilier au contrat 180 633 P510)

PG
✓