

Accord collectif d'adaptation partiel suite au transfert des magasins Casino

ENTRE LES SOUSSIGNÉES :

- ☐ La société COVICAR 71, représentée par Marie-Hélène CHAVIGNY, Directrice Ressources Humaines des Opérations France,
- ☐ La société COVICAR 72 représentée par Marie-Hélène CHAVIGNY, Directrice Ressources Humaines des Opérations France,
- ☐ La société COVICAR 73 représentée par Marie-Hélène CHAVIGNY, Directrice Ressources Humaines des Opérations France,

Ci-dessous ensemble dénommées « **les Sociétés** » »

D'une part,

ET

- ☐ Les **organisations syndicales représentatives sur l'ensemble du périmètre concerné** ci-dessous désignées et représentées par leurs représentants dûment mandatés à cet effet :
 - LA FÉDÉRATION DES SERVICES/CONFEDERATION FRANCAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT), représentée par Monsieur Erwanig LE ROUX, dûment mandaté,
 - LE SYNDICAT NATIONAL DE L'ENCADREMENT CARREFOUR - CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT/CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DES CADRES (SNEC - C.F.E/C.G.C), représenté par Monsieur Walter FINOCCHIO, dûment mandaté,
 - LA FÉDÉRATION DU COMMERCE ET SERVICES/CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (C.G.T), représentée par Madame Zohra DIRHOUSI, dûment mandatée,
 - LA F.G.T.A / FORCE OUVRIÈRE (F.G.T.A/F.O), représentée par Monsieur Laurent BOULANGER, dûment mandaté,
 - La FÉDÉRATION DU COMMERCE ET SERVICES/UNION NATIONALE DES SYNDICATS AUTONOMES (U.N.S.A), représentée par Monsieur Frédéric POIGNANT, dûment mandaté,

Ci-dessous ensemble dénommées « **les Organisations syndicales** »

D'autre part,

Ci-dessous désignées ensemble « **les Parties** »

ALHC

FW

20
LB

FP

PREAMBULE

Il est rappelé que vingt-trois magasins « CASINO » ont été transférés de la société Distribution Casino France (ci-après « DCF ») vers de nouvelles sociétés (ci-après « **le Transfert** »), qui ont été acquises par le groupe Carrefour à compter du 1^{er} mai 2024 :

- les magasins de format hypermarchés ont été transférés au sein de la société COVICAR 71 ;
- les magasins de format supermarchés ont été transférés au sein de la société COVICAR 72 ;
- les magasins de proximité ont été transférés au sein de la société COVICAR 73.

Ces opérations ont entraîné le transfert des contrats de travail des collaborateurs affectés à ces magasins en application des dispositions de l'article L. 1224-1 du Code du travail, avec reprise de l'ancienneté acquise au sein de DCF (qui sera l'ancienneté retenue pour le bénéfice de toutes les dispositions y faisant référence)

Les conventions et accords collectifs « DCF » appliqués au sein de ces magasins ont été automatiquement mis en cause, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-14 du Code du travail, et continueront à s'appliquer pendant le délai légal de survie (sous réserve des dispositions visées ci-après).

Une négociation sera engagée dans les prochains mois en vue de la conclusion de l'accord de substitution prévu par l'article L. 2261-14 du Code du travail.

En amont de cette négociation, la Société a invité les Organisations syndicales représentatives sur le périmètre des sociétés susvisées à négocier un accord dit d'adaptation partiel. Il est en effet apparu que certains points, pour pouvoir être transposés, nécessitaient d'être adaptés très rapidement, du fait notamment de contraintes techniques liées à la paie.

Aux termes de ces négociations, qui se sont déroulées lors des réunions des 13 mai et 22 mai 2024, les Organisations syndicales et les Sociétés sont parvenues à la conclusion du présent accord, ayant pour objet d'adapter les éléments prévus ci-après.

BL
FP

BLRC

2/11

20

LD

FW

1. OBJET

Le présent accord a pour objet d'adapter certains éléments du statut collectif des Sociétés dès l'intégration des magasins au sein du groupe Carrefour, soit à compter du 1^{er} mai 2024.

2. CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord a vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés des Sociétés, y compris ceux embauchés après le 1^{er} mai 2024.

La liste des vingt-trois magasins "CASINO" transférés et leur répartition au sein des sociétés COVICAR 71, COVICAR 72 et COVICAR 73 est rappelée en annexe III.

3. MESURES D'ADAPTATION

Les dispositions développées ci-après se substitueront aux dispositions collectives de toute nature ayant le même objet, qu'elles aient pour origine les accords collectifs « DCF » mis en cause ou les décisions unilatérales et usages en vigueur au sein des magasins.

3.1. DATE DE VERSEMENT DES SALAIRES

3.1.1. Date de paiement du salaire mensuel

Il est convenu d'aligner la date de versement des salaires sur celle en vigueur au sein des sociétés Carrefour, à savoir au plus tard le dernier jour ouvré du mois.

Le présent accord met donc fin à l'usage au sein des magasins tenant au paiement des salaires au dixième jour du mois suivant.

Cette nouvelle modalité s'appliquera à compter de la paie du mois de mai 2024 (dernier jour ouvré de mai 2024).

3.1.2. Date de paiement de la gratification annuelle

Il est également convenu d'harmoniser la date de versement de la gratification annuelle et d'appliquer les modalités de versement en vigueur au sein des sociétés Carrefour, à savoir :

- Le versement d'un acompte début décembre correspondant à 75% du montant brut de la gratification ;
- Le versement du solde restant avec la paie de décembre (fin décembre).

Le montant de la gratification annuelle est égal à 1/12^{ème} de la rémunération brute correspondant au temps de travail effectué entre le 1 janvier et le 31 décembre de l'année.

A titre exceptionnel, sur demande expresse du salarié, et sous réserve qu'il justifie la condition d'ancienneté de six mois à la date de la demande, un acompte pourra être versé entre le 1^{er} juin et le 30 novembre de chaque année au prorata des droits déjà acquis à la date de la demande. Ce montant viendra en déduction des montants à verser au mois de décembre de l'année considérée.

AKC 3/11
FW C3

Disposition transitoire : A titre exceptionnel et afin de tenir compte du changement de période de référence, la gratification annuelle versée en décembre 2024 sera égale à 1/12e de la rémunération correspondant au temps de travail effectué entre le 1er décembre 2023 et le 31 décembre 2024.

Le présent accord ne modifie aucune des autres modalités applicables à la gratification annuelle du fait de la poursuite des accords collectifs Casino, y compris ses autres conditions ou modalités d'attribution et de calcul.

3.2. FRAIS DE REPAS

Les Parties conviennent de remplacer le forfait-repas prévu par les accords DCF par l'octroi de titres restaurant dématérialisés dans les conditions suivantes :

Tout salarié en magasin dont l'horaire de travail journalier comprend la totalité de l'une et/ou de l'autre des plages horaires 12h00/13h30 et/ou 18h30/20h00, bénéficiera d'un titre restaurant par plage horaire comprise dans l'horaire de travail.

La valeur faciale d'un titre restaurant est :

- Pour les salariés des magasins situés en Île de France : 8€, dont 4€ à la charge de l'employeur ;
- Pour les salariés des magasins situés dans le reste de la France (à savoir hors Île de France) : 7,40€, dont 3,70€ à la charge de l'employeur.

Les heures passées en délégation seront prises en compte pour l'attribution d'un titre restaurant.

Cette disposition ne s'applique pas :

- aux salariés qui bénéficient d'une participation de l'employeur aux frais de restauration (cantine d'entreprise...),
- aux salariés qui sont amenés à prendre leurs repas à l'extérieur et qui se font rembourser par le biais de notes de frais (déplacement professionnel...).

Les salariés absents de leur poste de travail, quel qu'en soit le motif (congrés payés, JRTT, congé-formation, congés maladie...), ne peuvent bénéficier de l'octroi de titres restaurant pour les jours concernés.

3.3. INDEMNITE D'ENTRETIEN DES TENUES DE TRAVAIL

Les Parties conviennent de remplacer les bons d'achat lessive en vigueur au sein de DCF par une indemnité forfaitaire versée aux salariés astreints au port d'une tenue de travail remise par l'employeur, dans les conditions définies ci-dessous.

Champ d'application – Bénéficiaires

L'indemnité d'entretien des tenues de travail s'applique aux salariés travaillant en magasin remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- Disposer de tenues ou vêtements de travail fournis par la Société et qui demeurent la propriété de cette dernière : il peut s'agir de tenues ou de vêtements de protection ou de vêtements siglés « CARREFOUR » concourant à la démarche commerciale de l'entreprise ;
- Avoir l'obligation de porter la tenue ou le vêtement de travail ;
- Avoir l'obligation d'entretenir la tenue ou le vêtement de travail mis à disposition par la Société.

Sont expressément exclus du champ d'application de l'indemnité d'entretien des tenues de travail, les salariés pour lesquels l'employeur assure déjà l'entretien de la totalité de la tenue de travail obligatoire fournie par la Société.

Utilisation conforme de l'indemnité

L'indemnité ayant pour objet l'achat de lessive pour l'entretien des tenues de travail susvisées, les salariés s'engagent à l'utiliser à cette fin et à laver fréquemment ces tenues afin de les tenir propres en permanence.

Il leur sera demandé de compléter une attestation sur l'honneur en ce sens. L'octroi de l'indemnité sera conditionné à la production de cette attestation.

Compte tenu de son objet, l'indemnité ne sera pas versée dès lors que :

- Le salarié n'est plus astreint au port d'une tenue ou de vêtement de travail, et ce pour quelque motif que ce soit,
- Le salarié n'atteste pas utiliser l'indemnité d'entretien afin d'acheter la lessive nécessaire à l'entretien de ses tenues ou vêtements de travail et à les laver fréquemment, pour quelque motif que ce soit.

Montant de l'indemnité

L'indemnisation de l'entretien des tenues de travail s'effectue sur la base d'une indemnité forfaitaire qui est réputée couvrir en totalité les frais exposés par les salariés pour acheter la lessive nécessaire au lavage de leurs tenues de travail.

Le montant de l'indemnité est fixé à 6 euros par mois de travail, afin de tenir compte de la fréquence des lavages et des dépenses de lessive exposées pour un mois de travail. En conséquence, elle est versée au prorata du nombre de jours effectivement travaillés par rapport au nombre de jours ouvrés sur le mois.

Cette indemnité représentative de frais professionnels n'est pas prise en compte pour le calcul des indemnités de congés payés et les compléments de salaire en cas d'arrêts de travail. De même, cette indemnité ne sera pas prise en compte pour le calcul des primes à caractère non mensuel notamment prime de vacances, prime de fin d'année, 13^{ème} mois, prime annuelle etc.

3.4. REMISE SUR ACHATS (RSA)

Les Parties conviennent de remplacer la remise sur achats applicable chez DCF par le dispositif suivant.

3.4.1. Remise Sur Achats et avantages salariés au sein des Sociétés

Afin de renforcer le sentiment d'appartenance à l'enseigne et d'inciter les salariés à faire leurs achats dans les magasins du groupe Carrefour, une remise de 10% est réalisée sur les achats effectués dans l'ensemble des magasins CSF intégrés et des magasins Carrefour Hypermarchés France intégrés.

A titre temporaire, pour la période du 1er juillet 2024 au 31 mars 2025, le personnel des Sociétés remplissant les conditions pour bénéficier de la Remise Sur Achats bénéficiera d'une Remise Sur Achats portée exceptionnellement à 12%.

Les avantages spécifiques sur les achats en magasin s'adressent à l'ensemble des collaborateurs ayant au moins 3 mois d'ancienneté. Les Parties signataires reconnaissent que cette Remise Sur Achats ne vient, en aucune façon, se substituer à une augmentation des salaires, même partielle, ni à un quelconque autre élément de rémunération existant à la date de signature du présent accord ou à la date de mise en place des nouvelles modalités de cette Remise Sur Achats.

ARC

5\11

2)
FW LB

FP

SL

Modalités

Pour pouvoir bénéficier de la Remise Sur Achats, les collaborateurs doivent détenir une carte PASS et avoir ouvert l'instrument financier prévu pour créditer la RSA (à date, un Compte Sur Livret (CSL) proposé par Carrefour Banque).

La remise est calculée sur un plafond annuel d'achats de 11.000 € par salarié bénéficiaire et par année civile. Elle est subordonnée au maintien du bénéfice actuel de l'exonération de charges sociales.

Pour l'année 2024, la remise est calculée sur un plafond annuel d'achats de 12.000 € par salarié bénéficiaire et par année civile (soit une remise maximale de 1.440 € par an). Elle est subordonnée au maintien du bénéfice actuel de l'exonération de charges sociales.

Par ailleurs, le bénéfice de cette remise est également applicable à la billetterie/spectacles, aux voyages (hors site internet), aux assurances, au fuel domestique, à la location de véhicules Carrefour, aux achats effectués aux drives accolés aux magasins CSF intégrés et aux magasins Carrefour Hypermarchés intégrés, aux drives solos intégrés, aux achats réalisés en ligne sur le site de livraison à domicile de Carrefour « Carrefour livré chez vous », ainsi qu'à l'achat de carburant effectué dans les stations-services des magasins CSF intégrés et des magasins Carrefour Hypermarchés intégrés.

Remise Sur Achats Supplémentaire sur les achats de produits numériques

S'inscrivant dans la poursuite de la promotion de la culture digitale et afin de permettre aux collaborateurs qui le désirent de s'équiper en smartphone, ou tablette ou ordinateur, les Parties conviennent d'accorder, au personnel des Sociétés remplissant les conditions pour bénéficier de la Remise Sur Achats, d'une Remise Sur Achat Supplémentaire de 10% pour l'achat de l'un de ces équipements vendus au rayon EPCS, une fois par an.

L'achat de l'un de ces équipements doit être effectué avec une carte de paiement PASS dans un hypermarché Carrefour intégré, un supermarché Carrefour Market intégré ou un Drive intégré.

Les dispositions relatives au plafond d'achats sont inchangées. Le plafond d'achat, fixé à 12.000€, pour l'année 2024 et par bénéficiaire, est apprécié en tenant compte de la présente Remise Sur Achats Supplémentaire.

Cette Remise Sur Achat Supplémentaire est applicable du 1er juillet 2024 jusqu'au 31 mars 2025.

Remise Sur Achat Supplémentaire sur l'achat d'équipement de mobilité douce

Les Parties souhaitent encourager l'usage, par les collaborateurs, de modes de transport durables pour leurs déplacements entre leur lieu de résidence habituelle et leur lieu de travail et entendent, pour ce faire, aider les collaborateurs qui le désirent à financer l'achat d'une trottinette ou d'un vélo.

Il est donc convenu que les collaborateurs remplissant les conditions pour bénéficier de la Remise Sur Achats, bénéficieront d'une Remise Sur Achat Supplémentaire de 10% pour l'achat, sur une liste préétablie, d'une trottinette (mécanique ou électrique) ou d'un vélo (avec ou sans assistance électrique), vendus dans nos magasins selon les modalités prévues ci-dessous, dans la limite d'une fois par an.

Les collaborateurs concernés sont les salariés des Sociétés ayant trois mois consécutifs d'ancienneté et présents dans les effectifs au moment du bénéfice de l'avantage concerné.

L'achat de cet équipement doit être effectué avec une carte de paiement PASS dans un hypermarché Carrefour intégré, un supermarché Carrefour Market intégré.

Le plafond d'achats, fixé à 12 000€ pour l'année 2024 et par bénéficiaire, intègre la présente Remise Sur Achat Supplémentaire. Les dispositions relatives au plafond d'achats sont inchangées.

La Remise Sur Achat Supplémentaire sera applicable à partir du 1er juillet 2024 jusqu'au 31 mars 2025, soit pour les achats effectués entre ces deux dates.

Cotisation Carte PASS

La cotisation de la carte PASS Mastercard standard est remboursée à tout collaborateur de façon permanente, sous réserve d'être toujours présent dans les effectifs et de bénéficier d'au moins 3 mois d'ancienneté. La seconde carte libellée au nom du conjoint et rattachée au même compte bancaire est également gratuite.

Pour les salariés qui choisissent la carte premium, la cotisation remboursée est égale au montant dû au titre de la carte PASS Mastercard standard.

Le remboursement de la cotisation carte PASS dont bénéficie le salarié relève de la réglementation des avantages en nature et est donc soumis à cotisations sociales (et CSG-CRDS) et à l'impôt sur le revenu.

En effet, la Remise Sur Achats ne s'applique pour un même salarié que via une carte, soit la carte PASS.

Cas particuliers

Les collaborateurs en situation d'interdit bancaire peuvent disposer de la Remise Sur Achats selon des modalités spécifiques.

3.5. JOURS DE REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Pour les salariés soumis à un dispositif d'aménagement du temps de travail ouvrant droit à jours de réduction du temps de travail (RTT), il est convenu d'harmoniser les régimes ainsi qu'il suit.

Les salariés transférés bénéficiaires de RTT se verront créditer en début de période de référence de l'annualisation l'intégralité des jours de RTT théoriques auxquels ils peuvent prétendre pour une année complète de travail.

En cas d'absence en cours de période d'annualisation entraînant une réduction du nombre de RTT, le nombre de RTT réellement acquis sera recalculé au prorata du temps de travail effectif y ouvrant droit.

De même, en cas de départ de l'entreprise en cours de période d'annualisation, il sera pris en compte pour solder les droits du salarié le nombre de jours exact de RTT acquis au prorata du nombre de jours de travail effectif.

La différence entre le droit acquis et l'utilisation constatée au cours de la période de référence fera l'objet d'une compensation salariale positive ou négative en fin de période d'annualisation ou, en cas de départ en cours d'année, sur le solde de tout compte.

3.6. SUBVENTIONS VERSEES AUX CSE D'ETABLISSEMENT

Les CSE d'établissement des magasins transférés ont également été transférés, et les mandats sont poursuivis jusqu'à leur échéance normale.

La contribution patronale globale au budget de fonctionnement des CSE d'établissement est maintenue à 0,22% de la masse salariale brute.

La contribution patronale globale aux activités sociales et culturelles des CSE d'établissement est fixée à 1,10% de la masse salariale brute.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including "FKC", "7/11", "FW", "LB", and "FP".

Ces subventions seront versées aux différents CSE d'établissement et calculées sur la base de leur masse salariale. Elles leur seront versées mensuellement (à hauteur de 1/12^e de la valeur totale).

3.7. REGIMES DE FRAIS DE SANTE ET DE PREVOYANCE

Les régimes de frais de santé et de prévoyance qui s'appliquaient au sein de DCF sont maintenus dès la date du transfert, aux mêmes conditions de garantie. A titre d'information, ils seront couverts par l'APGIS, à compter de la date d'effet de l'accord.

Ils bénéficient aux salariés transférés ainsi qu'aux nouveaux embauchés.

Ces garanties collectives et leurs conditions de financement sont décrites dans les annexes II et III au présent accord.

3.8 DUREE DE MISE EN OEUVRE DES MESURES UNILATERALES PRISES A LA SUITE DE LA NAO DE 2024 DCF

Les mesures unilatérales prévues par le procès-verbal de désaccord de la NAO 2024 seront appliquées pendant toute la durée de survie des accords collectifs DCF mis en cause :

- à l'exception des dispositions relatives à la médaille du travail, l'abonnement annuel CMax, les dispositions relatives à l'abondement du congé de l'aidant familial et les dispositions relatives à la réserve militaire,
- et sauf dates et durées spécifiques d'application de certaines mesures expressément indiquées dans les articles concernés dudit procès-verbal.

4. DISPOSITIONS FINALES

4.1. ENTREE EN VIGUEUR - DUREE — PORTEE DE L'ACCORD

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet au 1er mai 2024.

Il se substitue, à compter de cette date, aux dispositions des conventions, accords collectifs, usages ou engagements unilatéraux « DCF » portant sur le même objet.

4.2. DENONCIATION

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé dans le respect des conditions légales, avec un délai de préavis de trois mois.

4.3. INTEGRATION DE NOUVEAUX MAGASINS CASINO

Le présent accord a vocation à s'appliquer à l'ensemble des magasins relevant du statut collectif « DCF ».

MLC

8/11

FW

CL

FP

77

LB

Ainsi, outre les salariés dont le transfert au sein du groupe Carrefour a été réalisé à compter du 1^{er} mai 2024, l'application du présent accord sera étendue aux salariés issus des magasins historiquement « DCF » qui seront, postérieurement à cette date, transférés au sein des sociétés du groupe Carrefour.

Cette extension sera formalisée par un avenant au présent accord.

4.4. PUBLICITE ET DEPOT DE L'ACCORD

Le présent accord sera notifié aux organisations syndicales représentatives.

Il sera également déposé en :

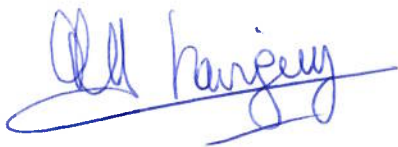
- un exemplaire auprès du Secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de son lieu de conclusion ;
- deux exemplaires en versions électroniques sur la plateforme de Téléprocédure du ministère du travail, accessible sur le site www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr, dont une version intégrale signée par les Parties au format .PDF et une version publiable au format .DOCX de laquelle sera supprimée toute mention de nom, prénom, paraphe ou signature de personnes physiques.

Il sera ensuite mis à disposition et affiché dans les lieux de travail.

Fait à Massy, le 22 mai 2024, en 8 exemplaires originaux.

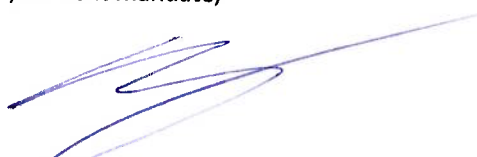
Pour le Groupe CARREFOUR

Madame Marie-Hélène CHAVIGNY,

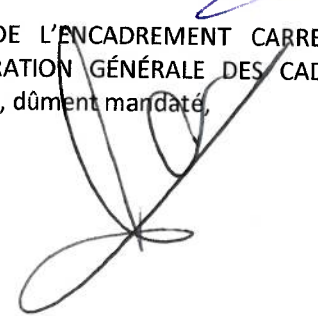


Pour les Organisations syndicales :

- LA FÉDÉRATION DES SERVICES/CONFEDERATION FRANCAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT), représentée par Monsieur Erwanig LE ROUX, dûment mandaté,



- LE SYNDICAT NATIONAL DE L'ENCADREMENT CARREFOUR - CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT/CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DES CADRES (SNEC - C.F.E/C.G.C), représenté par Monsieur Walter FINOCCHIO, dûment mandaté,



ARC 9\11
FR

62
FP
29
CB

- LA FÉDÉRATION DU COMMERCE ET SERVICES/CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (C.G.T), représentée par Madame Zohra DIRHOUSI, dûment mandatée,



- LA F.G.T.A / FORCE OUVRIÈRE (F.G.T.A/F.O), représentée par Monsieur Laurent BOULANGER, dûment mandaté,



- La FÉDÉRATION DU COMMERCE ET SERVICES/UNION NATIONALE DES SYNDICATS AUTONOMES (U.N.S.A), représentée par Monsieur Frédéric POIGNANT, dûment mandaté,



LISTE DES ANNEXES

Annexe I : régime de remboursement de frais médicaux

Annexe II : régime de prévoyance

Annexe III : liste des magasins "Casino" transférés et répartition au sein des sociétés COVICAR 71, COVICAR 72 et COVICAR 73

ANNEXE I – RÉGIME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DES SOCIÉTÉS COVICAR 71, COVICAR 72 ET COVICAR 73

PRÉAMBULE

Dans le contexte de la reprise d'établissements Casino par les Sociétés au 1^{er} mai 2024, il est convenu de mettre en place, au bénéfice de l'ensemble des salariés, un régime de remboursement de frais de santé comportant les mêmes niveaux de garanties et de cotisations que ceux précédemment applicables aux salariés transférés.

Les caractéristiques essentielles et les modalités de fonctionnement du régime de remboursement de frais médicaux sont détaillées ci-après.

1. OBJET

Les présentes dispositions ont pour objet d'organiser l'adhésion des salariés ci-après définis au contrat d'assurance collective souscrit par les Sociétés auprès d'un organisme habilité, l'APGIS.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur sera réexaminé par l'employeur selon une périodicité au maximum quinquennale.

2. BÉNÉFICIAIRES

Le système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé s'applique à **l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté**.

3. CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE L'ADHÉSION

L'adhésion au régime est obligatoire à compter du 1^{er} mai 2024 pour tous les salariés sous réserve des facultés de dispenses d'adhésion légales¹ ou complémentaires décrites ci-après :

Ainsi, par dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion, les salariés suivants peuvent refuser d'adhérer au régime, en le notifiant à l'employeur par écrit² :

2) A tout moment :

- 1) Salariés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) en application de l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, jusqu'à l'échéance du contrat individuel et sous réserve de justifier de cette couverture individuelle ou de cette aide ;

¹ Articles L. 911-7 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale.

² Il est précisé que ces dispenses d'affiliation sont expressément admises par la réglementation applicable lors de la mise en place du présent régime. En cas d'évolution de la réglementation rendant impossible le maintien de l'une ou de plusieurs de ces dispenses sans remise en cause des exonérations sociales et fiscales, la ou les dispenses concernées seront automatiquement supprimées.

PP
LB
fw
NEC
2)

2) Salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayant droit, d'un des dispositifs suivants (sous réserve d'en justifier chaque année) :

- Régime collectif d'entreprise à adhésion obligatoire,
- Régime de protection sociale complémentaire des personnels de l'Etat ou des collectivités territoriales et de leurs établissements publics,
- Contrat d'assurance de groupe frais de santé, répondant aux conditions de la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin »,
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- Régime de la sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

7) Lors de la mise en place du régime :

- 3) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- 4) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,
- 5) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Par ailleurs, s'agissant des couples de salariés dans l'entreprise, la couverture de l'ayant droit étant facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble (un salarié couvert à titre obligatoire, l'autre à titre facultatif comme ayant-droit du premier) ou séparément (chaque salarié étant couvert à titre obligatoire). Lorsqu'ils choisissent de s'affilier ensemble, ils devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de la Direction de l'entreprise, et indiquer à cette occasion quel membre du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime.

Formalisme des dispenses

Tous salariés demandant une dispense d'affiliation qu'elle soit d'ordre public ou instituée par la présente, devront solliciter, **par écrit**, auprès de la direction de l'entreprise, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux.

Les salariés font connaître leur choix en complétant, datant et signant le formulaire mis à leur disposition par la société.

A défaut d'écrit et de justificatifs lorsque ceux-ci sont demandés, adressés à l'employeur dans les 10 jours suivant la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche ou de leur demande de dispense, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les salariés ayant demandé à être dispensés pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de la Direction, et par écrit, leur adhésion au régime.

4. SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION OU DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

4.1. 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 soit :

- D'un maintien de salaire, total ou partiel,
- D'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire de sécurité sociale,
- D'indemnités journalières complémentaires (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) financées, au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- D'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés de reclassement ou de mobilité.

Le maintien des garanties est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail du salarié et s'effectue dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité et la quote-part de cotisation continue alors d'être prélevée.

4.2. AUTRES CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, le bénéfice du présent régime collectif de santé complémentaire est suspendu.

Toutefois les salariés peuvent souscrire à un contrat individuel à titre facultatif, aux mêmes conditions que les actifs, en payant la totalité de la cotisation. La gestion de ce contrat est faite directement entre le salarié et l'organisme assureur.

4.3. PORTABILITÉ

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, les anciens salariés dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'entreprise et leurs ayants droit éventuellement affiliés au régime à la date de cessation du contrat de travail du salarié bénéficieront du maintien des garanties de remboursement des frais médicaux en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

5. GARANTIES

Les garanties souscrites, figurant dans le résumé joint à titre informatif, ne constituent en aucun cas un engagement pour l'entreprise, qui n'est tenue à l'égard de ses salariés qu'au seul paiement des cotisations à l'organisme complémentaire.

Elles sont définies en conformité avec les obligations légales et conventionnelles de l'entreprise et avec les conditions permettant l'exonération sociale du financement du régime : elles feront, si nécessaire, l'objet de mises en conformité en cas d'évolution de ces obligations et conditions.

Les salariés peuvent souscrire à titre individuel et facultatif à une formule supérieure à titre optionnel. La gestion de cette option est faite directement entre le salarié et l'Assureur.

6. COTISATIONS

Les cotisations mensuelles servant au financement de la couverture obligatoire du salarié sont fixées dans les conditions suivantes :

Catégorie	Cotisation totale	Part patronale	Part salariale
Ensemble du personnel	0,772% PMSS ¹ (soit 29,85 € / mois en 2024)	0,386% PMSS ¹ (50% de la cotisation totale, soit 14,93 € / mois en 2024)	0,386% PMSS ¹ (50% de la cotisation totale, soit 14,92 € / mois en 2024)
¹ PMSS = Plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 3 864 euros en 2024)			

La cotisation ci-dessus concerne la seule adhésion du salarié à la couverture obligatoire. Elle sera prélevée directement sur la paie.

L'adhésion facultative des ayants-droit du salarié et/ou l'adhésion à titre individuel et facultatif à une formule supérieure à titre optionnel, donnent lieu à des cotisations supplémentaires à la charge du salarié.

Ces options demandées sur le bordereau individuel d'affiliation seront prélevées par l'Appis directement sur le compte bancaire du collaborateur.

Toute évolution ultérieure des cotisations sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée ci-dessus.

7. DISPOSITIONS FINALES

La présente annexe fait partie intégrante de l'accord collectif d'adaptation partiel suite au transfert des magasins Casino : elle prend effet en même temps que cet accord et est conclue pour la même durée.

Elle pourra en revanche faire l'objet d'une dénonciation partielle ne portant que sur la présente annexe sans remise en cause des autres dispositions de l'accord collectif d'adaptation partiel suite au transfert des magasins Casino.

RÉSUMÉ DES GARANTIES (À TITRE INFORMATIF)

FP OR
REC
4/7
FW LD
7/7

ANNEXE II - RÉGIMES DE PRÉVOYANCE DÉCÈS — INVALIDITÉ — INCAPACITÉ

PRÉAMBULE

Dans le contexte de la reprise d'établissements Casino par les Sociétés au 1^{er} mai 2024, il est convenu de mettre en place, au bénéfice de l'ensemble des salariés, des régimes de prévoyance décès, invalidité, incapacité comportant les mêmes niveaux de garanties et de cotisations que ceux précédemment applicables aux salariés transférés.

Les caractéristiques essentielles et les modalités de fonctionnement des régimes de prévoyance décès, invalidité, incapacité sont détaillées ci-après.

1. OBJET

Les présentes dispositions ont pour objet d'organiser l'adhésion des salariés ci-après définis aux contrats d'assurance collective souscrits par les Sociétés auprès d'un organisme habilité, l'APGIS.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur sera réexaminé par l'employeur selon une périodicité au maximum quinquennale.

2. SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES

Les Sociétés instituent trois régimes distincts pour les catégories objectives suivantes définies par référence aux classifications de la convention collective nationale du commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire :

- Cadres,
- Agents de maîtrise et techniciens,
- Employés et ouvriers.

3. CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE L'ADHÉSION DES SALARIÉS

L'adhésion aux régimes est obligatoire à compter du 1^{er} mai 2024 pour tous les salariés désignés à l'article 2.

4. SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION OU DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

4.1. 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 soit :

- D'un maintien de salaire, total ou partiel,
- D'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire de sécurité sociale,
- D'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées, au moins en partie par l'employeur qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

- D'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés de reclassement ou de mobilité.

Le maintien des garanties est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail du salarié et s'effectue dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité et la quote-part de cotisation continue alors d'être prélevée.

4.2. AUTRES CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, le bénéfice des présents régimes collectifs de prévoyance est suspendu.

Toutefois les salariés peuvent souscrire à un contrat individuel à titre facultatif, aux mêmes conditions que les actifs, en payant la totalité de la cotisation. La gestion de ce contrat est faite directement entre le salarié et l'organisme assureur.

4.3. PORTABILITÉ

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, les anciens salariés dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'entreprise bénéficieront du maintien des garanties de prévoyance en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

5. RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur, continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

6. GARANTIES

Les garanties souscrites, figurant dans les résumés joints à titre informatif, ne constituent en aucun cas un engagement pour l'entreprise, qui n'est tenue à l'égard de ses salariés qu'au seul paiement des cotisations à l'organisme complémentaire.

Elles sont définies en conformité avec les obligations légales et conventionnelles de l'entreprise et avec les conditions permettant l'exonération sociale du financement du régime : elles feront, si nécessaire, l'objet de mises en conformité en cas d'évolution de ces obligations et conditions.

7. COTISATIONS

Les cotisations mensuelles servant au financement des régimes de prévoyance sont fixées dans les conditions suivantes :

Catégorie	Assiette	Cotisation totale	Part patronale (répartition)	Part salariale (répartition)
Ouvrier et employé	T1	2,036%	1,222% (60%)	0,814% (40%)
	T2	2,036%	1,222% (60%)	0,814% (40%)
Agent de maîtrise et technicien	T1	1,769%	1,061% (60%)	0,708% (40%)
	T2	1,877%	1,061% (56,5%)	0,816% (43,5%)
Cadres	T1	2,469%	2,066% (83,7%)	0,403% (16,3%)
	T2	3,35%	1,122% (33,5%)	2,228% (66,5%)
T1 : Partie du salaire brut limitée au plafond de la Sécurité sociale (soit 3 864 euros/mois en 2024) T2 : Partie du salaire brut excédant la Tranche 1 (T1) dans la limite de 8 fois le plafond de la Sécurité sociale				

Toute évolution ultérieure des cotisations sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée ci-dessus.

8. DISPOSITIONS FINALES

La présente annexe fait partie intégrante de l'accord collectif d'adaptation partiel suite au transfert des magasins Casino : elle prend effet en même temps que cet accord et est conclue pour la même durée.

Elle pourra en revanche faire l'objet d'une dénonciation partielle ne portant que sur la présente annexe sans remise en cause des autres dispositions de l'accord collectif d'adaptation partiel suite au transfert des magasins Casino.

RÉSUMÉS DES GARANTIES (À TITRE INFORMATIF)

7/7

FP U

HC

FW LB

3

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

(Dispositions à compter du 1^{er} mai 2024)

Les présentes Garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables » telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, en pourcentage du PMSS ou TM, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres.

Les prestations définies au niveau de Garanties « GARANTIES FACULTATIVES (Niveau 2 et Niveau 3) » s'entendent y compris les prestations accordées au titre du niveau de Garanties « GARANTIES OBLIGATOIRES » (Niveau 1).

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par Bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾		
	Garanties Obligatoires « Niveau 1 »	Garanties facultatives « Niveau 2 »	Garanties facultatives « Niveau 3 »
HOSPITALISATION (y compris maternité) (3)			
Forfait journalier hospitalier	100% FR		
Frais de séjour :			
- Séjour en secteur conventionné	200 % BR	100 % FR - RSS	
- Séjour en secteur non conventionné	200 % BR	90 % FR - RSS	
Honoraires (consultations et actes) :			
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	200 % BR	100 % FR - RSS	
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	180 % BR	200 % BR	
Chambre particulière non remboursée par le RO			
- En maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure (hors cure thermale)	60 € par nuité, limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire	100 € par nuité, limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire	
- En ambulatoire	24 € par jour	40 € par jour	
- En maternité (accouchement par voie basse)	34 € par nuité, limitée à 4 jours	68 € par nuité, limitée à 4 jours	100 € par nuité, limitée à 4 jours
- En psychiatrie, rééducation fonctionnelle ou motrice	60 € par nuité, limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire	100 € par nuité, limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire	
- Autres cas	60 € par nuité	100 € par nuité	
Lit d'accompagnant d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursé par le RO	15 € par nuité	17 € par nuité	34 € par nuité

KW
FP 62
LB
20

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾		
	Garanties Obligatoires « Niveau 1 »	Garanties facultatives « Niveau 2 »	Garanties facultatives « Niveau 3 »
SOINS COURANTS (y compris maternité)			
Honoraires médicaux :			
- Consultations et visites de généraliste			
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	130 % BR	145 % BR	200 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	110 % BR	125 % BR	180 % BR
- Consultations et visites de spécialiste			
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	130 % BR	145 % BR	200 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	110 % BR	125 % BR	180 % BR
- Actes techniques médicaux			
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	140 % BR	145 % BR	200 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	120 % BR	125 % BR	180 % BR
- Actes d'imagerie médicale			
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	140 % BR	145 % BR	200 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	120 % BR	125 % BR	180 % BR
- Actes d'accouchement			
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	100 % BR	100 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	125 % BR	200 % BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonParcoursPsy »	100% BR, limité à 8 séances par an et par bénéficiaire		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	125 % BR	200 % BR
Médicaments :			
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR		
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	Néant	205 € par an et par bénéficiaire	
- Automédication et pharmacie non remboursée par le RO (sans prescription médicale) (3)	Néant		
- Pharmacie non remboursée par le RO (3)			
Matériel médical (hors aides auditives) :			
- Fauteuil handicapé	100 % BR	100 % BR + 500 €	150 % BR + 1000 €
- Autre appareillage	100 % BR		150 % BR
AIDES AUDITIVES			
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée			
Equipement « 100% SANTE » * Classe I		100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE »			
- Tarif libre * Classe II			
Limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire	100 % BR par oreille appareillée,	130 % BR par oreille appareillée,	130 % BR + 480 € par oreille appareillée,

FW
 EC
 FP
 REC
 CB
 28

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾		
	Garanties Obligatoires « Niveau 1 »	Garanties facultatives « Niveau 2 »	Garanties facultatives « Niveau 3 »
AIDES AUDITIVES (suite)			
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR		150 % BR
OPTIQUE			
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO			
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire.			
Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées			
Équipement « 100% SANTE » * Classe A Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100% FR * 		
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * Classe B:			
- Monture :	30 € par monture	70 € par monture	100 € par monture
- Verre	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
- Prestations d'adaptation	100 % BR		
Lentilles correctrices : - Remboursées ou non par le RO(y compris lentilles jetables) (minimum TM)	70 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques non remboursées par le RO : - Chirurgie réfractive	Néant		70 € par œil

Sphère/Cylindre	GRILLE OPTIQUE - Garanties Obligatoires « Niveau 1 »					
	Par verre unifocal			Par verre progressif		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	35,00 €	37,50 €	85,00 €	85,00 €	90,00 €	115,00 €
2,25 à 4,00	37,50 €	42,50 €	85,00 €	85,00 €	95,00 €	120,00 €
4,25 à 6,00	47,50 €	52,50 €	85,00 €	90,00 €	105,00 €	130,00 €
6,25 à 8,00	85,00 €	85,00 €	85,00 €	90,00 €	105,00 €	130,00 €
> 8,25	97,50 €	102,50 €	117,50 €	130,00 €	145,00 €	170,00 €

Sphère/Cylindre	GRILLE OPTIQUE - Garanties facultatives « Niveau 2 »					
	Par verre unifocal			Par verre progressif		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	35,00 €	37,50 €	85,00 €	85,00 €	90,00 €	115,00 €
2,25 à 4,00	37,50 €	42,50 €	85,00 €	85,00 €	95,00 €	120,00 €
4,25 à 6,00	47,50 €	52,50 €	85,00 €	90,00 €	105,00 €	130,00 €
6,25 à 8,00	85,00 €	85,00 €	85,00 €	90,00 €	105,00 €	130,00 €
> 8,25	97,50 €	102,50 €	117,50 €	130,00 €	145,00 €	170,00 €

FW
EZ
FP
LB
AKC
20

Sphère/Cylindre	GRILLE OPTIQUE - Garanties facultatives « Niveau 3 »					
	Par verre unifocal			Par verre progressif		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	67,50 €	70,00 €	117,50 €	160,00 €	165,00 €	190,00 €
2,25 à 4,00	70,00 €	75,00 €	117,50 €	160,00 €	170,00 €	195,00 €
4,25 à 6,00	80,00 €	85,00 €	117,50 €	165,00 €	180,00 €	205,00 €
6,25 à 8,00	117,50 €	117,50 €	117,50 €	165,00 €	180,00 €	205,00 €
> 8,25	130,00 €	135,00 €	150,00 €	205,00 €	220,00 €	245,00 €

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾		
	Garanties Obligatoires « Niveau 1 »	Garanties facultatives « Niveau 2 »	Garanties facultatives « Niveau 3 »
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *		
Soins Hors « 100% SANTE » * :			
- Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco dentaire pris en charge par le RO	145 % BR		
- Parodontologie	145 % BR		
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	125 % BR	145 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » * :			
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre (couronne définitive, inlay-core, bridge, couronne sur implant et prothèse amovible y compris couronne transitoire ou réparation)	230 % BR, limité à 700 € par an et par bénéficiaire (minimum 125 % BR)	370 % BR, limité à 700 € par an et par bénéficiaire (minimum 125 % BR)	470 % BR, limité à 1000 € par an et par bénéficiaire (minimum 125 % BR)
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (pilier de bridge sur dents vivantes)	100 € par an et par bénéficiaire		250 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie :			
- Remboursée par le RO	225 % BR		300 % BR
- Non remboursée par le RO (3)	Néant		180 % BRR
Autres prestations dentaires non remboursées par le RO :			
- Implantologie dentaire (3) (pilier implantaire, l'implant et scanner avant implant)	100 € par an et par bénéficiaire		300 € par an et par bénéficiaire
- Parodontologie non remboursée par le RO (surfaçage, curetage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire)	Néant		100 € par an et par bénéficiaire

FW
LC
FP
LB
PKC
20

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾		
	Garanties Obligatoires « Niveau 1 »	Garanties facultatives « Niveau 2 »	Garanties facultatives « Niveau 3 »
AUTRES GARANTIES			
Transport (ambulance, taxi conventionné hors SMUR)	100 % BR	135 % BR	200 % BR
Natalité ⁽³⁾ :			
- Forfait naissance / adoption (doublé en cas de naissance multiple)	190 €	340 €	400 €
- Fécondation in vitro (F.I.V.) non remboursée par le RO	Néant		150 € par an et par bénéficiaire
Cure thermale ⁽³⁾ :			
- Remboursée par le RO	100 % BR		100 % BR
o Honoraires, frais de surveillance médicale et thermale	125 €		150 €
o Frais de transport et de séjour	par an et par bénéficiaire		par an et par bénéficiaire
Médecine douce ⁽³⁾			
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur	Néant	Néant	75 € par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage :			
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR		
- Dépistage trisomie 21	Néant		70 €/ an/bénéficiaire

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique
L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur.

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les stipulations prévues au présent Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

Handwritten signatures and initials:
KW
FP
LB
MKC
ZD

(3) Voir les précisions sur les Garanties :

Hospitalisation	Le Contrat prend notamment en charge le Forfait patient urgences.
Automédication et pharmacie non remboursée par le RO (sans prescription médicale)	Sur présentation d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Pharmacie non remboursée par le RO	Sur présentation d'une ordonnance et d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit. Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %
Orthodontie non remboursée par le RO	Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste ou un chirurgien-dentiste diplômé d'état. Cet orthodontiste ou cet chirurgien-dentiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, l'Institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge.—Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermale	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
Médecine douce	Concernes des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

KW
 FP EL
 LB
 ARC 2)

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

(Dispositions à compter du 1^{er} mai 2024)

Le Contrat ne répond pas aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, il n'est donc pas considéré comme « responsable ». Les remboursements sont versés en fonction du respect par les Bénéficiaires du Parcours de soins coordonnés par le Médecin traitant et dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations ci-dessous s'entendent « **EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES AU TITRE DES GARANTIES « NIVEAU 3 » du Contrat socle** », c'est à dire que les prestations complètent le remboursement effectué par le contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par Bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾
	« Niveau 4 »
HOSPITALISATION (y compris maternité)	
Honoraires (consultations et actes) : Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	+ 150 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO - En maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure (hors cure thermique)	+ 20 € par nuité, limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire
- En psychiatrie, rééducation fonctionnelle ou motrice	+ 20 € par nuité, limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire
- En maternité (accouchement par voie basse)	+ 20 € par nuité, limitée à 4 jours
- Autres cas	+ 20 € par nuité
SOINS COURANTS (y compris maternité)	
Honoraires médicaux : - Consultations et visites de généraliste Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	+ 150 % BR + 170 % BR
- Consultations et visites de spécialiste Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	+ 170 % BR + 190 % BR
- Actes techniques médicaux Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	+ 100 % BR + 120 % BR
- Actes d'imagerie médicale Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	+ 100 % BR + 120 % BR

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾	
	« Niveau 4 »	
SOINS COURANTS (y compris maternité) Suite		
- Actes d'accouchement Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	+ 150 % BR + 170 % BR	
Honoraires paramédicaux	+ 50 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	+ 50 % BR	
Médicaments : - Automédication et pharmacie non remboursée par le RO (sans prescription médicale) (2) - Pharmacie non remboursée par le RO (2)	50 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical (hors aides auditives) : - Fauteuil handicapé - Autre appareillage	+ 50 % BR + 50 % BR	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre Classe II	+ 200 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	+ 50 % BR	
OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre Classe B:		
- Monture :	+ 50 € par monture	
- Verre	Voir grille optique	
Lentilles correctrices : - Remboursées ou non par le RO(y compris lentilles jetables) (minimum TM)	+ 150 € par an et par bénéficiaire	
Autres prestations optiques non remboursées par le RO : - Chirurgie réfractive	+ 130 € par œil	

Sphère/Cylindre	GRILLE OPTIQUE					
	Par verre unifocal			Par verre progressif		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €
2,25 à 4,00	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €
4,25 à 6,00	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €
6,25 à 8,00	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €
> 8,25	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €	+ 30,00 €

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾
	« Niveau 4 »
DENTAIRE	
Soins Hors « 100% SANTE » :	
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	+50 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » :	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre (couronne définitive, inlay-core, bridge, couronne sur implant et prothèse amovible y compris couronne transitoire ou réparation)	+ 100 % BR, limité à 1500 € par an et par bénéficiaire
- Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (pilier de bridge sur dents vivantes)	+ 50 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie :	
- Remboursée par le RO	+ 100 % BR
- Non remboursée par le RO (2)	+ 120 % BRR
Autres prestations dentaires non remboursées par le RO :	
- Implantologie dentaire (2) (pilier implantaire, l'implant et scanner avant implant)	+ 200 € par an et par bénéficiaire
- Parodontologie non remboursée par le RO (surfaçage, curetage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire)	+ 100 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES	
Natalité (2) :	
- Forfait naissance / adoption (doublé en cas de naissance multiple)	+ 150 €
Cure thermique (2) :	
- Remboursée par le RO o Frais de transport et de séjour	+ 25 € par an et par bénéficiaire
Médecine douce (2)	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur	+ 40 € par an et par bénéficiaire

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique
L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(1) Selon les stipulations prévues au présent Contrat.

27
FP EL
LB
FW
JHC

(2) Voir les précisions sur les Garanties :

Automédication et pharmacie non remboursée par le RO (sans prescription médicale)	Sur présentation d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Pharmacie non remboursée par le RO	Sur présentation d'une ordonnance et d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit. Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %
Orthodontie non remboursée par le RO	Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste ou un chirurgien-dentiste diplômé d'état. Cet orthodontiste ou cet chirurgien-dentiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, l'Institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge.-Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermale	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
Médecine douce	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES
du Contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire
Personnel « EMPLOYE » tel que défini dans l'Acte de mise en place du Régime

(Dispositions en vigueur à compter du 1^{er} mai 2024)

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES

Versement d'un capital égal à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement sans Enfant à charge	100 %
■ Marié, Pacsé, en concubinage sans Enfant à charge	150 %
■ Participant avec un Enfant à charge	185 %
■ Majoration par Enfant à charge supplémentaire (du 2 ^{ème} au 3 ^{ème} enfant)	+ 35 %
■ Majoration par Enfant à charge supplémentaire (à compter du 4 ^{ème} enfant)	+ 50 %

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) PAR ACCIDENT

Versement d'un capital supplémentaire égal à 50 % de celui défini à la Garantie décès – Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes.

GARANTIE DOUBLE EFFET

Versement d'un capital égal à 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes.

GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

Prise en charge des frais d'obsèques dans la limite de :

	<u>PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</u>
■ Participant :	160 %
■ Conjoint (Marié, Pacsé ou Concubin) :	60 %
■ Enfant à charge :	60 %

En tout état de cause la prise en charge de l'Institution est limitée aux frais réellement engagés.

GARANTIE RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

⇒ **RENTE TEMPORAIRE**

Versement, au conjoint survivant, d'une Rente temporaire annuelle égale à :

<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
10 %

FP
L3
FW
ARC

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

⇒ RENTE EDUCATION

Versement, à chaque Enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire inclus	15 %
■ jusqu'à son 26 ^{ème} anniversaire au plus tard (si poursuite d'études)	15 %

La rente devient viagère pour l'enfant handicapé tel que défini à l'article 3.2.1 des Conditions générales.

GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

⇒ INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Versement d'une indemnité journalière, en complément de celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
27,5 %

DÉLAI DE FRANCHISE

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail continue de :

- Ancienneté < à 10 ans : **180 jours**,
- Ancienneté entre 10 ans et 25 ans : **360 jours**,
- Ancienneté > à 25 ans : **540 jours**,

⇒ INVALIDITÉ TOTALE OU PARTIELLE (hors accident du travail ou maladie professionnelle)

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ 3ÈME CATÉGORIE	75 %
■ 2ÈME CATÉGORIE	75 %
■ 1ÈRE CATÉGORIE	50 %

⇒ INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle)

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE > OU = 66%	75 %
■ TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE > OU = 33% ET < 66%	50 %

IL EST RAPPELÉ QUE LES PRESTATIONS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL SONT VERSÉES DANS LES LIMITES PRÉVUES A L'ARTICLE 4.4 DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET A L'ARTICLE 7.4 DE LA NOTICE D'INFORMATION.

Salaire de référence

Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale

Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et huit (8) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

20
FP 12
LB
FW
MRC

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

du Contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire

Personnel « AGENT DE MAITRISE » tel que défini dans l'Acte de mise en place du Régime

(Dispositions en vigueur à compter du 1^{er} mai 2024)

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES

Versement d'un capital égal à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement sans Enfant à charge	100 %
■ Marié, Pacsé, en concubinage sans Enfant à charge	150 %
■ Participant avec un Enfant à charge	185 %
■ Majoration par Enfant à charge supplémentaire (du 2 ^{ème} au 3 ^{ème} enfant)	+ 35 %
■ Majoration par Enfant à charge supplémentaire (à compter du 4 ^{ème} enfant)	+ 50 %

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) PAR ACCIDENT

Versement d'un capital supplémentaire égal à 100 % de celui défini à la Garantie décès – Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes.

GARANTIE DOUBLE EFFET

Versement d'un capital égal à 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes.

GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

Prise en charge des frais d'obsèques dans la limite de :

	<u>PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</u>
■ Participant :	160 %
■ Conjoint (Marié, Pacsé ou Concubin) :	60 %
■ Enfant à charge :	60 %

En tout état de cause la prise en charge de l'Institution est limitée aux frais réellement engagés.

GARANTIE RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

⇒ RENTE TEMPORAIRE

Versement, au conjoint survivant, d'une Rente temporaire annuelle égale à :
Montant de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire du Participant (AGIRC/ARRCO)

⇒ RENTE VIAGÈRE

Versement, au conjoint survivant, d'une Rente viagère annuelle égale à :
0,85 % du Salaire de référence (Tranches 1 et 2) x (65-X).

« X » étant l'âge du Participant au jour de son décès par différence de millésime.

Handwritten notes and signatures: "FP", "LB", "AW", "ARC", "28", and other initials.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

⇒ RENTE EDUCATION

Versement, à chaque Enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire inclus	15 %
■ jusqu'à son 26 ^{ème} anniversaire au plus tard (si poursuite d'études)	15 %

La rente devient viagère pour l'enfant handicapé tel que défini à l'article 3.2.1 des Conditions générales.

⇒ CAPITAL SUBSTITUTIF

En cas d'absence d'Enfant à charge, versement d'un capital égal à :

<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
50 %

GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

⇒ INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
80 %

DÉLAI DE FRANCHISE

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail continue de :

- Ancienneté < à 10 ans : **180 jours**,
- Ancienneté entre 10 ans et 25 ans : **360 jours**,
- Ancienneté > à 25 ans : **540 jours**,

⇒ INVALIDITÉ TOTALE OU PARTIELLE (hors accident du travail ou maladie professionnelle)

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ 3ÈME CATÉGORIE	75 %
■ 2ÈME CATÉGORIE	75 %
■ 1ÈRE CATÉGORIE	50 %

⇒ INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle)

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE > OU = 66%	75 %
■ TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE > OU = 33% ET < 66%	50 %

FL
LB
HHC
2.3

IL EST RAPPELÉ QUE LES PRESTATIONS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL SONT VERSÉES DANS LES LIMITES PRÉVUES A L'ARTICLE 4.4 DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET A L'ARTICLE 7.4 DE LA NOTICE D'INFORMATION.

Salaire de référence

Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale

Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et huit (8) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

PP CB
Fw
HRC
2.0

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES
du Contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire
Personnel « CADRE » tel que défini dans l'Acte de mise en place du Régime(Dispositions en vigueur à compter du 1^{er} mai 2024)**GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES**

Versement d'un capital égal à :

	SALAIRE DE RÉFÉRENCE (TRANCHES 1 ET 2)
■ Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement sans Enfant à charge	240 %
■ Marié, Pacsé, en concubinage sans Enfant à charge	340 %
■ Majoration par Personne à charge	+ 80 %

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) PAR ACCIDENT

Versement d'un capital supplémentaire égal à 100 % de celui défini à la Garantie décès – Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes.

GARANTIE DOUBLE EFFET

Versement d'un capital égal à 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes.

GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

Prise en charge des frais d'obsèques dans la limite de :

	PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
■ Participant :	110 %
■ Conjoint (Marié, Pacsé ou Concubin) :	60 %
■ Enfant à charge :	60 %

En tout état de cause la prise en charge de l'Institution est limitée aux frais réellement engagés.

GARANTIE PRÉDÉCÈS DU CONJOINT

En cas de précécès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs, sous réserve du non versement de la Garantie « Double effet », versement d'un capital égal à :

SALAIRE DE RÉFÉRENCE (TRANCHES 1 ET 2)
100 %

FP LB
Kw
AKC
27

GARANTIE RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

⇒ RENTE TEMPORAIRE

Versement, au conjoint survivant, d'une Rente temporaire annuelle égale à :
250 fois la valeur du point AGIRC/ARRCO acquis x (65-X) acquis au jour du décès.

⇒ RENTE VIAGÈRE

Versement, au conjoint survivant, d'une Rente viagère annuelle égale à :
60% du nombre de point AGIRC/ARRCO acquis + 60% des droits de retraite complémentaire AGIRC/ARRCO qu'aurait acquis le Participant jusqu'à l'âge normal de départ en retraite

« X » étant l'âge du Participant au jour de son décès par différence de millésime.

⇒ CAPITAL SUBSTITUTIF

En cas de décès du Participant célibataire sans Enfant à charge, versement d'un capital égal à :

SALAIRE DE RÉFÉRENCE
(TRANCHES 1 ET 2)

100 %

⇒ RENTE ORPHELIN

En cas de décès du Participant et de son Conjoint, versement, à chaque Enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à 50 % de la rente versée au titre de la Garantie rente de Conjoint survivant.

Cette rente est versée jusqu'au 21^{ème} anniversaire de l'enfant, sauf invalidité telle que définie à l'article 3.2.1 des Conditions générales.

Dans tous les cas, les rentes sont versées dans les conditions définies pour la Garantie rente éducation.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

⇒ RENTE EDUCATION

Versement, à chaque Enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à :

	SALAIRE DE RÉFÉRENCE (TRANCHES 1 ET 2)
■ jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire inclus	15 %
■ jusqu'à son 26 ^{ème} anniversaire au plus tard (si poursuite d'études)	15 %

⇒ CAPITAL SUBSTITUTIF

En cas d'absence d'Enfant à charge, versement d'un capital égal à :

SALAIRE DE RÉFÉRENCE
(TRANCHES 1 ET 2)

50 %

OL
FP / B
FW
HHC
21

GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

⇒ **INCAPACITÉ TEMPORAIRE**

Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
80 %

DÉLAI DE FRANCHISE

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail continue de **19 mois**.

⇒ **INVALIDITÉ TOTALE OU PARTIELLE (hors accident du travail ou maladie professionnelle)**

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ 3ÈME CATÉGORIE	75 %
■ 2ÈME CATÉGORIE	75 %
■ 1ÈRE CATÉGORIE	50 %

⇒ **INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle)**

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

	<u>SALAIRE DE RÉFÉRENCE</u> (TRANCHES 1 ET 2)
■ TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE > OU = 66%	75 %
■ TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE > OU = 40% ET < 66%	50 %

IL EST RAPPELÉ QUE LES PRESTATIONS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL SONT VERSÉES DANS LES LIMITES PRÉVUES A L'ARTICLE 4.4 DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET A L'ARTICLE 7.4 DE LA NOTICE D'INFORMATION.

Salaire de référence

Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale

Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et huit (8) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

OL
FP LB
FW
ARC 3)

Annexe III : Liste des magasins "Casino" transférés et répartition au sein des sociétés COVICAR 71, COVICAR 72, COVICAR 73.

Enseigne	Format	Code postal	Département	CITY	Adresse
COVICAR 71	Hyper	56600	56	LANESTER	78 RUE AMBROISE CROIZAT
	Hyper	29600	29	SAINT-MARTIN-DES-CHAMPS	CENTRE COMMERCIAL BRETAGNIA
	Hyper	42150	42	LA RICAMARIE	CC DE LA BERAUDIERE
	Hyper	81000	81	ALBI	2 RUE FRANCISCO GOYA
	Hyper	65310	65	LALOUBERE (TARBES)	ROUTE DE BAGNERES
	Hyper	69400	69	VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	ZAC DU GARET B P 461
	Hyper	45200	45	AMILLY / (MONTARGIS)	AVENUE D'ANTIBES
	Hyper	95100	95	ARGENTEUIL	CENTRE COMMERCIAL COTE SEINE
	Hyper	84000	84	AVIGNON (CAP SUD)	162 AVENUE PIERRE SEMARD
COVICAR 72	Market	10000	10	TROYES	3 RUE DE LA MISSION
	Market	93150	93	LE BLANC-MESNIL	25 27 AVENUE HENRI BARBUSSE
	Market	38260	38	LA COTE-SAINT-ANDRE	RUE SALEPETRIERE
	Market	72460	72	SAVIGNE-L'EVEQUE	ZAC DE L'EPINE
	Market	13006	13	MARSEILLE 6E (PRADO)	42 AVENUE DU PRADO
	Market	13730	13	SAINT-VICTORET	ZAC DE LA LAUVE
	Market	64000	64	PAU	14 COURS BOSQUET
	Market	26300	26	BOURG-DE-PEAGE	CC ALPES PROVENCE
COVICAR 73	Market	93500	93	PANTIN	200 202 AV. JEAN LOLIVE
	Proxi	42570	42	SAINT-HEAND	13 RUE DE SAINT ETIENNE
	Proxi	19100	19	BRIVE-LA-GAILLARDE	IMMEUBLE NOUVELLES GALERIES
	Proxi	21500	21	MONTBARD	PLACE GAMBETTA
	Proxi	75002	75	PARIS 2E ARRONDISSEMENT	7 BIS BOULEVARD POISSONNIERE
	Proxi	06000	06	NICE	45 BIS BD GAMBETTA

FP 2D
FW
ARC OL
LB