

Formule aménagée SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé – CCN de l'Immobilier (IDCC 1527)

Synthèse des dispositions conventionnelles

Avenant n°65 du 20/07/2015 et ses 2 Annexes, étendu le 21/12/2015 (J.O. du 24/12/2015) à effet du 01/04/2016

Champ d'application	<p>La CCN règle les rapports entre les employeurs et salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des entreprises dont l'activité principale s'exerce dans l'Immobilier dans toutes les activités définies dans la division 68 de la Nomenclature d'Activités Française (NAF) en vigueur depuis le 01/01/2008 ; - des entreprises immatriculées sous le code 8110Z ; - dans les résidences de tourisme et résidences hôtelières pouvant être immatriculées sous le code 5520Z ; - Des holdings classe 6420Z et 7010Z dont l'activité principale s'exerce à travers des filiales relevant de la présente convention, des groupements d'intérêt économique, associations ou syndicats, créés par un groupe d'entreprises relevant en majorité de la présente convention, sauf application d'accords professionnels de branche dont ils peuvent relever ; - les organisations professionnelles patronales signataires de la convention. <p>NAF 2008 à titre indicatif : 4110A, 4110C, 4110D, 4299Z, 4619B, 5520Z, 6420Z, 6430Z, 6499Z, 6612Z, 6619A, 6630Z, 6810Z, 6820B, 6831Z, 6832A, 7010Z, 7490A, 7740Z, 7912Z, 8110Z.</p>
Garantie	<p>Les entreprises relevant de cette CCN doivent respecter les dispositions conventionnelles en matière de frais de santé énoncées dans l'avenant n°65 du 20/07/2015 étendu à effet du 01/04/2016.</p> <p>NB : les garanties conventionnelles sont responsables.</p>
Bénéficiaires	<p>Personnels de toutes les catégories, leurs ayants droit, les VRP mono employeurs et les VRP multi-employeurs si ces derniers relèvent du champ d'application de la CCN, les mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la sécurité sociale.</p>
Montant de la cotisation et répartition	<p>Aucun taux de cotisation n'est fixé dans le cadre de ce régime frais de santé.</p> <p>Participation employeur : minimum 55% de la cotisation obligatoire.</p>
Cas de dispense	<ul style="list-style-type: none"> - les salariés / apprentis bénéficiaires d'un CDD / contrat de mission d'une durée ≥ 12 mois, à condition de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ; - les salariés / apprentis bénéficiaires d'un CDD / contrat de mission d'une durée < 12 mois ; - les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale ≥ à 10 % de leur rémunération brute ; - les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'Article L.861-3 du code de la Ss ou d'une aide à l'ACS en application de l'Article L.863-1 du même code (jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture) ; - les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (jusqu'à échéance du contrat individuel) ; - les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, en la justifiant chaque année (l'Article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale).
Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	<p>Suspension indemnisée (ex : maternité, congé paternité, arrêt de travail ouvrant droit à maintien de salaire par l'employeur ou donnant lieu au versement d'indemnités journalières de la Ss complémentaires) : les garanties du régime frais de santé sont maintenues, employeur et salarié continuent à verser leur part de cotisation pendant la période de suspension du contrat de travail.</p> <p>- Suspension non indemnisée (ex : congé sabbatique, congé sans solde, congé pour création d'entreprise) : les garanties sont suspendues, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné. Toutefois, le salarié qui le souhaite peut demander le maintien de son adhésion au régime, sous réserve de s'acquitter de la cotisation en totalité (part patronale et part salariale) durant la période de suspension de son contrat de travail.</p>

La solution Swiss Life

Formules SLPE+ santé

La formule de base permettant de répondre aux minima conventionnels tout en proposant des remboursements plus élevés sur certaines garanties est la suivante :

- Ha100 / Db250 / Oa600 / Mb100 / P1

+ 4 clauses dérogatoires :

- Bloc hospitalisation :
 - les frais d'accompagnement s'élèvent à 35 € par jour ;
 - le forfait par maternité ou adoption et par enfant s'élève à minimum 10% PMSS.
- Bloc optique :
 - le forfait chirurgie réfractive s'entend tous les 2 ans et s'élève à 1 000 € par bénéficiaire.
- Bloc médecine :
 - le Forfait Médecines douces non remboursées s'entend par an et par bénéficiaire et s'élève à 100 €.

Outre ce socle conventionnel, la compagnie a défini 3 formules optionnelles facultatives afin de permettre aux adhérents de renforcer leur couverture santé :

- formule optionnelle n°1 : **Ha150 / Db300 / Oa600 / Mb150 / P1**

- formule optionnelle n°2 : **Ha200 / Db350 / Oa600 / Mb200 / P1**

- formule optionnelle n°3 : **Ha300 / Db450 / Oa600 / Mb300 / P2**

Tarifs

Régime général (cotisations mensuelles en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale) :

	Formule de base	Formule optionnelle n°1	Formule optionnelle n°2	Formule optionnelle n°3
Isolé	1,45 %	+ 0,24 %	+ 0,54 %	+ 1,19 %
Famille	3,61 %	+ 0,59 %	+ 1,34 %	+ 3,00 %
Unique	3,09 %	+ 0,53 %	+ 1,19 %	+ 2,61 %

Régime local (cotisations mensuelles en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale) :

	Formule de base	Formule optionnelle n°1	Formule optionnelle n°2	Formule optionnelle n°3
Isolé	0,94 %	+ 0,20 %	+ 0,43 %	+ 1,00 %
Famille	2,36 %	+ 0,48 %	+ 1,08 %	+ 2,46 %
Unique	2,03 %	+ 0,41 %	+ 0,93 %	+ 2,12 %



Aucune réduction supplémentaire (y compris enveloppe) ne sera accordée.

Nous vous rappelons que l'employeur est tenu de prendre en charge minimum 55% de la cotisation relative à la formule de base. En outre, la CCN impose de couvrir les ayants droit du salarié à titre obligatoire. Il convient donc de réaliser une affaire nouvelle intégrant cette modalité.

Souscription

Nous mettons à votre disposition un « projet » intégrant les modalités de cette offre (format formulaire pdf.) que vous pouvez remplir et remettre à votre client. Vous pouvez réaliser une affaire nouvelle sur *Solutions Particuliers & Professionnels* en effectuant une demande d'intervention compagnie. Indiquez dans le motif de cette demande, que vous souhaitez réaliser une affaire nouvelle pour une entreprise relevant de la CCN de l'immobilier et que vous souhaitez bénéficier des modalités de l'offre aménagée (y compris expression tarifaire).

Le projet est disponible sur SwissLine dans la rubrique *Produits / Entreprises / Offres CCN / CCN Immobilier (IDCC 1527)*.

Une formule supérieure aux minima de garanties conventionnelles, à un tarif compétitif !

Principaux écarts entre les garanties conventionnelles IMMOBILIER et celles de la formule SLPE + santé

Frais dentaires

Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	+ 125%
Inlays – onlays remboursés	+ 50%



Hospitalisation Médicale et chirurgicale

Chambre particulière	+ 5 € par jour
Frais de télévision pendant 15 jours / évènement	Garantie supplémentaire (+ 5 €)



Frais d'optique

Équipement 2 verres simples + monture	+ 20 €
Équipement 2 verres complexes + monture	+ 150 €
Équipement 2 verres ultra complexes + monture	+ 200 €



Médecine courante

Forfait prothèse auditive remboursée SS	Garantie supplémentaire (+50 €)
Forfait prothèse capillaire remboursée SS	Garantie supplémentaire (+50€)
Forfait cures thermales	Garantie supplémentaire (+150 €)

Tableau de garanties

		Formule de base	Formule optionnelle 1	Formule optionnelle 2	Formule optionnelle 3		
H	V a	Hospitalisation y compris maternité	100	150	200	300	
		. Honoraires dans le cadre du contrat d'accès aux soins					
		- Chirurgie - Obstétrique	100%	150%	200%	300%	
		- Anesthésie	100%	150%	200%	300%	
		. Honoraires hors contrat d'accès aux soins (1)					
		- Chirurgie - Obstétrique	100%	130%	180%	225%	
		- Anesthésie	100%	130%	180%	225%	
		. Frais de séjour	100%	150%	200%	300%	
		. Transport du malade	100%	150%	200%	300%	
		. Forfait hospitalier - durée illimitée (2)	FR	FR	FR	FR	
		. Chambre particulière - durée illimitée	40€/j	50€/j	60€/j	80€/j	
		. Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge	35€/j	35€/j	35€/j	36€/j	
		. Frais de télévision pendant 15 jours - par événement	5€/j	5€/j	5€/j	5€/j	
. Forfait par maternité ou adoption et par enfant	10% PMSS	10% PMSS	10% PMSS	10% PMSS			
D	V b	Dentaire (sans plafond annuel)	250	300	350	450	
		. Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Ss					
		. Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale	250%	300%	350%	450%	
		. Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250%	300%	350%	450%	
		. Prothèses et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale	250%	300%	350%	450%	
. Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale : implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie - Forfait par an et par bénéficiaire							
		370 €	410 €	450 €	650 €		
O	V a	Optique	600	600	600	600	
		Forfaits tous les 2 ans (3) par équipement (1 monture et 2 verres) - par bénéficiaire et selon le degré de correction :					
		- Deux verres simples	470 €	470 €	470 €	470 €	
		- Un verre simple et un verre complexe	610 €	610 €	610 €	610 €	
		- Un verre simple et un verre ultra complexe	660 €	660 €	660 €	660 €	
		- Deux verres complexes	750 €	750 €	750 €	750 €	
		- Un verre complexe et un verre ultra complexe	800 €	800 €	800 €	800 €	
		- Deux verres ultra complexes	850 €	850 €	850 €	850 €	
		DONT un forfait maximum pour la monture					
		Forfait par an et par bénéficiaire:	150 €	150 €	150 €	150 €	
		. Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale					
		Forfait tous les deux ans et par bénéficiaire:	300 €	300 €	300 €	300 €	
		. Chirurgie réfractive					
		1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €		
M	V b	Médecine - Pharmacie - Autre	100	150	200	300	
		. Honoraires dans le cadre du contrat d'accès aux soins					
		- Médecins	100%	150%	200%	300%	
		- Radiologie - Imagerie - Echographie	100%	150%	200%	300%	
		- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	150%	200%	300%	
		. Honoraires hors contrat d'accès aux soins (1)					
		- Médecins	100%	130%	180%	225%	
		- Radiologie - Imagerie - Echographie	100%	130%	180%	225%	
		- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	130%	180%	225%	
		. Hospitalisation à domicile	100%	150%	200%	300%	
		. Auxiliaires médicaux - Laboratoires	100%	150%	200%	300%	
		. Médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin - Forfait par an et par bénéficiaire					
			100 €	100 €	100 €	100 €	
		. Médicaments et homéopathie remboursés par la Sécurité sociale (4)					
		- à 65%	100%	100%	100%	100%	
		- à 30%	100%	100%	100%	100%	
		- à 15%	100%	100%	100%	100%	
		. Prothèses et appareillage auditif, orthopédique, capillaire	100%	150%	200%	300%	
		+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	70 €	90 €	130 €	
		+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	70 €	90 €	130 €	
. Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	100%	150%	200%	300%			
+ forfait par an et par bénéficiaire	150 €	170 €	190 €	230 €			
P		Module Prévention	1	1	1	2	
		. Pharmacie non remboursée sur prescription médicale					
		Forfait par an et par bénéficiaire	75 €	75 €	75 €	150 €	
		. Forfait prévention santé par an et par bénéficiaire : prise en charge de 50 % des dépenses de prévention non remboursées par la Sécurité sociale listées au contrat					
		100 €	100 €	100 €	200 €		
Carte Blanche Partenaire							
		OUI	OUI	OUI	OUI		
Assistance vie quotidienne							
		OUI	OUI	OUI	OUI		

(1) Si votre contrat prévoit un niveau de garantie égal à 225 %, la garantie sera ramenée à 200 % à compter du 1er janvier 2017 car la prise en charge des dépassements des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins sera plafonnée à hauteur de 200 % des bases de remboursement de la Sécurité sociale à compter de cette date. (2) Hors régime Alsace-Moselle. (3) La période est ramenée à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. (4) Y compris honoraires de dispensation.