

Annexe n° 3 - Prévoyance

Préambule

La branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile est caractérisée par une forte singularité. Les relations de travail y sont, de ce fait, régies principalement par des règles conventionnelles spécifiques.

En matière de prévoyance, les partenaires sociaux de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile jouent un rôle essentiel pour mettre en place un dispositif adapté à ces spécificités, permettant d'assurer l'effectivité des droits des salariés.

Dans le cadre des travaux de convergence des branches, les partenaires sociaux décident de mettre en place, au profit des salariés de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, un régime obligatoire et unique en matière de prévoyance en fusionnant les régimes existants dans les branches des salariés du particulier employeur¹ et des assistants maternels du particulier employeur², et les réserves financières afférentes.

La présente annexe prévoit les modalités de mise en place de ce régime et détermine les conditions d'application de l'article 83 du socle commun de la présente convention collective.

Les partenaires sociaux affirment ainsi leur attachement à l'existence d'une protection sociale effective au bénéfice des salariés de la branche, notamment contre les risques incapacité, invalidité, décès, afin de permettre, sous certaines conditions, une indemnisation en cas de réalisation de ces risques. Ils affirment également leur volonté d'assurer la lisibilité et l'équilibre du régime unifié, mais également de mettre en place des mécanismes de solidarité, notamment en renforçant la prise en charge des risques lourds et en améliorant les prestations à destination des ayants droit des salariés décédés.

Enfin, compte tenu des spécificités du secteur, toujours dans l'objectif d'assurer l'effectivité des droits des salariés et de simplifier les démarches des particuliers employeurs en la matière, il est confié à l'Association paritaire créée, aux termes de l'accord du 19 décembre 2018 figurant à l'annexe n° 2 de la présente convention collective, dénommée APNI, conformément à son objet social, la mission d'organiser, pour le compte des particuliers employeurs, la mise en œuvre du régime de prévoyance.

Article 1 – Bénéficiaires

Le régime de prévoyance institué par la présente annexe bénéficie à l'ensemble des salariés relevant de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, quelle que soit la nature de leur contrat de travail, sous réserve de remplir les conditions d'accès requises pour bénéficier effectivement des prestations prévues à l'annexe A (« Prestations ») à la présente annexe.

¹ *Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999, étendue par arrêté ministériel en date du 2 mars 2000, IDCC 2111*

² *Convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 étendue par arrêté ministériel du 17 décembre 2004, IDCC 2395*

Article 2 – Caractère obligatoire du régime

Le régime de prévoyance institué par la présente annexe revêt un caractère obligatoire pour tous les salariés et les particuliers employeurs relevant de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile.

Article 3 – Prestations

Article 3.1 - Informations sur les prestations

A titre liminaire, il est rappelé que :

- les dispositions légales et réglementaires relatives à l'indemnisation, par l'employeur, des absences pour maladie ou accident du travail, ne s'appliquent pas aux particuliers employeurs relevant de la présente annexe, qui ne sont pas des entreprises ;
- pour autant, le régime de prévoyance institué par la présente annexe, et mis en œuvre par les particuliers employeurs (par l'intermédiaire de l'APNI), *via* un contrat d'assurance souscrit au profit des salariés, assure un niveau de garanties globalement plus favorable que celui résultant de l'application des dispositions légales et réglementaires visées à l'alinéa précédent.

Dans ce cadre, un salarié qui ne remplirait pas les conditions pour bénéficier du régime de prévoyance ne peut solliciter un quelconque maintien de salaire auprès du particulier employeur.

Les prestations dont bénéficient les salariés du particulier employeur en application du régime de prévoyance, ainsi que leurs conditions d'accès, sont définies à l'Annexe A de la présente annexe, intitulée « *Prestations* ».

En tout état de cause, il est précisé que le versement des prestations relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur. Les prestations ne sauraient, en aucun cas, constituer un engagement pour le particulier employeur, qui n'est tenu qu'au seul paiement des cotisations.

Article 3.2 - Revalorisation des prestations

La référence annuelle utilisée pour la revalorisation des indemnités et rentes du régime de prévoyance est l'évolution annuelle, sur les douze (12) derniers mois, de la valeur du point de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, et ce, dans la double limite :

- des résultats techniques et financiers du régime lors de l'année précédente, d'une part et,
- de quatre-vingt-dix pour cent (90 %) du rendement annuel net des actifs en couverture des engagements du régime, d'autre part.

Il s'agit d'une référence s'appliquant automatiquement dans le cadre de l'établissement des comptes annuels, à défaut de décision spécifique de la CPPNI sur proposition de la Commission paritaire de suivi du régime de prévoyance (CPSP). En effet, au terme d'une étude actuarielle portant sur les équilibres

techniques de moyen et long termes et sur la situation financière des actifs sous gestion, la CPSP peut proposer à la CPPNI, dans les conditions prévues à l'article 23-1 du socle commun de la présente convention collective, de déroger à cette méthode de revalorisation.

Les dispositions du présent article font l'objet d'un réexamen par les partenaires sociaux, au plus tard dans un délai de trois (3) ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente annexe, puis tous les trois (3) ans.

Article 4 – Cotisations

Article 4.1 - Taux et assiette

Le taux et l'assiette de la cotisation servant au financement du régime de prévoyance sont définis à l'Annexe B, intitulée « *Cotisations* ».

Article 4.2 - Répartition

La cotisation est répartie de la manière suivante :

- cinquante pour cent (50 %) à la charge des particuliers employeurs ;
- cinquante pour cent (50 %) à la charge des salariés.

Article 4.3 - Evolution ultérieure des cotisations

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre le particulier employeur et les salariés, dès lors qu'elle :

- ne dépasse pas, annuellement, dix pour cent (10 %) du montant de la cotisation annuelle et, en tout état de cause ;
- n'aboutit pas à un pourcentage de cotisation supérieur à deux virgule soixante-quatorze pour cent (2,74 %) de l'assiette des cotisations du régime.

Au-delà de ces limites, l'augmentation de la cotisation fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant à la présente annexe.

Article 4.4 - Paiement des cotisations

En application de la loi, le recouvrement des cotisations afférentes au financement du régime de prévoyance est délégué par l'APNI (en sa qualité de collecteur) aux organismes de recouvrement du régime général et, pour les salariés relevant du régime agricole, aux caisses de mutualité sociale agricole, selon des modalités prévues par convention.

Article 5 – Suspension ou rupture du contrat de travail

Article 5.1 - Suspension du contrat de travail indemnisée par l'employeur

Article 5.1.1. Cas général

L'adhésion des salariés au régime de prévoyance de la branche est maintenue, sans versement de cotisation, 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 rémunération, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité financés au moins pour partie par le particulier employeur.

L'adhésion des salariés au régime est également maintenue, sans versement de cotisation, en cas de suspension de leur contrat de travail non indemnisée par le régime de sécurité sociale, pour les bénéficiaires qui ne remplissent pas les conditions d'activité requises en termes de cotisations ou d'heures travaillées.

Article 5.1.2. Activité partielle

L'adhésion des salariés au régime de prévoyance de la branche est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail liée à un placement en activité partielle, en application d'une disposition légale ou réglementaire spécifique au secteur. Dans une telle hypothèse :

- le particulier employeur verse une cotisation calculée selon le taux applicable aux salariés en activité, pendant toute la période de suspension du contrat de travail liée à l'activité partielle. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa propre part de cotisation ;
- l'assiette des cotisations est constituée de l'indemnité obligatoire d'activité partielle (à l'exclusion de l'éventuelle indemnité complémentaire), et ce quel qu'en soit le traitement social et fiscal ;
- l'assiette servant au calcul des prestations est identique à celle des cotisations définie ci-dessus.

Lorsque, au cours du même mois, le salarié a cumulé indemnité d'activité partielle et revenus d'activité, l'indemnité obligatoire d'activité partielle est l'assiette par défaut pour les heures chômées. Pour les heures travaillées, la rémunération reste cotisée dans les conditions prévues pour les salariés en activité.

Article 5.2. Suspension du contrat de travail non indemnisée par l'employeur

L'adhésion des salariés au régime de prévoyance de la branche est maintenue, sans versement de cotisation, en cas de suspension de leur contrat de travail non indemnisée, lorsqu'ils bénéficient de congés pour « enfant malade », dans les conditions prévues par l'article 48-2-2 du socle commun de la présente convention collective.

Article 5.3. Portabilité en cas de rupture du contrat de travail

Le régime de prévoyance est maintenu au profit des bénéficiaires visés à l'article 1 de la présente annexe, dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 5.4. Maintien complémentaire des garanties en cas de suspension ou de rupture du contrat de travail

Article 5.4.1. Généralités

En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail, et au-delà des cas de maintien des garanties visés aux articles 5.1. à 5.3. de la présente annexe, le salarié ou l'ancien salarié conserve, sans versement de cotisation, le bénéfice de l'ensemble des garanties prévues à la présente annexe pendant une durée de quatre (4) mois dans les conditions définies à l'article 5.4.2. de la présente annexe.

Article 5.4.2. Conditions du maintien complémentaire

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que la suspension ou la rupture du contrat de travail résulte :

- du déménagement du salarié du particulier employeur ou de l'assistant maternel du particulier employeur, ou du particulier employeur ;
- du sinistre du logement de l'assistant maternel du particulier employeur ou du particulier employeur ;
- du décès de l'enfant ou de la fratrie accueillie ;
- de l'arrêt de travail prévisible pour incapacité de travail.

Article 5.4.3. Date d'effet et cessation du maintien complémentaire

Le maintien complémentaire des garanties :

- prend effet au lendemain de la suspension ou de la rupture du contrat de travail ;
- cesse, le cas échéant, à :
 - o la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
 - o la date d'effet de la liquidation de la retraite de base du régime de sécurité sociale ;
 - o ou, à l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit.

Article 5.4.4. Assiette du maintien

S'agissant du niveau des prestations maintenues, le salaire de référence afférent est calculé dans les conditions prévues à l'annexe A, selon la garantie concernée, à partir des salaires perçus par le salarié ou l'ancien salarié avant la date de la suspension ou de la rupture du contrat de travail.

Article 6 – Association paritaire nationale (APNI)

Le rôle et les missions de l'APNI en matière de prévoyance sont décrits à l'article 84 du socle commun de la présente convention collective.

Article 7 – Fonds d'action sociale

Article 7.1 - Constitution et dénomination

Il est institué un fonds d'action sociale prévoyance dédié à la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile.

Le règlement du fonds d'action sociale précise les règles de fonctionnement du fonds et les modalités d'attribution des aides.

Le fonds d'action sociale ainsi constitué est dénommé « *fonds social de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile* ».

Article 7.2 - Objet du fonds d'action sociale

Le fonds a pour objet de consentir des aides ou secours à titre exceptionnel et/ou ponctuel, au profit des bénéficiaires du régime de prévoyance dont la situation matérielle, financière, physique ou psychologique est particulièrement digne d'intérêt.

Le fonds peut également intervenir dans des actions collectives ayant pour objectifs de mettre à la disposition des bénéficiaires des outils ou des structures leur permettant de trouver des compléments d'information ou des soutiens tant sur le plan matériel que sur le plan psychologique.

Ces actions revêtent un caractère non contributif.

Article 7.3 - Bénéficiaires du fonds d'action sociale

Le fonds est mis en place au profit des bénéficiaires visés à l'article 1 de la présente annexe (salariés en activité ou en période de maintien de garanties dans les conditions fixées à l'article 5 de la présente annexe, et leurs ayants droit), couverts par le régime de prévoyance.

Article 7.4 - Mode de financement du fonds d'action sociale

Le fonds est alimenté à hauteur de dix pour cent (10 %) du résultat technique du régime, tel que constaté au 31 décembre de chaque exercice, auquel s'ajoutent les produits financiers issus du placement du fonds d'action sociale au 31 décembre de chaque exercice, calculés sur la base de quatre-vingt-dix pour cent (90 %) du rendement net des actifs en couverture des engagements.

Article 7.5 - Définition des orientations stratégiques

La CPSP du régime de prévoyance de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile est chargée de la définition et du suivi des actions individuelles et des actions collectives dans le cadre des orientations stratégiques définies et validées par la CPPNI visée à l'article 19 du socle commun de la convention collective.

Article 7.6 - Mode de gestion du fonds d'action sociale

La gestion du fonds d'action sociale est déléguée à l'APNI ou à un autre opérateur de gestion après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence, pour la durée et selon les critères définis par la CPSP, validés par la CPPNI.

Cette gestion déléguée fait l'objet de comptes rendus réguliers à chaque réunion de ladite commission.

Le bilan de la gestion du fonds fait l'objet d'une présentation annuelle à la CPSP, selon les règles définies dans un document annexe.

La délégation consentie à l'opérateur de gestion peut prendre fin, moyennant un délai de prévenance de six (6) mois.

Article 8 – Commission de suivi et de pilotage

Les missions, la composition et le fonctionnement de la CPSP sont définis à l'article 23 du socle commun de la convention collective nationale de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile relatif aux commissions paritaires de la branche.

Article 9 – Information

Sous sa seule responsabilité, l'organisme assureur élabore et remet, à l'APNI, une notice d'information résumant les principales dispositions du régime de prévoyance.

Cette notice d'information sera transmise à chaque salarié visé à l'article 1 de la présente annexe et à tout nouvel embauché, soit directement par l'APNI, soit par l'organisme assureur dans le cadre d'une délégation, d'une sous-traitance ou d'un conventionnement.

Toute modification du régime fera l'objet d'une actualisation de cette notice réalisée par l'organisme assureur. Toute actualisation de la notice sera communiquée aux salariés concernés, directement par l'APNI, soit par l'organisme assureur dans le cadre d'une délégation, d'une sous-traitance ou d'un conventionnement.

Article 10 – Conséquences en cas de changement d'organisme assureur

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 (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) seront maintenues à leur niveau atteint à la date de la résiliation du contrat d'assurance et 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 devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Ces engagements seront couverts par l'ancien ou le nouvel organisme assureur.

Article 11 – Sort des réserves actuelles

Le sort des réserves afférentes aux régimes de prévoyance (la provision d'égalisation et la provision pour réserve générale) constituées respectivement dans les branches des assistants maternels du particulier employeur (pour un montant total de quatre-vingt-seize millions trois-cent-soixante-huit-mille deux-cent-quatre-vingt-quinze euros (96 368 295 €) au 31 décembre 2019) et des salariés du particulier employeur (pour un montant total de vingt-huit millions neuf-cent-vingt-neuf-mille huit-cent-quarante et un euros (28 929 841 €) au 31 décembre 2019), antérieurement à la convergence des deux branches, est délégué par les partenaires sociaux à l'APNI.

Les réserves afférentes aux fonds d'action sociale prévoyance, constituées respectivement dans les branches des assistants maternels du particulier employeur (pour un montant de sept millions deux-cent-soixante-dix-huit-mille deux-cent-quatre-vingt-deux euros (7 278 282 €) au 31 décembre 2019) et des salariés du particulier employeur (pour un montant de quatre millions sept-cent-trois-mille deux euros (4 703 002 €) au 31 décembre 2019), antérieurement à la convergence des deux branches, sont fusionnées en une seule réserve affectée au fonds d'action sociale du régime de prévoyance institué par l'article 7 de la présente annexe.

La réserve afférente au fonds social créé par avenant du 13 septembre 2010 à la convention collective nationale des salariés du particulier employeur, constituée dans cette branche avant sa convergence avec celle des assistants maternels du particulier employeur (pour un montant de trois millions cent-cinquante-six-mille cinq-cent-trente-cinq euros (3 156 535 €) au 31 décembre 2019), est intégrée à la réserve visée au paragraphe précédent et ainsi affectée au fonds d'action sociale du régime de prévoyance.

Article 12 – Entrée en vigueur

La présente annexe est applicable à compter du premier jour de l'année civile suivant celle de son extension.

Article 13 – Suivi de la présente annexe

Le premier réexamen par les partenaires sociaux de la mise en œuvre des dispositions de la présente annexe interviendra pour la première fois dans un délai de trois (3) ans à compter de sa date d'effet, puis tous les cinq (5) ans.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le

non-renouvellement du contrat d'assurance, et la modification corrélative de la présente annexe par avenant.

Article 14 – Dispositions générales

Le régime de prévoyance institué par la présente annexe remplace, en intégralité, l'ensemble des actes de droit du travail et dispositions conventionnelles portant sur le même objet, qui existaient respectivement au sein des branches des assistants maternels du particulier employeur et des salariés du particulier employeur, avant leur convergence.

Les conditions et modalités non prévues par la présente annexe sont celles définies par la réglementation en vigueur, la notice d'information et le règlement du fonds d'action sociale.

Annexe A : « Prestations » ⁽¹⁾

Définitions générales

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assistant maternel provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Rechute : Nouvel arrêt de travail intervenant dans les six (6) mois qui suivent la fin du précédent arrêt ; c'est le régime de sécurité sociale qui définit s'il y a rechute ou non.

Perte totale et irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : Est considéré en perte totale et irréversible d'autonomie le salarié qui bénéficie d'une rente d'invalidité du régime de sécurité sociale de 3^{ème} catégorie et est reconnu inapte par l'assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

⁽¹⁾ Dans l'annexe A de l'annexe 3 « Prévoyance » de la convention, les mots « de la part de l'assistant maternel » sont exclus de l'extension en application du principe d'égalité au regard de la définition des accidents retenue par la convention.

Garantie	Couverture	Conditions d'accès
Incapacité	<p>L'indemnité journalière complémentaire est égale à soixante-dix-huit pour cent (78 %) du salaire de référence journalier, sous déduction de l'indemnité journalière du régime de sécurité sociale brute recalculée.</p> <p>Elle est versée à compter</p> <ul style="list-style-type: none"> - du premier (1^{er}) jour en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle reconnu par le régime de sécurité sociale ; - du huitième (8^{ème}) jour en cas d'arrêt maladie, la carence étant appliquée pour chaque arrêt sauf en cas de rechute pour laquelle le régime de sécurité sociale n'applique pas de carence. <p>Le crédit d'indemnisation est égal à mille-quatre-vingt-quinze (1 095) jours. Le crédit peut être reconstitué entre deux arrêts à la condition d'une reprise d'activité de six (6) mois. En cas d'atteinte de l'âge légal de départ en retraite, le salarié bénéficie de cent-quatre-vingts (180) jours d'indemnisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Être titulaire d'un contrat de travail avec un particulier employeur au premier (1^{er}) jour de l'arrêt de travail ; * Justifier, sauf impossibilité absolue, de son incapacité au travail dans les conditions prévues à l'article 49 du socle commun de la présente convention collective ; * Justifier, au premier jour de l'arrêt de travail, de salaires réguliers dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, <ul style="list-style-type: none"> - c'est-à-dire de salaires mensuels consécutifs provenant d'un ou de plusieurs employeurs pendant les six (6) derniers mois ^(*) ; - ou avoir cotisé sur une période globale des quatre (4) trimestres civils précédant l'interruption de travail sur un salaire cumulé dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile au moins égal à quarante pour cent (40 %) du

	<p>L'indemnisation au titre de l'incapacité prend fin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas de cessation du versement des indemnités journalières du régime de sécurité sociale ; - à la date d'effet d'une rente d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ; - au premier jour d'effet de la retraite ou à l'âge légal de départ en retraite ; - au jour du décès du salarié. <p>L'indemnisation est susceptible d'être suspendue sur décision du médecin conseil après contrôle médical effectué par la CPAM ou le service médical de l'organisme assureur.</p> <p>La prescription pour la garantie incapacité est de cinq (5) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.</p>	<p>montant minimum de vieillesse et d'invalidité ;</p> <p>* Se soumettre à une contre-visite s'il y a lieu à l'initiative de l'organisme assureur.</p>
Garantie	Couverture	Conditions d'accès
Invalidité	<p>La rente annuelle d'invalidité est égale à quatre-vingt-quinze pour cent (95 %) du salaire de référence net de cotisations sociales salariales, sous déduction de la rente du régime de sécurité sociale brute recalculée.</p> <p>L'indemnisation commence à la date d'effet de l'invalidité telle que définie aux conditions d'accès et prend fin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la date d'effet de la retraite ; - à la date d'arrêt de l'éventuel versement de la pension ou de la rente d'invalidité du régime de sécurité sociale ; - à la date du passage par le régime de sécurité sociale en retraite pour inaptitude ; - à la date où le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à soixante-six pour cent (66 %) ou du passage d'une invalidité 2^{ème} catégorie à 1^{ère} catégorie ; - au jour du décès du salarié. <p>L'indemnisation est susceptible d'être suspendue sur décision du médecin conseil après contrôle médical effectué par la CPAM ou le service médical de l'organisme assureur. La prescription pour la garantie invalidité est de deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Être titulaire d'un contrat de travail avec un particulier employeur au premier (1^{er}) jour de l'arrêt de travail initial / évènement donnant naissance à l'invalidité ; * Être immatriculé au régime de sécurité sociale et percevoir une pension pour une invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie, ou une rente accident de travail pour une invalidité égale ou supérieure à soixante-six pour cent (66 %) ; ou Être reconnu par le service médical de l'organisme assureur à l'un des niveaux d'invalidité définis ci-dessus en cas de nombre insuffisant pour prétendre à une rente ou pension d'invalidité du régime de sécurité sociale ; * Justifier, au premier jour de l'arrêt de travail, de salaires réguliers dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, <ul style="list-style-type: none"> - c'est-à-dire de salaires mensuels consécutifs provenant d'un ou de plusieurs employeurs pendant les six (6) derniers mois^(*) ; - ou avoir cotisé sur une période globale des quatre (4) trimestres civils précédant l'interruption de travail sur un salaire cumulé dans la branche du secteur des particuliers

	employeurs et de l'emploi à domicile au moins égal à quarante pour cent (40 %) du montant minimum de vieillesse et d'invalidité ; * Se soumettre à une contre-visite s'il y a lieu à l'initiative de l'organisme assureur.
--	---

Garantie	Couverture	Conditions d'accès
Décès	<p>Le capital, en cas de décès ou de P.T.I.A., est égal à cinquante pour cent (50 %) du salaire de référence avec un minimum conventionnel fixé à cinquante pour cent (50 %) du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).</p> <p>La prescription pour la garantie décès est de dix (10) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.</p> <p>Sont reconnus comme bénéficiaires, sauf désignation expresse du salarié, dans l'ordre de priorité suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le conjoint survivant du bénéficiaire, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé par un jugement définitif ; - le partenaire du pacte civil de solidarité (PACS), c'est-à-dire la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par le code civil sous réserve qu'il ne soit rompu de fait à la date de décès ou de la PTIA ; - le concubin, c'est-à-dire la personne quel que soit son sexe, vivant au même domicile que l'assuré, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droits à prestations, sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un, ni l'autre, mariés ou liés par un PACS ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union ; - à défaut, les enfants du bénéficiaire, nés ou à naître ou représentés par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendant ; - à défaut les autres ascendants du bénéficiaire par parts égales entre eux, ou le survivant en cas de prédécédés ; - à défaut les autres personnes à charge au sens fiscal, par parts égales ; - à défaut les héritiers du bénéficiaire à proportion de leur part héréditaire. 	<p>* Être titulaire d'un contrat de travail avec un particulier employeur au jour du décès ou au jour de la constatation de la P.T.I.A. (ou au premier jour d'arrêt de travail en cas de décès à la suite d'un arrêt de travail) ;</p> <p>* Justifier au jour du décès ou de la constatation de la P.T.I.A. (ou au premier jour d'arrêt de travail), de salaires réguliers dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile,</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est-à-dire de salaires mensuels consécutifs provenant d'un ou de plusieurs employeurs pendant les trois (3) derniers mois ; - ou avoir cotisé sur une période globale des quatre (4) trimestres civils précédant le décès ou la constatation de la P.T.I.A. (ou au premier jour d'arrêt de travail en cas de décès à la suite d'un arrêt de travail) sur un salaire cumulé dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile au moins égal à quarante pour cent (40 %) du montant minimum de vieillesse et d'invalidité.

Rente d'éducation	<p>La rente d'éducation est versée aux enfants à charge fiscalement du salarié au moment du décès ou de la P.T.I.A., en cas de décès ou de P.T.I.A.. Elle est fixée par tranche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - douze pour cent (12 %) du salaire de référence jusqu'à 17 ans inclus avec une rente annuelle minimum fixée à un pour cent (1 %) du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) ; - seize pour cent (16 %) du salaire de référence, avec une rente annuelle minimum fixée à un virgule trente pour cent (1,30%) du PASS, jusqu'à 18 ans sans condition ou jusqu'à 25 ans inclus sous condition (poursuite d'étude de l'enfant à charge ou apprentissage, ou enfant demandeur d'emploi non indemnisé par le régime d'assurance chômage). <p>La rente d'éducation est servie sans limitation de durée en cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie du régime de sécurité sociale ou équivalente avant le 26^{ème} anniversaire, ou tant que l'enfant bénéficie de l'allocation adulte handicapé</p> <p>La prescription pour la garantie décès est de dix (10) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.</p>
--------------------------	---

Garantie	Couverture	Conditions d'accès
Maladies redoutées	<p>Le capital, en cas de survenance d'une maladie redoutée (**), constaté par l'organisme assureur, avec une date de diagnostic de la maladie postérieure à la date d'effet de la garantie, est égal à cinquante pour cent (50%) du salaire de référence avec un minimum conventionnel fixé à cinquante pour cent (50%) du PMSS.</p> <p>Le salarié de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile est le bénéficiaire de la prestation, la demande de versement d'un capital devant provenir du bénéficiaire de son vivant. En cas de décès, le capital sera versé à la succession. La prescription pour la garantie maladies redoutées est fixée à cinq (5) ans à compter de la date de constatation médicale validée par le service médical de l'organisme assureur.</p>	<p>* Être titulaire d'un contrat de travail avec un particulier employeur au jour du diagnostic de la maladie</p> <p>* Justifier au jour du diagnostic de la maladie, de salaires réguliers dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile,</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est-à-dire de salaires mensuels consécutifs provenant d'un ou de plusieurs employeurs pendant les trois (3) derniers mois ; - ou avoir cotisé sur une période globale des quatre (4) trimestres civils précédant le jour du diagnostic de la maladie sur un salaire cumulé dans la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile au moins égal à quarante pour cent (40%) du montant minimum de vieillesse et d'invalidité.

Règle de cumul pour les garanties incapacité et invalidité

Les prestations incapacité / invalidité versées au bénéficiaire ne peuvent pas, en s'ajoutant aux prestations en

espèces de même nature qui sont servies par le régime de sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, ou à toute autre rémunération résultant d'une activité salariée ou prestation de l'assurance chômage, avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à cent pour cent (100%) du salaire net moyen, calculé sur les trois (3) derniers mois précédant l'arrêt de travail.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie est réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées peuvent être réclamées.

Salaire de référence pour la garantie incapacité

Si le salarié cotise en base réelle, il s'agit du salaire mensuel brut moyen, limité au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), soumis à cotisations sociales et patronales, perçu par le salarié au cours des trois (3) derniers mois précédant le premier jour d'arrêt de travail, à l'exclusion des congés payés lorsqu'ils sont versés mensuellement en même temps que le salaire.

Si le salarié cotise en base forfaitaire, il s'agit du salaire mensuel brut moyen calculé sur la base du SMIC en vigueur et du nombre d'heures de travail moyen effectué dans la profession au cours des trois (3) derniers mois précédant le premier jour d'arrêt de travail.

Le salaire de référence journalier est égal au salaire mensuel brut moyen / trente virgule quarante-deux (30,42).

En cas d'absence inférieure à soixante (60) jours pour maladie, accident de travail, maternité ou congés payés, le salaire de référence est reconstitué *pro rata temporis*.

En cas d'absence supérieure à soixante (60) jours pour maladie, accident de travail, maternité ou congés payés, le salaire de référence est reconstitué sur la base des trois (3) mois antérieurs les plus proches comprenant au moins un (1) mois travaillé.

En cas de rechute constatée par le régime de sécurité sociale, le salaire de référence retenu est celui utilisé pour l'indemnisation de la période d'arrêt précédente et dans ce cas, la carence n'est pas appliquée.

L'indemnité journalière du régime de sécurité sociale est reconstituée selon la méthode de calcul du régime de sécurité sociale et calculée sur la base de cinquante pour cent (50%) du salaire journalier. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts, dans la limite d'un virgule huit (1,8) SMIC, des trois (3) mois qui précèdent l'arrêt de travail (ou des douze (12) mois précédant la cessation d'activité pour une activité non continue).

Salaire de référence pour les garanties invalidité, capital décès, rente éducation et maladies redoutées

Si le salarié cotise en base réelle, il s'agit du salaire annuel brut, limité au plafond annuel du régime de sécurité sociale, soumis à cotisations sociales et patronales, perçu par le salarié au cours des quatre (4) trimestres civils précédant l'évènement, soit :

- l'arrêt de travail initial pour la garantie invalidité ;
- le décès ou la P.T.I.A. pour la garantie capital décès ou la garantie rente d'éducation, et en cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul de la prestation sont celles des quatre (4) derniers trimestres civils précédant la date de l'arrêt de travail ;

- la constatation d'une des maladies redoutées pour la garantie maladies redoutées, et si la constatation survient au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul de la prestation sont celles des quatre (4) derniers trimestres civils précédant la date de l'arrêt de travail.

Si le salarié cotise en base forfaitaire, le salaire de référence correspond au salaire annuel brut calculé sur la base du SMIC en vigueur et du nombre d'heures de travail effectué chez les employeurs relevant de la présente convention collective, au cours des quatre (4) trimestres civils précédant l'évènement, selon la même méthode définie ci-dessus en base réelle.

Précision : en cas de passage d'une invalidité de 1^{ère} catégorie vers une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, le salaire de référence est celui de l'arrêt initial/évènement qui donne naissance à l'invalidité (soit l'invalidité 1^{ère} catégorie).

La pension invalidité est reconstituée sur la base de cinquante pour cent (50%) du salaire de référence.

(*) En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail prévu à l'article 5.2. ou 5.4. de la présente annexe, la justification de 6 salaires mensuels consécutifs dans la branche s'établit sur la période des douze (12) derniers mois et le salaire de référence est calculé sur les trois (3) derniers mois de la période des six (6) mois consécutifs travaillés.

() Définition des maladies redoutées couvertes**

1. Cancer. Tumeur maligne (y compris cancers in situ) dont le diagnostic est confirmé par un oncologue sur la base d'un examen histopathologique. La terminologie « tumeur maligne » inclut la leucémie, le lymphome et le sarcome. Les tumeurs bénignes et les affections pré-malignes sont exclues.
2. Infarctus. Nécrose d'une partie du muscle cardiaque, due à un apport sanguin insuffisant, qui entraîne tous les signes médicaux de l'infarctus aigu du myocarde. Le diagnostic d'un infarctus du myocarde récent doit être confirmé par un cardiologue.
3. Pontage coronarien avec sternotomie. Chirurgie à thorax ouvert par pontages veineux ou artériels pour rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires.
4. Accident vasculaire cérébral avec symptômes de lésions cérébrales permanentes. Accident vasculaire cérébral avec séquelles cliniques persistantes dont le diagnostic est confirmé par un neurologue. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont spécifiquement exclus
5. Transplantation d'un organe vital. Être receveur d'une transplantation de moelle osseuse ou du cœur, rein, foie, poumon, ou pancréas ou être sur la liste d'attente pour une telle intervention. La transplantation d'autres organes, parties d'organes ou de cellules n'est pas couverte.
6. Sclérose en plaques avec syndromes persistants. Sclérose en plaques avec altérations cliniques persistant de manière continue depuis au moins six (6) mois et dont le diagnostic définitif est confirmé par un neurologue.
7. Insuffisance rénale nécessitant un traitement par dialyse. Le diagnostic doit être confirmé par un néphrologue.
8. Maladie de Parkinson déclarée avec troubles permanents de la fonction motrice associés à des tremblements. Le diagnostic doit être confirmé par un neurologue. Le syndrome Parkinsonien de conséquence médicamenteuse n'est pas couvert.
9. Maladie d'Alzheimer et autres démences organiques (par détérioration et perte de la capacité intellectuelle ou d'autres désordres irréversibles et dégénératifs du cerveau, requérant une surveillance continue de l'assuré).

Détérioration et perte de la capacité intellectuelle, sous forme de maladie d'Alzheimer, ou d'autres désordres irréversibles, organiques et dégénératifs du cerveau, requérant une surveillance continue de l'assuré. Un neurologue qualifié doit confirmer le diagnostic à partir d'un examen clinique et des tests ou questionnaires de référence.

Les démences d'origine psychiatrique sont spécifiquement exclues. Un spécialiste qualifié doit confirmer le diagnostic à partir d'un examen clinique et des tests ou questionnaires de référence.

Annexe B : « Cotisations »

Garantie	Taux de cotisation Global	Taux de cotisation (part employeur)	Taux de cotisation (part salarié)
Incapacité	0,86%	0,430%	0,430%
Invalidité	0,83%	0,415%	0,415%
Décès	0,20%	0,100%	0,100%
Rente d'éducation	0,17%	0,085%	0,085%
Maladies redoutées	0,18%	0,090%	0,090%
Total	2,24%	1,120%	1,120%

L'assiette des cotisations est l'assiette retenue pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, limitée au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).