

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU GOLF DU 13 JUILLET 1998
(IDCC 2021)**

**AVENANT n°91 DU 24/09/2024 relatif aux régimes complémentaires de prévoyance
et de frais de santé.**

Entre, d'une part les organisations professionnelles d'employeurs :

- Le Groupement des entrepreneurs de golf français (GEGF)
- Le Groupement français des golfs associatifs (GFGA)

Et, d'autre part les syndicats de salariés :

- La Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC)
- Le Syndicat National de l'Education Permanente, de la formation, de l'Animation, du sport, de l'hébergement et du Tourisme Force Ouvrière (SNEPAT-FO)
- La Confédération française démocratique du travail (CFDT)
- La Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Préambule :

Le présent avenant annule, remplace et intègre certaines dispositions au sein du chapitre XI relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé complémentaire de la CCN du Golf afin de la mettre en conformité avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux catégories objectives, les modifications intervenues dans la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, ainsi que les dispositions du Bulletin officiel de la Sécurité sociale relative au traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 – BENEFICIAIRES DES REGIMES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

- **L'article 11.1.1 paragraphe 2 « 2. Salariés couverts » est supprimé et modifié comme suit :**

« 2. Les salariés couverts

L'ensemble des salariés non-cadres ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017, des entreprises visées au 1 du présent article, sont couverts sans condition d'ancienneté. »

- **L'article 11.2.1 paragraphe 2 « 2. Salariés couverts » est supprimé et modifié comme suit :**

« 2. Salariés couverts

Tous les salariés cadres, relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017, des entreprises visées au 1 du présent article sont couverts sans condition d'ancienneté.

Toutefois, la couverture mise en place dans le cadre de la présente convention collective nationale ne s'applique pas aux salariés cadres relevant de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952.
»

Article 2 – GARANTIES DU REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

- **L'article 11.3.1.2 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :**

La référence à la CMU-C et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est remplacée par la « Complémentaire santé solidaire (CSS) visée à l'article L.861-1 du Code de la Sécurité sociale ».

Le reste de l'article reste inchangé.

- **Le point 3 « Garantie optionnelle » de l'article 11.3.2 « Garanties » présentant le tableau des garanties est mis à jour comme suit :**

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement total Garantie Socle CCN Golf	Remboursement total Garantie optionnelle CCN incluant la garantie socle Golf	Remboursement total Garantie surcomplémentaire A+
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	150 % BR	200 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	170 % BR	200 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	90 % BR	160 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes techniques y compris radiologie médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	160 % BR	200 % BR	360 % BR
Actes techniques y compris radiologie médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	160 % BR	200 % BR	300 % BR
Analyses, et examens de laboratoire médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonSoutienPsy »	60% BR	90% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de prévention ⁽²⁾	De 35 % à 70 % BR	De 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie	-	-	80€/an	80€/an	150€/an

Paraphe
RL

Paraphe
UB

Paraphe
VL

Médicaments :					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical :					
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	250 % BR	290 % BR	400 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses ⁽³⁾	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	250 % BR	290 % BR	400 % BR
- Forfait véhicule pour handicapé physique remboursé ou non par le régime de base	-	-	500€/an	500€/an	500€/an
HOSPITALISATION ⁽⁴⁾					
Frais de séjour en secteur conventionné ⁽⁵⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	Frais réels	Frais réels
Honoraires :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	300 % BR	350 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁷⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulières y compris ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁸⁾	-	-	45€/jour	75€/jour	100€/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	30€/jour	40€/jour	60€/jour
OPTIQUE					
Équipement : 2 verres + monture			1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁹⁾		
Équipements 100 % santé (Classe A) ⁽¹⁰⁾					
- Monture	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (classe B)					
- Monture	60 % BR	90 % BR	100€	100€	100€
- Verre simple Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	90 % BR	65€/verre	100€/verre	160€/verre
- Verre complexe Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	90 % BR	140€/verre	225€/verre	230€/verre
- Verre très complexe Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	90 % BR	175€/verre	250€/verre	300€/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec phtre ⁽¹⁰⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	90 % BR	100 %BR+200€/an	100 %BR+200€/an	100 %BR+400€/an
Lentilles non remboursées par le régime de base (y compris jetables)	-	90 % BR	100€/an	200€/an	300€/an
Chirurgie réfractive de l'œil	-	90 % BR	-	400€/œil	600€/œil
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹⁰⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé) y compris implantologie remboursée par le RO	60 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	370 % BR
Inlay Onlay (hors 100% santé)	60 % BR	90 % BR	125 % BR	170 % BR	370% BR
Prothèses (hors 100% Santé)					
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹²⁾	60 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
- prothèses à honoraires libres y compris couronne implanto-portée	60 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
- forfait complémentaire prothèses à honoraires maîtrisés ou libres	-	-	+375 % BR	+495 % BR	+535% BR + 300 €/an
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base ⁽¹³⁾	-	-	200 % BR	200 % BR	200 % BR + 400 €/an
- Plafond annuel du forfait complémentaire des prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres et prothèses non remboursées	-	-	1500 €/an	1500 €/an	2000 €/an
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	300 % BR	450 % BR	450 % BR
Implantologie (hors couronne implanto-portée, prise en charge sur devis adressé à l'organisme assureur)	-	-	200€/an	200€/an	600€/an
Parodontologie non remboursée par le régime de base (prise en charge sur devis adressé à l'organisme assureur)	-	-	-	100€/an	400€/an
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾					
Équipements 100% Santé (Classe I) ⁽¹⁰⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le RO jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	90 % BR	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Aides auditives Classe II prises en charge par le RO à partir de 21 ans	60 % BR	90 % BR	1 225 €	1400 €	1 700 €
CURES THERMALES					

Paraphe
RL

Paraphe
UB

Paraphe
VL

Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	De 55% à 70 % BR	65 % ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	200 €/an
DIVERS					
Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs) ⁽¹⁵⁾ la prime de naissance s'entend pour un forfait par foyer	-	-	10 % PMSS	15 % PMSS	15 % PMSS
Transports remboursés par le RO	55 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	300 % BR
De Réseau de soins SANTECLAIR	-			oui	

BR: Base de remboursement **FR:** Frais réels **RO:** Régime Obligatoire **PMSS:** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L.160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) Podo-orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et châssis. Pour les prothèses optiques et auditives, il faut se reporter aux postes correspondants.

(4) Le Régime prend notamment en charge le Forfait Patient Urgences.

(5) Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone.

(6) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(7) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(8) Prise en charge limitée à 60 jours/an en hospitalisation ; 45 jours/an en psychiatrie ; 12 jours/an en maternité.

(9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(10) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(11)

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries
- verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe ou 1 verre simple et 1 verre très complexe

(12) Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(13) La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible à plaque résine d'1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

(14) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(15) Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base+ régime complémentaire) est inchangé.

Article 3 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Article 3.1 : Régime de prévoyance des salariés non cadres

- **L'article 11.1.9 « Suspension du contrat de travail » est créé et rédigé comme suit :**

« Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre de la présente couverture est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- soit 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 cette dernière 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 rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, les cotisations correspondantes continuent d'être versées normalement par l'employeur et le salarié, à charge pour l'employeur d'en assurer le reversement complet auprès de l'organisme assureur.

Le maintien est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail du salarié, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

Dans tous les autres cas de suspension de contrat de travail (par exemple, les salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties en cas de décès (décès, IAD, rente éducation) prévues par la présente couverture peuvent continuer à être accordées pendant la durée de la suspension de contrat de travail et sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante directement auprès de l'organisme assureur ».

- **Modification de l'assiette des cotisations - L'article 11.1.7-1 « Taux, assiette et répartition des cotisations » est modifié comme suit :**

Les partenaires sociaux de la CCN du golf ont défini un taux maximal de cotisation que les employeurs devront consacrer au financement des garanties définies à l'article 11.1.3.

Le taux maximal global consacré au financement de l'ensemble des garanties définies à l'article 11.1.3 figure dans le tableau des cotisations ci-dessous.

Ces cotisations maximales sont fixées au titre des exercices 2022,2023 et 2024. Au-delà de 2024, ils feront l'objet d'un réexamen annuel en commission paritaire.

Ces cotisations devront être assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de la sécurité sociale ou de la MSA, la cotisation étant répartie selon les pourcentages définis par les partenaires sociaux de la branche d'activité, à savoir :

- 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Les cotisations servant au financement du régime de prévoyance complémentaire ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ou au titre du présent régime.

Il est précisé que pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visé à l'article 11.1.9., l'indemnisation versée dans ce cadre, bien que non soumise à cotisation de Sécurité sociale, est intégrée dans l'assiette de la cotisation.

Leur versement relève de la responsabilité des entreprises visées à l'article 11.1.1.1.

Elles sont appelées pour les salariés dès l'embauche.

Aucune modification est apportée aux taux de cotisations conventionnels et taux d'appel.

- **Modification de l'assiette des prestations - L'article 11.1.4. « Salaire annuel de référence » est modifié comme suit :**

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations correspond au total des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des 12 mois précédant l'événement.

Il sera calculé en tenant compte de tous les éléments contractuels entrant dans l'assiette des cotisations sociales, plafonnés au maximum de la tranche B.

Lorsque le salarié ne justifie pas de 12 mois entiers de rémunération dans l'entreprise adhérente, le salaire de référence pris en compte est le salaire mensuel moyen de la période considérée multiplié par 12 mois.

Les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visée à l'article 11.1.9, l'indemnisation versée dans ce cadre est intégrée dans l'assiette des prestations.

- **Modification de la règle de cumul –**
 - **Le premier paragraphe « Montant de l'indemnisation » de l'article 11.1.3. 1 « Incapacité temporaire de travail » est modifié comme suit :**

Le cumul de l'indemnité du régime de base et de l'indemnité complémentaire ne doit pas excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Si à la date d'arrêt de travail, le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visé à l'article 11.1.9, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à l'assiette des prestations.

Les autres dispositions de l'article restent inchangées.

- **Le dernier paragraphe de l'article 11.1.3. 2 « Invalidité et incapacité permanente professionnelle » est modifié comme suit :**

Cette pension ne pourra en aucun cas dépasser le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Si à la date d'arrêt de travail, le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visé à l'article 11.1.9, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à l'assiette des prestations.

Les autres dispositions de l'article restent inchangées.

Article 3.2 : Régime de prévoyance des salariés cadres

- **L'article 11.2.9 « Suspension du contrat de travail » est créé et rédigé comme suit :**

« Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre de la présente couverture est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- soit 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 cette dernière 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 rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, les cotisations correspondantes continuent d'être versées normalement par l'employeur et le salarié, à charge pour l'employeur d'en assurer le reversement complet auprès de l'organisme assureur.

Le maintien est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail du salarié, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

Dans tous les autres cas de suspension de contrat de travail (par exemple, les salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties en cas de décès (décès, IAD, rente éducation) prévues par la présente

couverture peuvent continuer à être accordées pendant la durée de la suspension de contrat de travail et sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante directement auprès de l'organisme assureur ».

- **Modification de l'assiette des cotisations - L'article 11.2.7-1 « Taux, assiette et répartition des cotisations » est modifié comme suit :**

Les partenaires sociaux de la CCN du golf ont défini un taux maximal de cotisation que les employeurs devront consacrer au financement des garanties définies à l'article 11.2.3.

Le taux maximal global consacré au financement de l'ensemble des garanties définies à l'article 11.2.3 figure dans le tableau des cotisations ci-dessous.

Ces cotisations maximales sont fixées au titre des exercices 2022,2023 et 2024. Au-delà de 2024, ils feront l'objet d'un réexamen annuel en commission paritaire.

En application de l'article 1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017, les cotisations assises sur la tranche A du salaire sont exclusivement à la charge de l'employeur (soit 1,50 % TA).

Ces cotisations devront être assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de la sécurité sociale ou de la MSA, la cotisation étant répartie selon les pourcentages définis par les partenaires sociaux de la branche d'activité, à savoir :

- 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Les cotisations servant au financement du régime de prévoyance complémentaire ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ou au titre du présent régime.

Il est précisé que pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visé à l'article 11.2.9., l'indemnisation versée dans ce cadre, bien que non soumise à cotisation de Sécurité sociale, est intégrée dans l'assiette de la cotisation.

Leur versement relève de la responsabilité des entreprises visées à l'article 11.1.1.1.

Elles sont appelées pour les salariés dès leur embauche.

Aucune modification est apportée aux taux de cotisations conventionnels et taux d'appel.

- **Modification de l'assiette des prestations - L'article 11.2.4. « Salaire annuel de référence » est modifié comme suit :**

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations correspond au total des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des 12 mois précédant l'événement.

Il sera calculé en tenant compte de tous les éléments contractuels entrant dans l'assiette des cotisations sociales.

Lorsque le participant ne justifie pas de 12 mois entiers de rémunération dans l'entreprise adhérente, le salaire de référence pris en compte est le salaire mensuel moyen de la période considérée multiplié par 12 mois.

- **Modification de la règle de cumul –**
 - **Le premier paragraphe « Montant de l'indemnisation » de l'article 11.2.3. 1 « Incapacité temporaire de travail » est modifié comme suit :**

Le cumul de l'indemnité du régime de base et de l'indemnité complémentaire ne doit pas excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Si à la date d'arrêt de travail, le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visé à l'article 11.2.9, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à l'assiette des prestations.

Les autres dispositions de l'article restent inchangées.

- **Le dernier paragraphe de l'article 11.1.3. 2 « Invalidité et incapacité permanente professionnelle » est modifié comme suit :**

Cette pension ne pourra en aucun cas dépasser le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Si à la date d'arrêt de travail, le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, tel que visé à l'article 11.2.9, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à l'assiette des prestations.

Les autres dispositions de l'article restent inchangées.

Article 3.3 : Régime frais de santé

- **L'article 11.3.4.3 « Suspension du contrat de travail » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :**

« Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre de la présente couverture est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacités) versées par le régime obligatoire d'assurance maladie
- soit 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 cette dernière 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 rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, les cotisations correspondantes continuent d'être versées normalement par l'employeur et le salarié, à charge pour l'employeur d'en assurer le reversement complet auprès de l'organisme assureur.

Le maintien est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail du salarié, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

Dans tous les autres cas de suspension de contrat de travail (par exemple, les salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par la présente couverture peuvent continuer à être accordées pendant la période de suspension du contrat de travail et sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante directement auprès de l'organisme assureur ».

Article 4 – Entreprises de moins de 50 salariés

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir pour les entreprises de moins de cinquante salariés des dispositions spécifiques types telles que prévues à l'article L.2261-23-1 du code du travail.

Article 5 - Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 6 – Date d'application

Les dispositions de l'article 2 du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024 et ce pour une durée indéterminée.

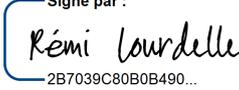
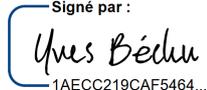
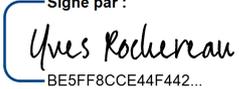
Le reste des dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025 et ce pour une durée indéterminée.

Article 7 – Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L.2231-6 et D.2231-2 du Code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Levallois, le 24/09/2024

SIGNATURE DES PARTENAIRES SOCIAUX

<p>CFDT</p> <p>Signé par :  2B7039C80B0B490...</p> <p>Nom : Rémi LOURDELLE</p>	<p>CFE - CGC</p> <p>Signé par :  2BD45CA7ECC6438...</p> <p>Nom : Vincent LABARRE</p>	<p>CFTC</p> <p>Signé par :  1AECC219CAF5464...</p> <p>Nom : Yves BECHU</p>
<p>SNEPAT - FO</p> <p>DocuSigned by:  19A9FC2F14B744C...</p> <p>Nom : Patrice BERNARD</p>		
<p>GFGA</p> <p>Signé par :  BE5FF8CCE44F442...</p> <p>Nom : Yves ROCHEREAU</p>	<p>GEGF</p> <p>Signé par :  C997E2302B644A4...</p> <p>Nom : Laurent BOISSONNAS</p>	