

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

**AVENANT n°95 DU 20/02/2026 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 Fédération INOVA de la Confédération Française de l'Encadrement-Confédération Générale des Cadres (INOVA 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 Fédération F3C de la Confédération Française Démocratique du Travail (F3C CFDT)
- La Fédération Commerce, Services et Force de Vente de la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC-CSFV)

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, notamment afin de modifier le taux d'appel des cotisations et d'apporter des améliorations de garanties au régime complémentaire frais de santé.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 – TAUX DE COTISATIONS DU REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

L'article 11.3.4.1. « Répartition des taux de cotisations » est modifié comme suit :

« Les garanties sont accordées aux salariés, et éventuellement à tout ou partie de leurs ayants droit, moyennant une cotisation maximale qui devra être établie selon l'une des 3 structures tarifaires définies, au choix de l'employeur (Isolé, famille, monoparentale).

Conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, l'employeur prend en charge 50 % de la cotisation afférente à la couverture mise en place à titre obligatoire dans l'entreprise, y compris lorsque la garantie optionnelle et la couverture des ayants droit sont rendus obligatoires.

Tableaux des taux de cotisations

(Applicables que la couverture soit mise à titre obligatoire ou facultative s'agissant de la garantie optionnelle et de l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

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

Taux de cotisations en % du PMSS et TTC.

Taux de cotisations conventionnels

Régime général hors Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	1,20 %	1,63 %	+ 0,42 %	2,05 %
Isolé/ monoparental	2,08 %	2,90 %	+ 0,80 %	3,70 %
Isolé famille	3,14 %	4,68 %	+ 1,14 %	5,82 %

Régime général Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	0,92 %	1,23 %	+ 0,42 %	1,65 %
Isolé/ monoparental	1,59 %	2,17 %	+ 0,80 %	2,97 %

Isolé/ famille	2,37 %	3,52 %	+ 1,14 %	4,66 %
-----------------------	---------------	---------------	-----------------	---------------

Régime agricole hors Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	1,13 %	1,53 %	+ 0,39 %	1,92 %
Isolé/ monoparental	1,96 %	2,72 %	+ 0,75 %	3,47 %
Isolé/ famille	2,94 %	4,39 %	+ 1,07 %	5,46 %

Régime agricole Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	0,86 %	1,16 %	+ 0,39 %	1,55 %
Isolé/ monoparental	1,49 %	2,04 %	+ 0,75 %	2,79 %
Isolé/ famille	2,22 %	3,30 %	+ 1,07 %	4,37 %

Les tarifs Loi Évin sont identiques à ceux des actifs lors de la première année. Ils seront ensuite majorés la deuxième année puis la troisième année de manière à atteindre 125 % puis 150 % du tarifs des actifs.

Sont par ailleurs proposés (cf ci-dessous) aux entreprises adhérentes à l'organisme assureur référencé (APGIS) des taux d'appel négociés par les partenaires sociaux de la CCN du GOLF auprès de l'organisme assureur référencé.

Taux de cotisations (taux d'appel)

Un taux d'appel, sur une période de 12 mois soit pour l'année 2026, sauf évolutions légales ou réglementaires, a été négocié par les partenaires sociaux de la CCN du golf en concertation avec l'organisme assureur référencé. Le taux d'appel est plafonné à 85 % du taux conventionnel.

Régime général hors Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	1,02 %	1,39 %	+ 0,42 %	1,81 %
Isolé/ monoparental	1,77 %	2,47 %	+ 0,80 %	3,27 %
Isolé/ famille	2,67 %	3,98 %	+ 1,14 %	5,12 %

Régime général Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	0,78 %	1,05 %	+ 0,42 %	1,47 %
Isolé/ monoparental	1,35 %	1,85 %	+ 0,80 %	2,65 %
Isolé/ famille	2,01 %	2,99 %	+ 1,14 %	4,13 %

Régime agricole hors Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total

	Total	Total	En complément	Total
Isolé	0,96 %	1,30 %	+ 0,39 %	1,69 %
Isolé/ monoparental	1,67 %	2,31 %	+ 0,75 %	3,06 %
Isolé/ famille	2,50 %	3,73 %	+ 1,07 %	4,80 %

Régime agricole Alsace-Moselle

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle y compris couverture conventionnelle	Surcomplémentaire A +	Régime surcomplémentaire y compris couverture conventionnelle + garantie optionnelle
	Total	Total	En complément	Total
Isolé	0,73 %	0,99 %	+ 0,39 %	1,38 %
Isolé/ monoparental	1,27 %	1,73 %	+ 0,75 %	2,48 %
Isolé/ famille	1,89 %	2,81 %	+ 1,07 %	3,88 %

»

Article 2 – GARANTIES DU REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

- 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	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	-	-	50€ par séance, 3 par an et par bénéficiaire	50€ par séance, 3 par an et par bénéficiaire	50€ par séance, 3 par an et par bénéficiaire
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	80€/verre	100€/verre	160€/verre
- Verre complexe Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	90 % BR	170€/verre	225€/verre	230€/verre
- Verre très complexe Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	90 % BR	215€/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 implantoportée	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⁾					
Equipements 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					
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
Réseau de soins	-			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 Aco). 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 – DEFINITION DE LA NOTION DE « TRANCHE A » ET « TRANCHE B » POUR LE REGIME DE PREVOYANCE

- **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.

*Tranche A : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
Tranche B : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

- **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.

*Tranche A : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
Tranche B : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre (4) et huit (8) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation prévus à cet article ne sont pas modifiés.

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 - Date d'application & Révision

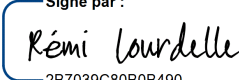
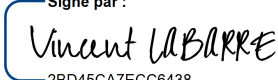
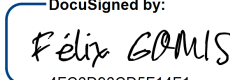
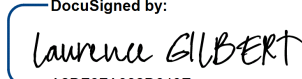
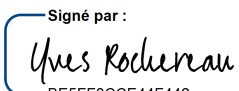

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 et ce jusqu'au 31 décembre 2026.

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

Article 6 – 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-Perret, le 20 février 2026

<p>F3C CFDT</p> <p>Signé par :  2B7039C80B0B490...</p> <p>Nom : Rémi LOURDELLE</p>	<p>INOVA CFE - CGC</p> <p>Signé par :  2BD45CA7ECC6438...</p> <p>Nom : Vincent LABARRE</p>	<p>CFTC-CSFV</p> <p>DocuSigned by:  4FC6D96CD5F14F1...</p> <p>Nom : Félix GOMIS</p>
<p>SNEPAT - FO</p> <p>DocuSigned by:  A2DF6FA082D640E...</p> <p>Nom : Laurence GILBERT</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>	