



Commission
paritaire santé
et prévoyance

Questions / Réponses

Webinaire de Branche du 12 novembre 2025 : Prévoyance et complémentaire santé, ce qui change au 1er janvier 2026

Ce « Questions / Réponses » intervient en complément du support de présentation et des explications fournies par les représentants de la Branche durant le webinaire.

Pour retrouver le replay du webinaire ainsi que son support veuillez cliquer [ICI](#).

Vous trouverez dans le présent document des éléments de réponses aux questions qui ont été posées par les participants dans la messagerie instantanée au cours du webinaire et qui n'ont pas reçu de réponses durant la présentation.

En cas de questions complémentaires, nous vous invitons à contacter votre organisme assureur. Vous pouvez également vous rapprocher des partenaires sociaux de la Branche dans le cadre de l'accompagnement dont vous bénéficiez éventuellement auprès d'eux.

En cas de difficulté rencontrée avec un organisme assureur recommandé dans la Branche, vous pouvez transmettre une demande à ce sujet sur l'adresse mail dédiée à la commission paritaire santé et prévoyance (CPSP) de la Branche : cpsp@alisfa.fr

1. Questions communes aux deux régimes

Est-ce que l'organisme assureur va transmettre automatiquement de nouveaux documents pour l'application des modifications apportées au régime ?

Si votre structure a souscrit un contrat auprès d'un organisme assureur recommandé, ce dernier reviendra lui-même vers vous afin de réaliser les changements imposés par la convention collective et de garantir le respect du nouveau cadre conventionnel applicable.

Dans cette logique, votre assureur vous transmettra de nouveaux documents contractuels mis à jour, ainsi que la notice d'informations détaillant les régimes, que vous devrez remettre à vos salariés (cf. précisions dans le point « 2. Prévoyance » concernant le document de désignation des bénéficiaires du capital décès).

Si l'association a choisi un organisme non recommandé, des démarches particulières sont-elles à effectuer pour prendre en compte cette évolution du régime ?

Le régime de Branche s'impose aux employeurs du secteur. Les modifications apportées au régime doivent donc être appliquées indépendamment de l'assureur choisi par l'employeur.

Vous devez donc prendre contact avec votre organisme assureur et lui demander de mettre à jour votre contrat afin qu'il intègre les évolutions issues de la convention collective et soit conforme au nouveau cadre applicable au 1^{er} janvier 2026. Vous devrez également demander à votre organisme assureur de vous transmettre la notice d'informations destinée aux salariés également mise à jour des nouvelles garanties.

Est-il nécessaire de réaliser des démarches particulières auprès des salariés pour mettre en œuvre ces modifications ?

L'employeur doit remettre aux salariés les notices d'informations détaillant les deux régimes, dans leurs versions mises à jour par les organismes assureurs pour tenir compte des évolutions des régimes (cf. précisions dans le point « 2. Prévoyance » concernant le document de désignation des bénéficiaires du capital décès).

Cette remise sera l'occasion de présenter aux salariés les changements qui s'appliqueront au 1^{er} janvier 2026.

Les modifications apportées aux régimes de santé et de prévoyance, une fois les deux avenants conclus par la Branche étendus par le ministère du Travail, s'imposeront aux employeurs et aux salariés du secteur sans autre démarche à mettre en place, avec une application à compter du 1^{er} janvier 2026.

A noter : le chapitre III de la Convention collective prévoit à l'article 3 de mentionner dans le contrat de travail des salariés le régime de prévoyance et de complémentaire santé, ainsi que le taux et la répartition des cotisations applicables.

Cette mention est intégrée à titre informatif et n'est pas une clause dite « essentielle » du contrat de travail qui ne pourrait pas être modifiée sans l'accord du salarié. Dans ce sens, il n'est pas nécessaire d'obtenir l'accord du salarié pour appliquer les modifications des régimes au 1^{er} janvier 2026. En revanche, c'est une mise à jour des contrats de travail qui pourra être apportée, par avenant, soit dès à présent avec la remise des notices d'information des régimes – *nous vous le conseillons pour plus de clarté dans le régime applicable* – soit à l'occasion d'une modification à venir qui serait apportée aux contrats de travail.

Si une structure décide de choisir un assureur non recommandé, est-ce qu'elle prend des risques vis-à-vis des salariés ou de l'URSSAF ?

L'employeur est libre de choisir l'organisme assureur qu'il souhaite mobiliser pour les couvertures complémentaires santé et prévoyance, qu'il soit recommandé par la Branche ou non recommandé, à condition de respecter le régime mis en place par la Branche.

Ainsi, sous réserve de respecter les éléments du régime de Branche, dans des conditions de garanties et de cotisations équivalentes, y compris les dispositions relatives au HDS (Haut Degré de Solidarité), et à condition de respecter le cadre légal d'un régime collectif et obligatoire en veillant notamment à couvrir l'ensemble des salariés (sauf condition d'ancienneté définie par la Branche pour le régime de prévoyance et cas de dispense pour le régime de complémentaire santé), la structure n'encourt pas de risque vis-à-vis de l'URSSAF ou de ses salariés uniquement en raison du choix d'un autre organisme assureur.

En revanche, choisir un organisme assureur recommandé par la Branche apporte des garanties en termes de sécurisation des contrats, respect du régime en vigueur, bénéfice des niveaux de garanties et des taux de cotisation négociés à l'échelle de la Branche, permettant une mutualisation des coûts et une solidarité sur le périmètre. Nous vous renvoyons sur ce point aux explications et précisions apportées au cours du webinaire et figurant dans le support de présentation.

Dans quel délai et suivant quelle modalité un contrat de prévoyance ou de complémentaire santé peut-il être résilié pour changer d'organisme assureur ?

Il convient ici de différencier les deux régimes.

- Pour les contrats de prévoyance : la résiliation n'est envisageable qu'à la date anniversaire du contrat, après respect d'un préavis de deux mois.

Ainsi, pour une date anniversaire de contrat au 1^{er} janvier 2026, la résiliation doit avoir été actée au plus tard le 31 octobre 2025. Si cela n'a pas été fait, elle pourra être envisagée pour 2027 avant le 31 octobre 2026.

- Pour les contrats de complémentaire santé : depuis le 1^{er} décembre 2020, et la mise en place du principe de résiliation infra-annuelle, il est possible de résilier le contrat de complémentaire santé pour changer d'assureur à tout moment, une fois passée la première année de contrat. Un préavis doit être respecté et dépend du contenu des conditions générales de votre contrat d'assurance. Ce délai est d'un mois dans les conditions générales définies en lien avec les assureurs recommandés au sein de la Branche.

Pourquoi les associations ont-elles commencé à recevoir des fiches de paramétrage (prévoyance et mutuelle au 01/01/2026) qui ne tiennent pas compte des évolutions des taux de cotisation ?

L'avenant ayant été conclu le 10 octobre 2025 et n'ayant pas encore été étendu par les services du ministère du Travail, les informations concernant les nouveaux taux de cotisation qui seront appliqués au 1^{er} janvier 2026 peuvent ne pas encore être intégrées dans les fiches de paramétrage des charges applicables en 2026, notamment par vos cabinets comptable et paie. Vous pouvez leur transmettre ces informations pour qu'elles soient intégrées dans les outils de paie en janvier.

Nous attirons sur ce point votre attention sur le fait que les cabinets qui vous accompagnent peuvent ne pas être à jour des variables propres à votre Convention collective. Il appartient aux employeurs de vérifier ces éléments pour garantir le respect des dispositions en vigueur dans la Branche.

Quelles sont les règles de portabilité pour les salariés retraités ?

Il existe un dispositif de portabilité des droits en matière de mutuelle et de complémentaire santé, intervenant sous conditions après le terme du contrat de travail d'un salarié, notamment s'il bénéficie de droits au titre de l'assurance chômage. Dans ce cadre, l'ancien salarié conserve temporairement la couverture du régime sans avoir à verser de cotisations.

Un salarié retraité ne remplit en principe pas ces conditions, et ne peut donc pas bénéficier de ce mécanisme de portabilité.

En revanche, il existe un autre dispositif de maintien de la couverture prévoyance et/ou complémentaire santé, dit « Loi Evin », qui permet à un salarié partant à la retraite de rester couvert à titre individuel par le même organisme assureur, avec une augmentation progressive de sa cotisation. En effet, dans ce cas, le maintien de la couverture n'est pas réalisé à titre gratuit et n'est pas non plus pris en charge par l'ancien employeur.

Il appartient au salarié retraité de se rapprocher de l'organisme assureur pour échanger sur sa situation.

Quelles sont les démarches pour bénéficier des actions du HDS (haut degré de solidarité) ? Comment contacter l'OCIRP ?

Toutes les informations relatives aux actions du HDS (haut degré de solidarité), également appelé fonds de solidarité, ainsi que les formulaires de contact pour réaliser les démarches, peuvent être consultés sur le site de la Branche Alisfa au lien suivant :

<https://www.alisfa.fr/fonds-de-solidarite/>

2. Régime de prévoyance

Les 4 premiers mois d'un nouveau salarié sont-ils toujours exonérés de cotisation de prévoyance ?

La condition d'ancienneté pour l'application du régime de Branche est inchangée.

Ainsi, en application de l'article 2 du chapitre XIII de la Convention collective :

- pour les salariés non cadres : ancienneté de 4 mois consécutifs pour bénéficier du régime de prévoyance – les cotisations non cadre ne s'appliquent donc qu'une fois cette condition d'ancienneté acquise.

- pour les salariés cadres :

- dès le premier jour du contrat pour la couverture des risques décès, soit une cotisation employeur de 1,50% sur le salaire, dans la limite de la tranche 1, dès l'embauche.
- après 4 mois d'ancienneté consécutifs pour bénéficier des autres garanties – les cotisations cadre liées ne s'appliquent donc qu'une fois cette condition d'ancienneté acquise.

Concernant les modifications apportées à la garantie incapacité, sont-elles applicables aux arrêts en cours au 1^{er} janvier 2026 mais qui ont débuté avant cette date ?

Les modifications apportées à la garantie incapacité seront appliquées uniquement aux nouveaux arrêts de travail intervenant à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les arrêts de travail ayant démarré avant cette date et se trouvant toujours en cours après le 1^{er} janvier 2026 – y compris les situations de rechutes – restent sur le régime actuel.

Concernant la garantie incapacité, à quel montant d'indemnité journalière de sécurité sociale (IJSS) fait référence la notion d'IJSS brute ?

Les indemnités journalières de sécurité sociale sont soumises à CSG et à CRDS sur revenus de remplacement, à hauteur de 6,70% de leur montant.

Une IJSS est considérée comme « brute » lorsqu'elle ne s'est pas encore vue retirer la CSG et la CRDS.

Elle est considérée comme « nette » après déduction de la CSG et de la CRDS ainsi applicables (c'est le montant net qui est perçu par le salarié).

Par exemple, un montant d'IJSS brute de 40 euros correspond à un montant d'IJSS nette de 37,62 euros.

Est-ce que les options et cotisations liées au rachat de franchise augmentent également au 1^{er} janvier 2026 ?

Certaines associations ont mis en place, auprès de leurs organismes assureurs, une option de rachat de franchise, visant à verser à l'employeur des indemnités pour couvrir les périodes de maintien de salaire à sa charge, sans intervention de la prévoyance dans le régime défini par la Convention collective.

Ces options ne sont pas encadrées par le régime de Branche et ne sont donc pas impactées par les négociations menées au sein de la Branche.

Ainsi, leur évolution et éventuelle augmentation de cotisations liées dépendent de ce que vous pourrez négocier individuellement avec votre organisme assureur.

Concernant la garantie décès et les désignations de bénéficiaires à renouveler :

Comme indiqué au cours du webinaire, les modifications apportées aux contrats de prévoyance par l'évolution du régime au 1^{er} janvier 2026 nécessitent de renouveler les désignations des bénéficiaires du capital décès faites par les salariés (même si la garantie décès ne change pas). A défaut, l'ordre légal de succession sera appliqué.

- Est-ce que le formulaire va changer ou est-il possible d'utiliser celui qui est actuellement en possession des structures ?

Le formulaire de désignation des bénéficiaires du capital décès va être revu pour tenir compte des modifications apportées au contrat de prévoyance. Vous ne devez donc pas utiliser le formulaire qui était en votre possession précédemment.

- Est-ce que l'organisme assureur transmettra automatiquement le nouveau formulaire ?

Le nouveau formulaire vous sera transmis par votre organisme assureur avec votre contrat mis à jour et la notice d'information modifiée à remettre à vos salariés.

Le formulaire peut prendre une forme dématérialisée auprès de certains organismes assureurs. Il peut comprendre une clause simplifiée à cocher par les salariés s'ils souhaitent confirmer les désignations faites précédemment.

- Est-ce que l'employeur récupère les formulaires remplis par les salariés pour les transmettre à l'organisme de prévoyance ?

L'employeur alerte les salariés sur le renouvellement ou les modifications de bénéficiaires à réaliser. Il leur remet le formulaire et la notice d'informations. En revanche, l'employeur ne récupère pas la désignation des bénéficiaires auprès des salariés et ne relaie pas les documents à l'organisme de prévoyance. Il appartient au salarié de transmettre directement ces éléments à l'organisme de prévoyance, pour des raisons de confidentialité et de respect de la vie privée.

3. Régime de complémentaire santé

Jusqu'à quel âge les enfants sont concernés par la prise en charge de la cotisation enfant par l'employeur ?

Par principe, un salarié peut couvrir un enfant à charge, en tant qu'ayant droit, jusqu'à ses 16 ans.

L'âge de l'enfant peut être porté à 26 ans dans certaines conditions, notamment en cas de poursuite d'étude ou de maladie (le rattachement est dans ce cas possible jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle le jeune a 26 ans). Ces éléments sont précisés dans la notice d'informations à remettre aux salariés.

Où trouver les cas de dispense pour la complémentaire santé ?

Par principe, le régime de complémentaire santé doit être collectif et obligatoire, ce qui signifie qu'il doit couvrir tous les salariés de la structure et qu'il s'impose à eux.

Toutefois, il existe certains cas de dispense limitativement définis.

Les cas de dispense applicables restent les mêmes, ils n'ont pas été modifiés dans le nouvel avenant qui a seulement revu la rédaction de la clause de la Convention collective.

La liste des cas de dispense figure [à l'article 1.2 du chapitre XIV de la Convention collective.](#)

- Un salarié en contrat d'apprentissage dans la structure peut-il conserver la mutuelle des parents ?

Oui, ce salarié peut demander à être dispensé de la mutuelle de l'association, en apportant la preuve de la couverture de ses parents dans le cadre d'un contrat d'apprentissage d'au moins 12 mois (pour les contrats de moins de 12 mois, la preuve d'une telle couverture complémentaire santé n'est pas requise).

- Un CDD de remplacement doit-il prendre la mutuelle ?

Un salarié embauché en contrat de travail à durée déterminée (CDD), quel que soit le motif de recours, peut demander à être dispensé de la complémentaire santé de l'association, à condition de justifier d'une couverture mutuelle personnelle pour un contrat d'au moins 12 mois (pour les contrats de moins de 12 mois, la preuve d'une telle couverture complémentaire santé n'est pas requise).

- Un salarié embauché CDI depuis 18 mois me fournit une attestation CMU chaque année. Est-ce valable pour être dispensé ou doit-il prendre notre mutuelle ?

Ce salarié bénéficie en principe d'une couverture complémentaire santé solidaire (C2S) et peut dans ce cadre demander à être dispensé de la complémentaire santé de l'association, tant qu'il continue à fournir les justificatifs liés.

- Si un salarié ne veut pas prendre la mutuelle car son conjoint est couvert par une mutuelle famille obligatoire, est-ce que cela peut être un cas de dispense ?

En cas de couverture famille obligatoire dont bénéficie un salarié par la complémentaire santé de son conjoint, le salarié peut demander à être dispensé de la complémentaire santé de l'association, à condition de fournir les justificatifs requis.

A noter : si un salarié nouvellement embauché bénéficie en tant qu'ayant droit d'une couverture complémentaire santé famille facultative, il peut demander à être dispensé de la complémentaire santé de l'association, à condition de fournir les justificatifs requis. En revanche, en cours de contrat, un salarié ne peut faire jouer ce cas de dispense que si sa couverture en qualité d'ayant droit est obligatoire.

Si un employeur décide de prendre en charge à 100% la cotisation mutuelle, doit-il payer des cotisations sur cet avantage offert aux salariés ?

Si la couverture est collective et obligatoire et respecte les conditions de mise en place définies par les dispositions légales, cette prise en charge plus favorable n'est en principe pas soumise à cotisations sociales et fiscales, mises à part les cotisations et contributions applicables à toute cotisation de complémentaire santé.

4. Identification des réseaux commerciaux liés aux assureurs recommandés

Pour le déploiement des régimes sur le terrain, les réseaux commerciaux suivants se présentent auprès des associations au nom des assureurs recommandés par la Branche.

Pour la prévoyance	Pour la complémentaire santé
Harmonie Mutuelle ESS (MUTEX)	Harmonie Mutuelle ESS
AESIO Mutuelle	AESIO Mutuelle
APICIL et Mutuelle OCIANE MATMUT	APICIL (SOLIMUT)
AG2R Prévoyance	Mutuelle OCIANE MATMUT