

**ACCORD D'ENTREPRISE EURO DISNEY ASSOCIÉS S.A.S. / EURO
DISNEYLAND Imagineering S.A.R.L.
PORTANT SUR LE SYSTÈME DE GARANTIES COLLECTIVES :
REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX**

ENTRE :

Les Sociétés suivantes composant l'Unité Économique et Sociale (U.E.S.) :

La Société Euro Disney Associés S.A.S. au capital de 3.033.978.999,61 euros, sise au 1, rond-point d'Isigny, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 397.471.822,

La Société Euro Disneyland Imagineering S.A.R.L. au capital de 7.007.625,70 euros, sise au 1, rond-point d'Isigny, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 388.457.004,

L'ensemble de ces Sociétés étant représenté par [REDACTED] en sa qualité de Directrice Stratégie Sociale et Projets Relations Sociales,

Ci-après dénommée « l'employeur », ou « l'Unité économique et Sociale "Euro Disney" »

D'une part,

ET :

Les Organisations Syndicales Représentatives :

La CFDT, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale.

La CFE-CGC, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale.

La CFTC, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale.

La CGT, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale.

L'UNSA, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale.

D'autre part,

PREAMBULE

La protection sociale complémentaire constitue un élément fondamental de la politique sociale de l'Entreprise à laquelle les partenaires sociaux sont attachés depuis de nombreuses années.

Ainsi depuis la création de l'Entreprise, plusieurs accords collectifs portant sur le remboursement des frais médicaux ont été conclus, étant précisé que le dernier portait sur la période allant du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025.

A l'issue des négociations, qui ont précédé la signature de cet accord 2025, la Direction a informé ses partenaires sociaux de sa volonté d'organiser un appel d'offres pour l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, dans l'objectif d'obtenir des conditions d'assurances plus favorables, à savoir :

- Obtenir, à minima, un engagement triennal de maintien de tarif sur les deux risques,
- Solliciter des améliorations des garanties frais de santé sans surcoût,
- Renforcer et concrétiser les actions de prévention santé,
- Obtenir des services complémentaires opérants en termes d'accès aux soins notamment,
- Mettre en place un compte de participation aux bénéfices à partir de 2026 destiné, en fonction de la situation, au maintien des taux de cotisations et/ou à l'ajout de nouvelles prestations et/ou à la mise en œuvre de campagnes de prévention et/ou à l'amélioration des garanties existantes.

Cet appel d'offres s'est lancé en début d'année 2025, sachant que la Direction a tenu ses partenaires sociaux informés de l'évolution de cet appel offre à chaque étape clé de celui-ci afin de recueillir notamment leurs remarques, souhaits ou questionnements. C'est ainsi que trois réunions se sont tenues les 26 février, 25 avril et 25 juin 2025. Ces réunions ont permis à la Direction de parfaire l'appel d'offres en cours en tenant compte de ses principaux échanges avec ses partenaires sociaux tout en leur évoquant l'avancement des discussions avec les assureurs sollicités.

L'appel d'offres a ainsi permis la mise en concurrence de huit organismes assureurs, et s'est déroulé sur deux tours. Il a mis en évidence la nécessité de changer d'organisme assureur, une offre s'étant particulièrement démarquée au sein des quatre finalistes en lice à l'issue du deuxième tour.

A l'issue de ce premier appel d'offres et compte tenu de la sortie du partenaire historique de l'Entreprise sur les aspects assurance et gestion des contrats relatifs aux garanties de protection sociale complémentaire, la Direction a également lancé un nouvel appel d'offres sur la partie gestion au cours de l'été 2025. Cet appel d'offres a conduit à la sélection d'un nouveau gestionnaire. Ainsi, il sera bien fait une distinction entre ce nouveau gestionnaire, qui sera le référent unique des salariés de l'Entreprise en matière de santé et un nouvel assureur, qui pourra être l'interlocuteur privilégié des salariés de l'Entreprise sur les questions liées au régime de prévoyance.

En outre, l'accord en cours arrivant à son terme à la fin de l'année 2025, une renégociation s'avérerait nécessaire. Aussi, les Parties se sont rencontrées à plusieurs reprises les 16, 30 octobre et le 6 novembre 2025, afin de négocier un nouvel accord pour une durée déterminée d'une année allant du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026.

Le présent accord vise à présenter les modalités et conditions du système de garanties collectives complémentaires obligatoires frais de santé responsables et solidaires.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du CSE en application de l'article R.2312-22 CT.

Guaf

SOMMAIRE

PREAMBULE	2
ARTICLE 1 : OBJET	4
ARTICLE 2 : PERSONNEL BENEFICIAIRE	4
ARTICLE 3 : GARANTIES	5
ARTICLE 4 : FINANCEMENT	6
ARTICLE 6 : MAINTIEN DE LA COUVERTURE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : GESTION SPECIFIQUE DES « INACTIFS »	8
ARTICLE 7 : PORTABILITE	9
ARTICLE 8 : COMPTE DE PARTICIPATION ET FONDS SOCIAL DEDIE	9
ARTICLE 9 : INFORMATION	10
ARTICLE 10 : ENTREE EN VIGUEUR, DUREE, REVISION, DENONCIATION	11
ARTICLE 11 : DEPOT ET PUBLICITE	12

ARTICLE 1 : OBJET

L'objet du présent accord est de pérenniser et d'encadrer le système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé prenant en compte la législation sur les contrats dits responsables pour une durée d'une année, soit du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026.

Il permet à l'ensemble du personnel de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

L'adhésion au régime de base est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail.

ARTICLE 2 : PERSONNEL BENEFICIAIRE

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des Sociétés composant l'Unité économique et Sociale "Euro Disney", laquelle est composée au jour de la signature du présent accord de la Société Euro Disney Associés S.A.S. et de la Société EURO DISNEYLAND Imagineering S.A.R.L., sans distinction d'ancienneté.

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel de l'Unité économique et Sociale "Euro Disney", quel que soit leur catégorie socioprofessionnelle (y compris les salariés non-cadres relevant du régime de sécurité sociale agricole), d'une part, ainsi que les cadres dirigeants d'autre part, aux contrats de couverture collective souscrits auprès de l'organisme assureur.

Régime de base

L'adhésion au régime de base de tous les salariés des Sociétés composant l'Unité économique et Sociale "Euro Disney" est obligatoire pour les salariés et leurs ayants droit tels que définis dans la notice d'information établie par l'organisme assureur. Elle se fait à compter de la date d'embauche du salarié au sein des Sociétés concernées.

Il est toutefois précisé que les salariés Cadres et Agents de maîtrise, cotisant au régime de sécurité sociale agricole (MSA), ne relèvent pas du présent accord. En effet, les salariés AMA et Cadres, relevant de la MSA, cotisent auprès d'AGRICIA concernant leur régime « frais de santé ».

Le Service Paie Central transmet à l'organisme gestionnaire, agissant pour le compte de l'organisme assureur, un fichier hebdomadaire des entrées et sorties du personnel. L'organisme gestionnaire, agissant pour le compte de l'organisme assureur, procède à l'adhésion moyennant transmission par le salarié du bulletin d'affiliation, qui lui est remis par la Société lors de son embauche, et sous réserve de la production d'un certain nombre de justificatifs.

Lorsqu'un salarié affilié en qualité d'ayants droits une ou plusieurs personnes, il doit produire les justificatifs suivants :

- Pour le conjoint : une photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage, ainsi que la photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale) ;
- Pour le concubin, il est demandé un certificat de vie commune (validé par la Mairie), ou un justificatif de domicile aux deux noms ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale) du bénéficiaire et de son ayant-droit ou la feuille d'imposition ;
- Pour le partenaire lié par un PACS, l'attestation du PACS ou sa copie, ainsi que la photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale) ;

- Pour les enfants à charge inscrits au régime « étudiants », outre la photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale), un certificat de scolarité doit être produit chaque année.

Par ailleurs, pour les salariés mariés, en concubinage ou liés par un PACS, il sera demandé au salarié de préciser si son conjoint, concubin ou partenaire exerce une activité professionnelle. Dans ce cas, le salarié devra fournir une attestation de la part de l'employeur de son conjoint ou concubin ou partenaire mentionnant l'adhésion obligatoire ou l'absence d'adhésion à un régime de remboursement des frais de santé propre à son Entreprise (cf. Article 5 et plus spécifiquement le paragraphe sur la « dénoémisation » des conjoints).

Les salariés doivent impérativement, afin d'assurer l'efficacité des mesures prises dans le cadre du présent accord, fournir à l'Entreprise tous les documents permettant de justifier de leur situation de famille, des changements d'adresse, et de tous les justificatifs nécessaires cités ci-dessus.

Régime optionnel à adhésion facultative

Les salariés embauchés antérieurement à la date de conclusion du présent accord et n'ayant pas choisi de souscrire au régime optionnel antérieurement pourront y adhérer entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 mars 2026 inclus, étant précisé que l'adhésion au régime optionnel sera rétroactive au 1^{er} janvier 2026.

Les nouveaux embauchés, postérieurement à la signature du présent accord, doivent décider d'adhérer ou non au régime optionnel dans les trois mois de leur embauche, étant précisé que l'adhésion au régime optionnel sera rétroactive à leur date d'embauche.

Enfin il est rappelé que les salariés ayant opté pour le régime optionnel ne pourront se désengager avant l'issue de celui-ci sauf en cas de sortie définitive de la Société ou changement objectif dans la situation de famille (mariage, divorce, concubinage, PACS, veuvage, plus d'ayant droit à charge, enfant entrant dans la vie active, ou en cas de surendettement reconnu, cette liste étant limitative).

ARTICLE 3 : GARANTIES

Conformément aux accords précédents, les parties ont souhaité conserver :

- un régime de base obligatoire commun à toutes les catégories de salariés (non cadres, agents de maîtrise, agents de maîtrise assimilés cadres, cadres et cadres dirigeants) avec un niveau de garanties couvrant tous les postes de dépenses de santé, et répondant aux obligations relatives aux contrats dits responsables. Ce régime est financé pour partie par l'employeur et pour partie par les salariés dans les conditions citées ci-dessous (Cf. 4- Financement) ;
- un régime optionnel complémentaire au régime de base entièrement financé par les salariés et accessible à tous les salariés, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent (non cadres, agents de maîtrise, agents de maîtrise assimilés cadres, cadres ou cadres dirigeants), répondant également aux obligations relatives aux contrats dits responsables.

Un tableau des garanties du régime de base et du régime optionnel figure à titre informatif en Annexe 1 du présent accord. Pour rappel, l'Entreprise ne saurait être tenue au versement des prestations définies dans ces Annexes qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

S'agissant du régime de base, les garanties sont améliorées par rapport au dispositif existant, notamment pour les soins dentaires (parodontologie) étant précisées que celles-ci sont conformes à la législation relative aux contrats responsables. Ces garanties seront appliquées pour la période allant du 1^{er} janvier

S'agissant du régime optionnel, les garanties précédemment applicables sont également maintenues et sont en conformité avec la législation sur les contrats responsables. Ces garanties seront appliquées pour la période allant du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026.

ARTICLE 4 : FINANCEMENT

1- Régime de base

La cotisation, dans le cadre du présent accord, pour le régime de base est calculée selon des règles identiques quelle que soit la situation de famille du bénéficiaire, avec, d'un côté, une part forfaitaire et, de l'autre côté, une part en pourcentage du salaire brut soumis à cotisations (toutes primes et avantages inclus), dans la limite de quatre (4) fois le plafond retenu pour le calcul des cotisations de Sécurité Sociale (tranches A et B du salaire).

Cette cotisation mensuelle reste équivalente à celle versée au titre de l'année 2025 et est ainsi déterminée selon un double mécanisme avec :

- Une part forfaitaire, de 76,15 euros pour l'année civile 2026, étant précisé que cette part forfaitaire mensuelle est indépendante du salaire et de l'horaire pratiqué ;
- Une part proportionnelle égale à 0,497 % du salaire brut pour l'année civile 2026, dans la limite du plafond des tranches A et B.

La Direction a en effet obtenu de la part de l'organisme assureur sélectionné qu'il propose une couverture améliorée à budget constant, dans l'hypothèse où les obligations des organismes assureurs ne seraient pas aggravées dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale. En conséquence, et sauf changement de réglementation intervenant ultérieurement, les taux de cotisations existants en santé seront maintenus pour l'année 2026. Si un changement de réglementation devait intervenir, l'organisme assureur sélectionné s'est engagé à limiter la hausse de cotisations avec une revalorisation maximum de 3% par an sur les années 2027 et 2028.

Les parties ont également convenu de maintenir la prise en charge de la part patronale de 65% et de la part salariale à 35%.

REGIME DE BASE

		2026
Cotisation mensuelle	Forfait en € + % salaire TAB	76,15 € + 0,497 %
Part Salarié 35%	Forfait en € + % salaire TAB	26,65 € + 0,174 %
Part Employeur	Forfait en € + % salaire TAB	49,50 € + 0,323 %

2- Régime facultatif

Le régime optionnel, permettant au salarié de bénéficier de garanties supplémentaires, est maintenu.

Les parties à l'accord ont, en effet, décidé de ne pas augmenter la cotisation dans le cadre de ce plan annuel.

Il est rappelé que la cotisation au régime optionnel est une cotisation supplémentaire, forfaitaire et mensuelle déterminée comme suit :

OPTION

		2026
Cotisation mensuelle	Forfait en €	26,20 €

Cette cotisation est intégralement à la charge du salarié et est valable quelle que soit sa situation de famille.

Il est précisé que cette cotisation n'est pas déductible du revenu imposable du salarié.

Enfin, les Parties conviennent de maintenir la consolidation du régime de base et du régime optionnel.

ARTICLE 5 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU REGIME

Les mesures d'accompagnement antérieurement prévues sont également maintenues sans modification.

La « dénoémisation » des conjoints : La télétransmission par la norme « NOÉMIE » permet une transmission automatique au gestionnaire du régime des dossiers de remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Cette transmission automatique simplifie le système de remboursement des salariés. Compte tenu du caractère automatique de l'opération, la « noémisation » aboutit à la prise en charge par notre régime des remboursements complémentaires des conjoints de salariés, susceptibles de bénéficier d'une mutuelle qui leur est propre.

La mesure de « dénoémisation » a pour objectif de faire intervenir, pour les conjoints des salariés de l'Entreprise qui travaillent, leur propre mutuelle dès lors que les intéressés cotisent à ce titre dans une autre entreprise. Le processus de « dénoémisation » consiste en la suppression de la « noémisation » de tous les conjoints et enfants. Ces conjoints et enfants « dénoémisés » ne sont réinscrits pour la « noémisation » qu'à la condition qu'ils n'aient pas de mutuelle (attestation nécessaire de l'employeur du conjoint confirmant qu'il n'y pas de mutuelle dans son entreprise). Si le conjoint est au chômage, une attestation ou un document de France travail doit être fourni(e), et s'il est malade, le dernier décompte des indemnités journalières de Sécurité Sociale devra être produit. Enfin si le conjoint ne travaille plus et n'est plus indemnisé, une attestation fiscale ou la copie de l'avis d'imposition devra être produite. Il est rappelé que la « noémisation » ne concerne pas le droit aux prestations, mais la simple télétransmission des frais. Les partenaires sociaux et le cabinet de courtage veilleront à ce qu'il soit procédé à une vérification régulière des ayants droits.

La mise en place de devis systématiques : Afin de permettre aux salariés de connaître le montant des frais qu'ils engageront pour leur part en matière d'optique, d'orthodontie, de prothèses dentaires et de prothèses auditives, il est convenu que les intéressés demanderont, avant l'engagement des dépenses, un devis à leur praticien et, ceci, en collaboration avec l'organisme assureur. Ce dernier incite à

développement d'une telle pratique, pour sensibiliser les salariés sur l'importance du choix du praticien. Il est rappelé toutefois que chaque salarié reste libre de consulter le praticien de son choix, la transmission d'un devis ayant, avant tout, pour but de responsabiliser les salariés sur l'impact de leur consommation médicale.

Il est également indiqué qu'un réseau de soins ITELIS est mis à disposition des salariés afin de les conseiller et obtenir une diminution du reste à charge. Il est dans l'intérêt des parties de promouvoir l'utilisation de ce réseau. En effet, ce réseau dit « fermé » permet de bénéficier de réductions importantes sur les équipements en contrepartie de l'apport de clientèle.

Gestion spécifique des suspensions du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation : conformément à l'instruction DSS du 17 juin 2021, l'adhésion des salariés et le cas échéant, des ayants droits, est maintenue en cas de suspension du contrat de travail indemnisée de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, ce qui vise notamment :

Les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité, à un accident donnant lieu au maintien total ou partiel de salaire, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;

Les périodes indemnisées d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée, ainsi que les périodes de congé rémunéré par l'employeur.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues ci-dessus.

Gestion spécifique des salariés en congé sans solde de plus d'un mois : Sous réserve des dispositions d'ordre public qui seraient applicables indépendamment des dispositions du présent accord, dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail non indemnisée (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation...), les garanties prévues sont suspendues jusqu'à la reprise du contrat de travail.

Toutefois, les salariés bénéficiant de congé sans solde, congé non rémunéré d'une durée supérieure à un mois (congé sans solde, congé sabbatique, parental éducation à temps plein, congé de présence parentale à temps plein, cette liste étant limitative), peuvent continuer à bénéficier directement auprès de l'organisme assureur des garanties prévues dans le cadre du régime. Il s'agit d'un choix individuel étant précisé que la cotisation est intégralement à la charge du salarié. La demande devra être faite par le salarié au maximum un (1) mois après le début de son congé.

Par ailleurs, il est convenu entre les Parties, que les salariés partant en congé non rémunéré de plus d'un mois et choisissant, à titre individuel, de continuer à bénéficier des garanties collectives prévues par le présent accord, ne peuvent modifier les choix faits antérieurement à la prise du congé non rémunéré.

La tarification spécifique de ce régime pour les congés sans solde est présentée en Annexe 2.

ARTICLE 6 : MAINTIEN DE LA COUVERTURE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : GESTION SPECIFIQUE DES « INACTIFS »

Par le terme inactif, il faut entendre les ex-salariés au sens de l'Article 4 de la loi Evin (anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement), qui bénéficient d'un maintien de couverture de la part de l'organisme assureur, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période de portabilité des garanties.

Pour le cas spécifique des ayants droits des salariés décédés, il est instauré une possibilité de maintien dans le régime des actifs pour une durée maximale de six (6) mois étant précisé que la cotisation correspondante à la cotisation forfaitaire globale reste à la charge de l'ayant droit. Au terme de cette période, leur droit à l'accès au régime d'accueil de l'organisme assureur est maintenu dans les conditions de la loi Evin telles qu'exposées ci-après.

Les inactifs au sens de la loi Evin (anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi et qui ont un revenu de remplacement, ainsi que les ayants droits des salariés décédés pendant un an pour ces derniers) peuvent bénéficier du maintien de la couverture santé, à savoir celle prévue par le régime de base des actifs dans les conditions tarifaires fixées par l'organisme assureur.

ARTICLE 7 : PORTABILITE

Les anciens salariés de l'Entreprise, bénéficiaires de dispositif de portabilité prévu par l'article L 911-8 du code de la Sécurité Sociale pourront conserver le bénéfice du présent système de garanties collectives dans les termes et conditions prévus par ce texte.

ARTICLE 8 : COMPTE DE PARTICIPATION ET FONDS SOCIAL DEDIE

Article 8.1 : Compte de Participation aux bénéfices

Avec la mise en place de l'appel d'offres souhaité par la Direction, il a été convenu avec l'organisme assureur sélectionné que 90% des excédents annuels attachés aux garanties de protection sociale complémentaire alimenteront un compte de participation aux bénéfices destiné, par exemple et en fonction de la situation, au maintien des taux de cotisations et/ou à l'ajout de nouvelles prestations et/ou à la mise en place de campagnes de prévention et/ou à l'amélioration des garanties existantes.

Les parties à cet accord se réuniront lors de la commission de suivi frais de santé / prévoyance dédiée à la présentation des comptes de résultats techniques annuels des deux régimes de protection sociale complémentaire, soit en principe à l'issue du premier semestre de l'année civile suivant celle au cours de laquelle les comptes sont clôturés. A cette occasion, elles prendront connaissance des éventuels excédents attachés aux garanties de protection sociale complémentaire et feront, par ailleurs, part à ce moment de leurs revendications pour l'évolution des régimes. Si ces excédents sont suffisants pour mettre en œuvre l'un et/ou l'autre des choix susvisés, alors les parties, réunies au sein de la commission précitée, émettront un avis consultatif qui donnera les grandes orientations sur l'utilisation de ces excédents. Ces grandes orientations permettront à l'organisme assureur de tarifier les impacts techniques lesquels seront ensuite présentés lors des négociations annuelles intéressant les deux régimes de protection sociale pour arbitrage et décisions. Il est précisé que ces fonds devront être exclusivement dédiés au bénéfice des cast members, selon quatre axes :

- Prévention : bilans santé, campagnes thématiques, sport-santé, santé mentale, etc.
- Amélioration des garanties : forfaits optique, dentaire, psychologue, etc.
- Lissage des cotisations pour éviter toute hausse brutale.
- Innovation santé : projets sur site, outils numériques, accompagnement des maladies chroniques notamment.

A défaut d'avis consultatif majoritaire et quel que soit l'issue des négociations, les excédents seront conservés dans le compte de participation pour l'année suivante.

Article 8.2 : Fonds social dédié

Dans l'optique d'améliorer la prévention et l'accès aux soins, sera mis en place un fonds social dédié auprès de l'organisme assureur. Un règlement spécifique, annexé au contrat d'assurance, prévoira les modalités d'utilisation et suivi de ce fonds et sera présenté aux partenaires sociaux dans le cadre de sa mise en place.

Ce fonds étant alimenté par un prélèvement sur les cotisations du régime prévoyance à hauteur de 2% (net de taxes et net de frais) dans la limite de 200 000€ (deux cent mille euros), il a été obtenu, lors de l'appel d'offres, que l'organisme assureur octroie un financement exceptionnel sur ses fonds propres la première année.

Ainsi, s'agissant d'une première année de partenariat avec l'organisme assureur sélectionné, celui-ci s'est engagé, dès la première année de fonctionnement de ce partenariat, soit pour 2026, à mettre en place :

- Un espace dédié à la prévention et à la santé intitulé « **Care center** » où auront lieu notamment des permanences (5 jours par semaine) animées par des professionnels de santé présents toute l'année pour améliorer la prévention et favoriser l'accès aux soins (par exemple : dépistage dermatologique, coaching nutrition, séance d'ostéopathie, boutique optique, prévention buccodentaire),
- Un service de téléconsultation sur site.

Une offre optique ponctuelle de bienvenue intitulée « Lunettes pour tous » se mettra également en place sur cette première année de partenariat pendant une durée limitée de 3 mois.

ARTICLE 9 : INFORMATION

Information individuelle

En leur qualité de souscripteur, les Sociétés composant l'Unité Économique et Sociale "Euro Disney" s'engagent à remettre à chaque salarié via son coffre-fort électronique et à tout nouvel embauché la notice d'information de l'assureur résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application. Cette notice sera établie par l'assureur qui devra procéder à sa mise à jour en cas de modifications ultérieures. L'assureur devra y faire figurer les actes de prévention.

Les salariés des Sociétés composant l'Unité économique et sociale "Euro Disney" seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification des garanties. Ils seront également informés de toute modification non prévue par le présent accord des taux, montants et structures des cotisations, de même que de toute mesure d'accompagnement.

Information collective

Une information sur les modalités de cet accord sera distribuée dans le coffre-fort électronique des salariés. Par ailleurs, une diffusion des messages clés sera communiquée aux salariés sur le HUB, Wokvivo et la Cast TV.

La Direction en collaboration avec l'organisme gestionnaire, agissant pour le compte de l'assureur, a mis à la disposition des salariés une campagne de communication sur-mesure ainsi qu'une Foire Aux Questions. Il est prévu que les messages de prévention soient relayés sur le site du gestionnaire afin de faciliter l'accès à l'information pour les salariés.

Il est, d'ores et déjà, convenu que la notice d'information de l'assureur sera disponible en français, en anglais et en espagnol et qu'elle sera également accessible sur l'intranet Ressources Humaines.

La Direction s'engage également avec l'aide de l'organisme gestionnaire, agissant pour le compte de l'assureur, à faire une communication auprès des salariés sur la vigilance nécessaire concernant la maîtrise des dépenses de santé et, ceci, afin de sensibiliser les salariés sur les devis systématiques.

Lors du forum social, l'organisme assureur, en partenariat avec les équipes internes dédiées, sera présent et présentera à cette occasion ses campagnes de prévention.

La commission de suivi antérieurement créée continuera à se réunir.

Elle est chargée de suivre l'application de l'accord et d'analyser au regard des comptes de résultats, provisoires ou définitifs, qui lui seront communiqués préalablement, si les mesures contenues dans le présent accord sont adaptées ou pas.

Il est d'ores et déjà convenu entre les parties que seront analysées lors de cette commission de suivi des accords courant de l'année 2026 les garanties notamment relatives aux implants dentaires, médecine douce et psychologues, et ceci de manière à en faire une analyse tarifaire prospective eu égard à l'évolution non seulement de la consommation « Euro Disney » et nationale en les rapprochant des besoins de la population active « Euro Disney ».

La composition de la commission reste fixée à deux représentants de chaque Organisation Syndicale Représentative de salariés et de représentants de l'employeur, étant précisé que le représentant de l'organisme assureur et un représentant de la Société de courtage en assurance pourront s'y joindre.

La commission se réunira tous les six (6) mois afin notamment d'examiner les comptes de résultats provisoires ou définitifs. En cas de nécessité, il est convenu qu'au moins deux Organisations Syndicales présentes pourront demander une réunion extraordinaire afin d'envisager les mesures urgentes.

Des tableaux de suivi de l'ensemble du régime et les comptes de résultats seront quant à eux communiqués par la Direction tous les semestres aux Organisations Syndicales par voie électronique. Ces comptes de résultats feront apparaître de manière distincte les comptes du régime optionnel, les frais de gestion et de courtage.

Le CSE recevra communication du rapport annuel de l'assureur sur les comptes de la convention d'assurance.

Prévention et communication

Conformément aux discussions avec les Organisations Syndicales, l'entreprise s'engage à renforcer les campagnes de prévention d'une part et d'autre part à renforcer la communication auprès des salariés pour renforcer la compréhension de la couverture médicale.

ARTICLE 10 : ENTREE EN VIGUEUR, DUREE, REVISION, DENONCIATION

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée d'un an et sera en conséquence applicable du

Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et se substitue, à compter de cette date à l'ensemble des stipulations conventionnelles ayant le même objet, aux usages, engagements unilatéraux, accords atypiques et accords collectifs conclus antérieurement ou antérieurement applicables.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat emportera de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet. Dans cette hypothèse, les Parties à l'accord se réuniraient en urgence afin de trouver des solutions permettant d'avoir des garanties et une répartition de la cotisation à la hauteur du budget existant.

Les Parties conviennent de se réunir au plus tard au mois d'octobre 2026 pour envisager la négociation d'un nouvel accord.

L'intégralité des dispositions de cet accord est établie sur la base de la législation et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion. Si cette réglementation venait à changer, notamment en cas de nouveau désengagement de la Sécurité Sociale, les Parties conviennent de se réunir sans délai afin de réviser les garanties et cotisations. Dans l'attente d'un tel accord, les garanties seraient mises en œuvre sur la base du niveau de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur avant le changement de réglementation.

ARTICLE 11 : DEPOT ET PUBLICITE

Le présent accord sera notifié par la Direction à l'ensemble des Organisations Syndicales Représentatives dès sa signature par une ou plusieurs Organisations Syndicales Représentatives recueillant les conditions de majorité énoncées par les dispositions légales.

Le présent accord sera déposé par la Direction sur la plateforme de télé procédure du Ministère du Travail en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version anonyme sur support électronique conformément aux dispositions légales.

Un exemplaire du présent accord sera également déposé au secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes de Meaux.

Conformément aux dispositions légales, le présent accord sera rendu public et versé dans la base de données nationale selon une version anonyme.

Les parties n'entendent émettre aucune réserve à la publication intégrale du présent accord.

Chaque organisation syndicale représentative recevra un exemplaire de l'accord.

Fait à Chessy, le 24 novembre 2025 en 8 exemplaires.

Pour l'ensemble des Sociétés visées dans le cadre de cet accord

Pour les Organisations Syndicales Représentatives

Pour la CFE-CGC, Délégué(e) Syndical(e) de l'U.E.S.

ANNEXE 1- Tableau des garanties frais de santé

Garanties exprimées en complément de Sécurité sociale						
HOSPITALISATION (chirurgie et maternité)						
Frais de séjour			90% FR limité à 400% BR		-	-
Forfait journalier hospitalier	100% de FR limité au forfait réglementaire en vigueur		100% de FR limité au forfait réglementaire en vigueur		-	-
Honoraires	TM + 180% BR	TM + 100% BR	100% FR	TM + 100% BR	-	-
Chambre particulière non remboursée par la S.S.	50€ par jour		200€ par jour		-	-
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursés par la S.S.	35€ par jour		35€ par jour		-	-
TRANSPORT						
Transport remboursé par la Sécurité sociale y compris urgence	100% des FR		100% des FR		-	-
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : Généralistes	TM + 70% BR	TM + 50% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Honoraires médicaux : Spécialistes	TM + 170% BR	TM + 100% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM + 70% BR	TM + 50% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	TM + 90% BR	TM + 70% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	-
Actes de laboratoire	100% BR		90% FR limité à 400% BR (secteur non conventionné)	100% FR	-	-
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	100% BR		90% FR limité à 400% BR (secteur non conventionné)	100% FR	-	-
Médicaments : Pharmacie	TM		TM		-	-
Matériel médical : Appareillages et accessoires	100% BR		90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)	100% FR	-	-
Matériel médical : Orthopédie	100% BR		90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)	100% FR	-	-
Prothèses capillaires	300% BR		90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)	100% FR	-	-
DES AUDITIFS						
Appareil par oreille	100% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		100% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		-	-
Prestations du PANIER LIBRE						
Aide auditive	100% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		100% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		-	-
Piles et entretien pour prothèse	100% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		100% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		-	-
OPTIQUE						
Une paire de lunettes tous les 5 ans (sauf pour -16 ans)	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		-	-
Prestations du PANIER 100%						
Monture, Verre & examen visuel	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		-	-
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		-	-
Prestations du PANIER LIBRE						
Monture et Verres de Classe B	100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		-	-
Adulte et Enfant de 16 ans et +	100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		-	-
Monture et Verres de Classe B	80 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		-	-
Enfant de - 16 ans	80 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		-	-

Garanties exprimées en comp	ASE	in signa DPTAI	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	TM dans la limite des PLV	TM dans la limite des PLV	-
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	TM dans la limite des PLV	TM dans la limite des PLV	-
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antipétis / Verres iséconiques)	TM	TM	-
Autres dispositifs Médicaux d'Optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	TM + Crédit de 105 € par année civile	TM + Crédit de 105 € par année civile	-
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	Crédit de 105 € par année civile	Crédit de 140 € par année civile	-
Soins et prothèses dentaires			
Prestations du PANIER MAITRI			
Inlays-Onlays	TM + 215% BR dans la limite des HLF	TM + 420% BR dans la limite des HLF	-
Inlays Core	TM + 290% BR dans la limite des HLF	TM + 315% BR dans la limite des HLF	-
Autres appareillages prothétiques dentaires	TM + 200% BR dans la limite des HLF	TM + 345% BR dans la limite des HLF	-
Prestations du PANIER LIBRE			
Inlays-Onlays			
Inlays Core	TM + 290% BR	TM + 315% BR	-
de prévention	TM + 120% BR	TM + 170% BR	-
Soins prothétiques et prothèses dentaires non remboursés pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	320% BR	345% BR	-
Parodontologie non remboursée par la S.S.	200 € par année civile	400 € par année civile	-
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	100% BR	350% BR	-
Orthodontie non remboursée par la S.S. (analyse, semestre, contention)	-	200% BR	-
Implants dentaires (la garantie Implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de l'acte annexe : scanner, pilier)	-	Crédit de 500€ par année civile	-
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n°ADEL ou FINESS, non remboursée par la S.S.			
Acupuncture, diététique, chiropractie, acupuncture, sophrologie, pédicure, hypnothérapie, naturopathie, kinésiologie, ergothérapie, psychomotricité (y compris bilan), psychologie	40€ par séance limité à 3 séances par année civile	50€ par séance limité à 3 séances par année civile	-
AUTRES SOINS			
prescrits			
Cure Thermale : transport et Hébergement remboursés par la S.S.	5% PMSS	10 % PMSS	-
Prime naissance ou adoption d'un enfant déclaré	10% PMSS	20% PMSS	-

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	REGIME DE BASE		REGIME OPTIONNEL (Y compris régime de base)		SURCOMPLEMENTAIRE	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
PREVENTION						
Sevrage tabagique	-		50€ par année civile		-	
Actes de prévention définis par la Sécurité sociale	TM		TM		-	
Vaccins prescrits remboursés par la S.S. -Tétanos, poliomyélite, diphtérie (tout âge) -Coqueluche avant 14 ans -Hépatite avant 14 ans -BCG avant 6 ans -Rubéole -Haemophilus influenzae B -Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants -18 ans)	TM		TM		-	
« Automédication » avec facture et sans prescription (fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et copharynx, homéopathie)	50€ par an et par bénéficiaire		50€ par an et par bénéficiaire		-	
Médicaments prescrits mais non remboursés par la S.S.	50€ par an et par bénéficiaire		50€ par an et par bénéficiaire		-	
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.	35€ par an et par bénéficiaire		35€ par an et par bénéficiaire		-	
Dépistage tous les 5 ans contre les troubles de l'audition après 50 ans	TM + 120% BR	TM + 100% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR	-	
Dépistage de l'hépatite B	130% BR		130% BR		-	
Bilan initial des troubles du langage oral & écrit avant 14 ans	130% BR		130% BR		-	
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin (enfant de -12 ans)	1.25% PMSS / enfant		1.25% PMSS / enfant		-	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans	TM + 120% BR	TM + 100% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR	-	
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	150 € par an et par bénéficiaire		150 € par an et par bénéficiaire		-	
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code la Santé Publique, sur prescription du médecin traitant	100 € par an et par bénéficiaire		100 € / an / bénéficiaire		-	
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test de grossesse en cas de risque de trisomie	600 €		600 €		-	
Téléconsultation médicale	MEDAVIZ - Voir détail en page 8					
Prestations d'assistance	N° Tél 01 55 98 58 76 - Mail ggquotidien@mutualide.fr N° Convention : 7759 - Mutualide Assistance					

Ma grille de garanties en optique

Garanties exprimées y compris la
Sécurité sociale

Avec / Sans

Régime de base			Base + option	
SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant - 16 ans
SPH de -6 à + 6 (*)	100 €	55 €	100 €	55 €
SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	90 €	150 €	90 €
SPH de - 6 à 0 et CYL < +4	115 €	55 €	115 €	55 €
SPH > 0 et S < + 6	115 €	55 €	115 €	55 €
SPH > 0 et S > + 6	130 €	70 €	130 €	70 €
SPH < - 6 et CYL > + 0,25	170 €	90 €	170 €	90 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > +4	150 €	90 €	150 €	90 €
SPH de -4 à + 4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	140 €	250 €	140 €
SPH de - 8 à 0 et CYL < +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH > 0 et S < + 8	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH < - 8 et CYL > +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH > 0 et S > + 8	250 €	140 €	250 €	140 €
SPH < - 8 à 0 et CYL > +0,25	250 €	140 €	250 €	140 €

*le verre neutre est compris dans cette classe

ANNEXE 2 - Tarification des congés sans solde, ayants droits et retraités

REGIME DE BASE		
	Ensemble du personnel dont le contrat de travail est suspendu supérieur à 1 mois	Adulte Enfant
	Anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité	Uniforme
	Ayants droit d'un participant actif décédé	Uniforme
REGIME OPTION		
	Ensemble du personnel dont le contrat de travail est suspendu	Adulte Enfant
	Anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité	Uniforme
	Ayants droit d'un participant actif décédé	Uniforme
REGIME OPTION (y compris régime de base)		
	Ensemble du personnel dont le contrat de travail est suspendu	Adulte Enfant
	Anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité	Uniforme
	Ayants droit d'un participant actif décédé	Uniforme