

**Convention collective**

IDCC : 9112. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES  
DE LA ZONE VITICOLE  
(AUDE)**

**(21 juillet 1998)**

(Etendue par arrêté du 19 octobre 1998,  
*Journal officiel* du 22 octobre 1998)

---

**AVENANT N° 21 DU 12 FÉVRIER 2008**

NOR : *AGRS0897109M*

IDCC : 9112

Entre :

Le syndicat des employeurs de main-d'œuvre de la zone viticole du département de l'Aude,

D'une part, et

La section fédérale FO ;

Le syndicat départemental de l'agriculture de l'Aude CFDT ;

L'union départementale du syndicat de l'Aude CGT ;

L'union départementale du syndicat départemental de l'Aude CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

L'article 82 *bis* « Régime complémentaire incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au profit du personnel d'encadrement » est renommé article 84.

**Article 2**

L'article 82 *ter* « Complément de garantie santé des cadres » est renommé article 85.

**Article 3**

L'article 83 « Dépôt de la convention » est renommé article 86.

## Article 4

L'article 84 « Date d'effet de la convention » est renommé article 87.

## Article 5

Il est créé un nouvel article 83 ainsi rédigé :

### « Article 83

#### *Complément de garantie santé des personnels non cadres*

##### 1. Les bénéficiaires

Les salariés non cadres ayant acquis 6 mois d'ancienneté continue dans une même entreprise bénéficient de la garantie complémentaire frais de santé.

Sont également bénéficiaires de la garantie, sans condition d'ancienneté, les salariés embauchés dans les 3 mois au plus tard après avoir quitté une entreprise visée à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord et ayant acquis le bénéfice de la garantie.

Sont couverts également si le salarié choisit de couvrir sa famille :

- le conjoint marié résidant en France et non séparé de droit ou de fait ;
- le concubin résidant en France, s'il justifie de 2 années de vie commune avec le salarié ou s'ils ont 1 enfant en commun ;
- le cocontractant d'un Pacs résidant en France ;
- les enfants à charge résidant en France : jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire, jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire s'ils poursuivent leurs études ; tant que le salaire ne dépasse pas 55 % du SMIC s'ils sont en apprentissage ou en formation professionnelle par alternance ; quel que soit leur âge s'ils sont infirmes ou titulaires d'une carte d'invalidité (pour un taux au moins égal à 80 % prévu à l'art. 173 du code de la famille).

##### 2. Prestations

Les prestations seront versées conformément au tableau joint en annexe.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits responsables, institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

Les remboursements de la garantie frais de santé sont exprimés en pourcentage des tarifs de la base de remboursement sur lesquels se fonde le régime de base de la sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

En cas de changement des taux de prise en charge du régime de base, les remboursements peuvent être modifiés.

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le participant.

### 3. Les dispenses d'affiliation

Des dispenses d'affiliation à la complémentaire frais de santé sont possibles dans les situations suivantes :

- les salariés bénéficiaires de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire). Cette dispense est valable pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de la CMUC. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la complémentaire frais de santé s'ils justifient de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise ;
- les salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ;
- les salariés qui bénéficient, à la date de mise en place du régime prévue par le présent accord, d'une couverture obligatoire de par leur conjoint qui travaille dans une autre entreprise peuvent demander une dispense d'affiliation. Dès que ces salariés ne sont plus couverts par leur conjoint, ils doivent être affiliés à la complémentaire frais de santé s'ils justifient de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Cependant, cette dispense d'affiliation n'est ouverte qu'au moment de la mise en place du régime (sauf pour les salariés à employeurs multiples pour lesquels cette faculté perdure à partir du moment où ils sont déjà couverts à titre obligatoire). Les salariés embauchés postérieurement ou ceux qui ont cessé de demander le bénéfice de cette dérogation ne peuvent pas être exonérés d'affiliation.

### 4. Maintien des garanties

Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié :

- lors d'une démission ou d'un départ en retraite, dès le premier jour du mois suivant. La cotisation du mois de départ est due ;
- lors du décès du salarié, ses ayants droit bénéficient du maintien des garanties pendant 3 mois gratuitement, même si le salarié n'était pas couvert par le tarif Famille ;
- lors d'un licenciement, le salarié peut bénéficier du maintien des garanties pendant 3 mois gratuitement. La demande du maintien des garanties devra être effectuée pendant la période de préavis ou, au plus tard, à la fin du mois suivant le départ de l'entreprise.

Au-delà, peuvent continuer à bénéficier de cette couverture à titre individuel et moyennant un tarif global majoré de 20 %, sans condition de durée :

- les anciens salariés, bénéficiaires, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois de la rupture du contrat de travail :
  - d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité ;
  - d'une pension de retraite ;
  - d'un revenu de remplacement, s'ils sont privés d'emploi ;
- les ayants droit de l'assuré décédé, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois du décès.

### 5. Cotisations et organisme gestionnaire

La gestion du régime de prévoyance complémentaire frais de santé est assurée par Agri-Prévoyance, institution de prévoyance, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective sont donc tenues d'adhérer à Agri-Prévoyance pour leur personnel non cadre.

La garantie est financée par une cotisation mensuelle due pour tous les salariés bénéficiaires définis ci-dessus et dont le taux est exprimé en pourcentage du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale) :

	COTISATION MENSUELLE	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Tarif isolé	0,89 % du PMSS	0,445 %	0,445 %
Tarif famille	2,16 % du PMSS	0,445 %	1,715 %

Le montant de la cotisation est réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié sur la base du tarif isolé.

La cotisation n'est pas due pour tout mois civil complet d'arrêt de travail médicalement justifié

## 6. Réexamen du régime

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques seront réexaminés tous les 2 ans, lors de la commission mixte prévue conventionnellement en janvier (art. L. 912-1 du code de la sécurité sociale).

## 7. Durée et renouvellement

Le présent régime de prévoyance, adopté pour une durée de 1 an, est renouvelable chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse de l'une des deux parties au moins 3 mois avant la date anniversaire de son entrée en vigueur (art. L. 912-2 du code de la sécurité sociale).

## 8. Date d'effet

La date d'effet du présent accord est fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2008. »

## Article 6

Le présent avenant, dont les parties signataires demandent l'extension, sera déposé au secrétariat du service départemental de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles de l'Aude.

Fait à Carcassonne, le 12 février 2008.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE

### Garantie complémentaire frais de santé applicable aux salariés non cadres

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT Régime de base MSA	REMBOURSEMENT complémentaire
<b>Frais médicaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations, visites, médecins ou spécialistes</li> <li>Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes)</li> <li>Analyses, examen de laboratoire</li> <li>Radiographie, électro-radiologie</li> <li>Actes de prévention responsable</li> </ul>	70 % 60 % 60 % 70 % de 35 à 70 %	30 % 40 % 40 % 30 % de 30 à 65 %
<b>Pharmacie</b>	de 15 à 100 %	de 0 % à 85 %
<b>Optique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée</li> </ul>	65 %	390 % + crédit de 200 €/an
<b>Dentaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soins</li> <li>Prothèse acceptée</li> <li>Orthodontie acceptée</li> </ul>	70 % 70 % 100 %	30 % 140 % + crédit de 300 €/an 150 % BR
<b>Appareillage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages</li> <li>Prothèse auditives</li> </ul>	65 % 65 %	35 % 390 % BR
<b>Hospitalisation</b> (secteur conventionné ou non) <ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de soins et de séjour</li> <li>Dépassement d'honoraire</li> <li>Chambre particulière</li> <li>Forfait hospitalier</li> </ul>	de 80 à 100 %	de 0 à 20 % 150 % BR 40 €/jour limité à 60 jours/an 100 € dès le 1 <sup>er</sup> jour
<b>Maternité</b> (secteur conventionné ou non) <ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de soins et de séjour</li> <li>Dépassement d'honoraires et chambre particulière</li> </ul>	100 %	Crédit d'un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité
<b>Forfait actes lourds</b> (18 €)		100 % du forfait
PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale. BR : Base de remboursement (BR optique : 11,99 € ; BR dentaire : 107,48 €).		

Cotisation.

La garantie est financée par une cotisation mensuelle due pour tous les salariés bénéficiaires définis ci-dessus et dont le taux est exprimé en % du PMSS :

	TARIF ISOLÉ	TARIF FAMILLE
Cotisation mensuelle 2008	0,89 % du PMSS	2,16 % du PMSS

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

Les remboursements de la garantie frais de santé sont exprimés en pourcentage des tarifs de la base de remboursement sur lesquels se fonde le régime de base de sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

En cas de changement des taux de prise en charge du régime de base, les remboursements peuvent être modifiés.