

**Convention collective**

IDCC : 8542. – **SECTEUR DE LA PRODUCTION AGRICOLE  
(VIENNE)  
ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX  
(VIENNE ET DEUX-SÈVRES)  
(23 décembre 1999)**

(Etendue par arrêté du 26 juin 2000,  
*Journal officiel* du 13 juillet 2000)

**ACCORD DU 29 AVRIL 2009  
RELATIF À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
NOR : AGRS0997078M**

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de la Vienne ;

La chambre syndicale des exploitants agricoles, employeurs de main-d'œuvre de la Vienne ;

La fédération départementale des CUMA de la Vienne ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles ruraux et forestiers de la Vienne,

D'une part, et

Union départementale de la Vienne CFDT ;

L'union départementale des Deux-Sèvres CFDT ;

L'union départementale des syndicats de la Vienne CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance au niveau départemental (comme le permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à la protection sociale complémentaire en agriculture et à la création d'un régime de prévoyance) garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés des entreprises et exploitations du secteur d'activité de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective du secteur de la production agricole du département de la Vienne et des entreprises de travaux agricoles et forestiers des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres.

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

### *Champ d'application*

Le présent accord est applicable aux salariés visés ci-après des exploitations et entreprises situées sur le territoire des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres, à savoir :

#### Champ d'application professionnel

Les salariés, y compris les apprentis, de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

- les exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient (polyculture, cultures et élevages spécialisés horticulture, maraîchage, arboriculture, pépinières...), ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) ;
- les entreprises de travaux agricoles et ruraux.

#### Champ d'application territorial

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l'article 1<sup>er</sup>, effectués dans des entreprises situées sur les territoires suivants :

- exploitations agricoles : département de la Vienne ;
- entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers : départements de la Vienne et des Deux-Sèvres ;
- CUMA : département de la Vienne.

## **Article 2**

### *Bénéficiaires*

Le présent accord institue un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire au profit du personnel non cadre (y compris apprentis) des exploitations et entreprises relevant du champ d'application défini au présent accord, ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié ayant acquis ce droit pourra le transférer auprès de son nouvel employeur dans un délai de 3 mois dans toutes entreprises relevant du présent accord ; à condition qu'il en fasse la demande expresse écrite au nouvel employeur.

Sont exclus du bénéfice du régime institué par le présent accord :

- les cadres et personnels ressortissants à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention précitée ;
- les VRP.

### Article 3

#### *Adhésion. – Affiliation*

##### Adhésion obligatoire

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 ci-dessus, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 15, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié bénéficiaire ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

##### Dispense d'affiliation

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur.

Les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent également demander à être exclus de la présente assurance complémentaire.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 5.1.

Pour les salariés ayant une faible rémunération :

- soit avec une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ;
- soit apprenti.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur prend en charge, pour les salariés à temps très partiel, l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

Il est également admis que les salariés à temps très partiel qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent choisir de ne pas cotiser, sans remise en cause du caractère collectif.

## **Article 4**

### *Garanties*

Les garanties prises en application du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la mutualité sociale agricole au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visées à l'article 6.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base de la mutualité sociale agricole et/ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la mutualité sociale agricole au titre du risque maternité.

## **Article 5**

### *Cotisation*

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et à ce titre les contributions patronales sont exonérées.

#### **1. Montant de la cotisation**

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la mutualité sociale agricole et sera égale, pour l'exercice 2010, à :

- cotisation globale : 1,04 % PMSS,
- répartie à raison de :
- 20 % à la charge de l'employeur ;
- 80 % à la charge du salarié.

Le taux de cotisation sera indexé au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice. L'indexation ainsi définie sera communiquée moyennant le respect d'un délai de préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

## 2. Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte d'AG2R Prévoyance selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

## Article 6

### *Prestations*

#### **Prestations complémentaires à la mutualité sociale agricole**

POSTE	SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON (intervention en secteur non conventionné dans la limite de 90 % des frais réels)
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)</b>	
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris actes de chirurgie, d'anesthésie)	180 % BR
Frais de séjour	100 % TC
Chambre particulière*	Frais réels limités à 2,7 % PMSS par jour
Forfait hospitalier engagé*	16 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)*	Frais réels limités à 2,7 % PMSS par jour

POSTE	SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON (intervention en secteur non conventionné dans la limite de 90 % des frais réels)
Transport (accepté par la MSA)	100 % Ticket modérateur
<b>Soins médicaux</b>	
Consultation et visite de généraliste (1)	150 % TC
Consultation de spécialiste	150 % TC
Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques (ATM)	150 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % Ticket modérateur
Actes d'imagerie médicale (ADI)	100 % Ticket modérateur
Actes d'échographie (ADE)	
Analyses	100 % Ticket modérateur
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie	100 % Ticket modérateur
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires	100 % Ticket modérateur
Prothèses dentaires remboursées par la MSA	70 % TC + forfait de 10,49 % du PMSS par an
Orthodontie acceptée par la MSA	200 % TC
Prothèses dentaires non remboursées par la MSA*	Crédit de 7,52 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie refusée par la MSA*	Crédit de 14 % PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Optique</b>	
Monture, verres et lentilles acceptées par la MSA	390 % TC et crédit annuel de 10 % du PMSS par bénéficiaire
Lentilles refusées par la MSA	Crédit annuel de 7 % du PMSS par bénéficiaire
<b>Prothèses non dentaires (acceptées par la MSA) (par bénéficiaire)</b>	
Prothèses auditives	390 % TC
Orthopédie et autres prothèses	100 % Ticket modérateur
<b>Cure thermique (remboursée par la MSA)</b>	
Honoraires et frais de traitement	100 % Ticket modérateur
Frais de voyage et d'hébergement	100 % Ticket modérateur

POSTE	SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON (intervention en secteur non conventionné dans la limite de 90 % des frais réels)
<b>Actes de prévention</b>	
Vaccination DTP et rubéole Détartrage annuel complet sus et sous- gingival (SC12)	100 % du TM 100 % du TM
(1) Y compris déplacements et majorations (nuit/jour férié). (*) Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la mutualité sociale agricole. BR = base de remboursement de la mutualité sociale agricole. TC = tarif de convention de la mutualité sociale agricole. TMC = ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné). PMSS = plafond mensuel de la mutualité sociale agricole. FR = frais réels.	

## Article 7

### *Règlement des prestations*

AG2R Prévoyance procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses de la mutualité sociale agricole et des caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant, sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

## Article 8

### *Tiers payant*

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise adhérente s'engage, si la carte santé du salarié est en cours de validité, à en assurer la restitution auprès de l'organisme gestionnaire dans le délai de 15 jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite, fin de contrat...).

## Article 9

### *Limite des garanties. – Exclusions*

Pendant la période de garanties, les exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
  - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la mutualité sociale agricole ;
  - déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
  - engagés hors de France. Si la caisse de la mutualité sociale agricole à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la mutualité sociale agricole et selon les garanties prévues par le présent avenant ;
  - non remboursés par les régimes de base de la mutualité sociale agricole (sauf ceux expressément visés à l'article 6) ;
  - ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
  - engagés au titre de la législation sur les pensions militaires ;
  - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
  - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la mutualité sociale agricole, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de mutualité sociale agricole, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la mutualité sociale agricole.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de la mutualité sociale agricole sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité



applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de la mutualité sociale agricole.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

## **Article 10**

### *Plafond des remboursements*

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la mutualité sociale agricole pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du salarié après participation de la mutualité sociale agricole et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

## **Article 11**

### *Cessation des garanties*

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue pendant un délai de 3 mois à compter de la cessation de la garantie. Dans ce cadre, AG2R Prévoyance procédera à la collecte des cotisations auprès du salarié.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1<sup>er</sup>, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur. La mutualité sociale agricole procédera à la collecte des cotisations.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

En tout état de cause, et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Droit de suite : en tout état de cause, et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Les salariés visés par l'article 4 de la loi Evin n° 94-678 du 8 août 1994 pourront bénéficier des garanties prévues au présent régime.

AG2R Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation sans que celle-ci dépasse 150 % de la cotisation des actifs.

## **Article 12**

### *Maintien des garanties et suspension*

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

## **Article 13**

### *Prescription*

Toutes actions de remboursement de prestations en nature dérivant des opérations mentionnées au présent accord sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

## **Article 14**

### *Couverture facultative*

Salariés non cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté :

Les salariés non cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent

demandeur à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 5.1. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié ; AG2R Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du présent régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son et/ou ses ayants droit :

- cotisation fixée à 1,04 % du PMSS pour le conjoint ou le concubin bénéficiaire ;
- cotisation fixée à 0,50 % du PMSS par enfant à charge et gratuité à partir du troisième enfant,

pour les garanties visées au présent accord. Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties. AG2R Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation.

Les modalités de gestion de ces personnes seront définies dans le cadre d'un protocole de gestion spécifique distinct.

## **Article 15**

### *Désignation de l'organisme assureur*

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, sise 35-37, boulevard Brune, 75014 Paris, est désignée comme organisme assureur du présent régime obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

La désignation d'AG2R Prévoyance sera réexaminée dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

## **Article 16**

### *Accord de gestion spécifique et suivi du régime*

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion distinct qui définit, entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront (1) par ailleurs une fois par an, dans le courant du 2<sup>e</sup> trimestre et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de soins de santé mis en place par l'accord ;

---

(1) Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 2 représentants employeurs et 2 représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.

- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

## **Article 17**

### *Date d'effet*

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises ou exploitations non adhérentes aux organisations signataires.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

## **Article 18**

### *Clause de migration*

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 2 (sauf application des dispositions prévues à l'article 3) de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné est obligatoire à compter de la prise d'effet du présent accord, y compris pour les entreprises ayant antérieurement souscrit une garantie frais de santé.

## **Article 19**

### *Recours contre les tiers responsables*

En cas de paiement des prestations par AG2R Prévoyance à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

## **Article 20**

### *Formalités administratives*

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties.

Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du nouveau code du travail.

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du nouveau code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Saint-Benoît, le 29 avril 2009.

(Suivent les signatures.)