

Convention collective

IDCC : 9791. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLYCLTURE,
D'ÉLEVAGES SPÉCIALISÉS OU NON,
CUMA ET EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES
(DEUX-SÈVRES)
(8 novembre 2002)**

ACCORD DU 5 JUIN 2009
RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES
NOR : *AGRS0997101M*
IDCC : 9791

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Deux-Sèvres ;

La fédération départementale des CUMA des Deux-Sèvres ;

Le syndicat horticole de la région Poitou-Charentes,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire CFDT des Deux-Sèvres ;

L'union départementale des Deux-Sèvres CGT ;

L'union départementale des Deux-Sèvres FO ;

L'union départementale des Deux-Sèvres CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord les partenaires sociaux signataires ont souhaité mettre en place un régime d'assurance complémentaire frais de santé départemental, comme leur permettait l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres du département 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 ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective concernant les exploitations agricoles de polyculture d’élevages spécialisés ou non, les CUMA et les exploitations de cultures spécialisées du département des Deux-Sèvres du 8 novembre 2002.

Article 1^{er}

Champ d’application

Le présent accord est applicable à l’ensemble des salariés non cadres des exploitations agricoles de polyculture d’élevages spécialisés ou non, les CUMA et les exploitations de cultures spécialisées du département des Deux-Sèvres, répondant aux critères suivants :

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, 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).

Sont exclus les salariés des exploitations entrant dans le champ d’application de la convention collective de travail du 28 novembre 1983 concernant les exploitations arboricoles de certains départements de l’ouest de la France ainsi que les salariés relevant des entreprises de travaux agricoles.

Champ d’application territorial

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l’article 1^{er}, effectués dans des entreprises situées sur le territoire du département des Deux-Sèvres.

Article 2

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s’appliquent à tout salarié ayant au moins 1 an d’ancienneté dans l’entreprise relevant du champ d’application du présent accord.

Néanmoins, les salariés ayant acquis des droits à l’accès au bénéfice du régime de complémentaire frais de santé après 1 an d’ancienneté dans l’entreprise verront ces droits transférés auprès de leur nouvel employeur s’ils sont embauchés dans un délai de 3 mois suivant la rupture de leur contrat de travail dans une entreprise relevant du présent accord. Pour faire

valoir ce droit, il suffira aux salariés concernés d'en informer leur nouvel employeur par écrit. Dans ce cas, la couverture frais de santé chez le nouvel employeur prendra effet à la date d'embauche.

Durant la période où il n'est pas employé, le salarié visé ci-dessus pourra maintenir sa couverture par le biais d'une affiliation individuelle d'une durée maximum de 3 mois civils à compter du premier jour du mois suivant celui de la rupture de son contrat de travail. La cotisation correspondante, identique à celles prévues par le régime pour les salariés, sera à sa charge exclusive (part employeur et part salarié). Cette affiliation individuelle cessera à la date d'embauche chez le nouvel employeur reprenant les droits du salarié concerné.

Tous les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 1 an auront la faculté d'y adhérer de manière volontaire, par contre les cotisations seront intégralement à leur charge (part employeur et part salarié). Les cotisations proposées par le prestataire désigné à l'article 5 seront identiques à celles prévues pour les salariés de plus de 1 an d'ancienneté.

En sont exclus :

- les cadres ressortissant 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 catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

Article 3

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.

Les entreprises ayant souscrit antérieurement un régime frais de santé devront adhérer au présent régime dans un délai maximum de 12 mois, c'est-à-dire au plus tard le 1^{er} janvier 2011.

Article 4

Adhésion. – Affiliation

Adhésion obligatoire

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, sera délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, charge à lui de le remettre au salarié 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.

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 5, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

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 régime prévoyance frais de santé collectif obligatoire pour l'ayant droit, peuvent demander à être dispensés d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire et de l'affiliation du conjoint. Cette dispense 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 de dispense, 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 dispensés de s'affilier à 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 de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 30 jours calendaires 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 qui cotise pour ce salarié (part patronale) est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Le salarié est dispensé de s'affilier au sein des autres entreprises. Il fournit une attestation de couverture à celles-ci.

Les apprentis ou les salariés à temps très partiel n'ayant qu'un seul employeur et dont la cotisation salariale au régime serait supérieure à 10 % de la rémunération ont la faculté de ne pas adhérer au régime, et ce sans remise en cause du caractère collectif.

Article 5

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé définie dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner l'organisme CRIA Prévoyance, route de la Reine, BP 85, 92105 Boulogne-Billancourt Cedex.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole d'accord conclu entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

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

Article 6

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 dont relève l'assuré 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 7.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré 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 du régime de base au titre du risque maternité.

Article 7

Prestations

La nature et le montant des prestations sont :

(Voir tableau page suivante)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT CRIA Prévoyance	REMBOURSEMENT TOTAL RÉGIME DE BASE + CRIA Prévoyance
Frais médicaux <ul style="list-style-type: none"> - Consultations, visites, médecin ou spécialiste - Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes - Analyses, examens de laboratoire - Radiographie, électroradiologie - Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds - Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 	70 % BR 60 % BR 60 % BR 70 % BR 35 % à 70 % BR	130 % BR 40 % BR 40 % BR 130 % BR Prise en charge 30 % à 65 % BR 7 actes couverts	200 % BR (1) 100 % BR 100 % BR 200 % BR Prise en charge 100 % BR sur les 7 actes de prévention (4)
Pharmacie <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie 	15 à 100 %	Vignette : blanche : 35 % bleue : 65 % orange : 85 %	100 % TFR (2)
Frais d'optique <ul style="list-style-type: none"> - Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée 	65 % BR	390 % BR + forfait 8 % PMSS par an et par bénéficiaire (y compris lentilles refusées)	455 % BR + forfait de 8 % PMSS (3) par année civile et par bénéficiaire (y compris lentilles refusées)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT CRIA Prévoyance	REMBOURSEMENT TOTAL RÉGIME DE BASE + CRIA Prévoyance
Frais dentaires <ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires acceptées Soins et honoraires Orthodontie acceptée Orthodontie refusée 	70 % BR 70 % BR 100 % BR	140 % BR + forfait 12 % PMSS par an par bénéficiaire 30 % BR 200 % BR 600 €	210 % BR + Forfait 12 % PMSS par année civile et par bénéficiaire 100 % BR 300 % BR 600 €
Appareillage <ul style="list-style-type: none"> Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives 	65 à 100 % BR 65 % BR	35 % BR 35 % BR	100 % BR 100 % BR
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non) <ul style="list-style-type: none"> Frais de soins et séjour Dépassement Chambre particulière Frais d'accompagnement Forfait journalier hospitalier 	80 à 100 % BR	100 à 120 % BR 200 % BR 50 € par jour limités à 30 jours pour la neuropsychiatrie 25 € par jour Prise en charge	200 % BR 200 % BR 50 € par jour limités à 30 jours pour la neuropsychiatrie 25 € par jour Prise en charge

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT CRIA Prévoyance	REMBOURSEMENT TOTAL RÉGIME DE BASE + CRIA Prévoyance
- Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds		Prise en charge	Prise en charge
Maternité (secteur conventionné ou non)			
- Frais de soins et séjour - Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % BR	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité
Transport (prise en charge par le régime de base)	65 %	35 %	100 %
Garanties supplémentaires CRIA Prévoyance			
- Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	-	7 actes Voir liste ci-dessous	7 actes Voir liste ci-dessous
- Assistance	Voir protocole de gestion		
<p>(1) BR : base de remboursement du régime de base</p> <p>(3) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 2 859 € au 1^{er} janvier 2009</p> <p>(2) Médicaments génériques : si le médicament souscrit par le praticien existe sous sa forme générique, il sera remboursé par le présent régime sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité déduit du remboursement du régime de base.</p> <p>(4) Assistance : voir protocole de gestion.</p>			

Délai des 7 actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, les signataires ont choisi de prendre en charge au titre du régime de prévoyance les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;
- un dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire ;
- un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

Les vaccinations suivantes seules ou combinées :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- coqueluche : avant 14 ans ;
- hépatite B avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- *haemophilus influenzae* B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

Article 8

Cotisations

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. Taux de cotisations et répartition

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 sécurité sociale et sera égale, pour l'exercice 2010, à :

Cotisation globale :	0,98 % PMSS
----------------------	-------------

Réparti comme suit :

- 20 % à la charge de l'employeur ;
- 80 % à la charge du salarié.

Le salarié, sur option, à titre individuel et facultatif pourra affilier son conjoint et/ou ses enfants en prenant à sa charge la totalité des cotisations correspondantes au tarif de :

Salarié de moins de 1 an	0,98 %
Extension famille	1,41 %
Extension conjoint	1,08 %
Extension enfants 1 et +	0,78 %

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009 (hors évolution de la réglementation sociale).

2. Appel et recouvrement

Pour les salariés affiliés de manière obligatoire, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de l'organisme assureur 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 2^e 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.

Pour les ayants droit, les droits de suite et les salariés adhérant de manière facultative, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à l'organisme assureur.

Article 9

Règlement des prestations

L'organisme assureur 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 mutualité sociale agricole et les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore 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 10

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 11

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par le régime de base dont relève l'assuré, pour les actes effectués en secteur non 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 de l'assuré après participation du régime de base dont relève l'assuré et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 12

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à la cessation du contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

La garantie peut être maintenue, à titre facultatif, aux mêmes conditions tarifaires, pendant un délai de 3 mois à compter de la cessation du contrat de travail. Dans ce cadre, l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation, à la charge intégrale du salarié.

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.

Article 13

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 14

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 15

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 demander à bénéficier des garanties de ce régime à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 8. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié ; l'organisme assureur 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 1,08 % du PMSS pour le conjoint ou le concubin bénéficiaire ;
- cotisation fixée à 0,78 % du PMSS quel que soit le nombre d'enfants ;
- cotisation fixée à 1,41 % du PMSS pour la famille,

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.

L'organisme assureur 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 16

Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

L'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 17

Clause de réexamen

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

Article 18

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 partenaires sociaux signataires se réuniront par ailleurs une fois par an, dans le courant du deuxième 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 santé mis en place par l'accord ;
- 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 ;
- 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 au moins 2 représentants d'organisations syndicales salariées distinctes et chargés de rendre compte à la commission mixte.

Article 19

Date d'effet

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension et au plus tôt le 1^{er} janvier 2010, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissants 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 20

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur 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 21

Durée de l'accord et 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 Vouillé, le 5 juin 2009.

(Suivent les signatures.)