

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS
DE PRODUCTION AGRICOLE
(CALVADOS)**

ACCORD DU 18 JUIN 2009

NOR : AGRS0997106M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Calvados ;

Le syndicat des éleveurs de chevaux de sang de France ;

La fédération départementale des CUMA du Calvados ;

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes d'Ussy et du Calvados ;

Le syndicat des producteurs de fruits de Basse-Normandie ;

Le syndicat des producteurs de champignons du Calvados,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire du Calvados CFDT ;

L'union départementale des syndicats du Calvados CFTC ;

L'union départementale des syndicats du Calvados FO ;

La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

L'UNSA agriculture agroalimentaire,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département du Calvados signataires souhaitent mettre en place un régime complémentaire frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et 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 agricoles non cadres des exploitations de production agricole du département du Calvados de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable, afin notamment de :

- 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 du 1^{er} juin 2004 de la production agricole du Calvados et de la convention collective du 17 janvier 1991 des exploitations et entreprises de l'horticulture, des pépinières, de l'arboriculture, de la production de fruits et de champignons du Calvados.

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres du secteur de la production agricole du département du Calvados relevant des activités suivantes :

- la polyculture ;
- l'élevage dont les élevages de petits et gros animaux spécialisés ou non ;
- l'élevage de chevaux et les haras ;
- le maraîchage et les cultures légumières ;
- les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation ;
- la pêche à pied qui relève des professions agricoles ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole ;
- l'horticulture et les pépinières ;
- l'arboriculture et la production fruitière ;
- les champignonnières.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des entreprises situées sur le territoire du Calvados ainsi que dans les établissements situés également dans le département et qui constituent, contractuellement, le lieu habituel de travail même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe, et indépendamment du domicile des employeurs et des salariés.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et des salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra toutefois, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises 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.

Par ailleurs, le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié non cadre ayant 8 mois d'ancienneté dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier l'ensemble des salariés visés au présent article, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif, 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^{er}, 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.

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.

Le bénéfice du régime frais de santé prend effet le premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 8 mois ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis.

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.

Cas d'exclusion

- les cadres ressortissant à la convention collective nationale 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;

- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 13 du présent accord.

Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- 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 supérieures. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont 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. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

Ces salariés, 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 adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Il est précisé que le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge 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.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté. Cet employeur prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent 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 du présent 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 8 mois 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 premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précitées, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Offre à adhésion individuelle et facultative

Article 4.1

Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 4.2

L'extension famille (enfants et conjoint) facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 5

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application, et à ce titre les contributions patronales sont exonérées.

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir partie annexe I « Tableau garanties complémentaire santé »).

Article 6

Gestion du régime complémentaire frais de santé

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner l'organisme Agri-Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code rural, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08, membre du groupe AGRICA, en co-assurance (75 % Agri-Prévoyance et 25 % ANIPS) avec l'ANIPS, sise 4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex, en partenariat avec Groupama et ses caisses régionales afin de pouvoir faire bénéficier les salariés du réseau des praticiens Groupama.

L'apériteur est Agri-Prévoyance.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

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

Article 7

Cotisation

Article 7.1

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.

Les taux de cotisations ainsi définis sont garantis pour une durée de 3 ans, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime « complémentaire frais de santé » est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égal à 0,92 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

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

Article 7.2

Appel et recouvrement des cotisations

L'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte d'Agri-Prévoyance selon les termes d'une convention de gestion conclue 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.

Article 8

Règlement des prestations

La MSA procède aux remboursements de base MSA et complémentaire frais de santé Agri-Prévoyance sur le même décompte. Concernant les frais d'optique et dentaire, Groupama remboursera la partie complémentaire santé pour le compte d'Agri-Prévoyance.

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 la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 9

Tiers payant et utilisation du réseau optique/dentaire de Groupama

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.

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

Avec l'accord de l'ANIPS, les salariés et leurs ayants droit peuvent bénéficier des services de tiers payant du réseau optique et dentaire de Groupama, en partenariat avec l'ANIPS.

Article 10

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.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès d'Agri-Prévoyance, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, Agri-Prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité.

Article 11

Suspension du contrat de travail

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 formulée à Agri-Prévoyance, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 12

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte 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 au moins une fois par an, 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 ;

(1) Dans le cadre d'un groupe paritaire composé des membres représentants les employeurs et les salariés, prévus dans le cadre de la commission de suivi du régime de prévoyance.

- 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 13

Antériorité des régimes d'entreprise

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné sont obligatoires à compter de la prise d'effet du présent accord.

Ainsi, tout employeur ayant une activité définie à l'article 1^{er} du présent accord est tenu d'adhérer au présent régime, pour l'ensemble des salariés concernés du présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné, sauf dans le cas défini ci-après.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 5 pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 5 doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 14

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par Agri-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 15

Clause de réexamen. – Dénonciation

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.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités de dénonciation prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 16

Dépôt et extension

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

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

Fait à Caen, le 18 juin 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties complémentaire santé

GARANTIES	RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	
	Remboursements (1) régime de base MSA	Remboursements complémentaires (1) Agri-Prévoyance
Soins courants Honoraires de généralistes et spécialistes Dépassements d'honoraires (secteurs conventionnés 1 et 2) Pharmacie Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthopédistes Radiologie, électroradiologie Actes techniques (3)	70 % BR – De 15 à 65 % BR 60 % BR 70 % BR De 35 à 70 % BR	30 % BR (2) 200 % BR limité à 4 fois par an De 0 à 85 % BR 40 % BR 30 % BR De 30 à 65 % BR
Prothèses Prothèses, gros et petits appareils (dont orthopédie), fournitures médicales Prothèses auditives	65 % BR 65 % BR	35 % BR 250 € par an/oreille
Optique Verres, montures, lentilles (prise en charge acceptée par le régime de base)	65 % BR	390 % BR + forfait de 275 € par an/bénéficiaire
Dentaire Soins dentaires Prothèses acceptées par le régime de base Orthodontie acceptée par le régime de base	70 % BR 70 % BR 100 % BR	30 % BR 140 % BR + crédit de 300 € par an 150 % BR

GARANTIES	RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	
	Remboursements (1) régime de base MSA	Remboursements complémentaires (1) Agri-Prévoyance
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (4) Frais de soins et de séjour Dépassements d'honoraires Forfait journalier Chambre particulière	De 80 à 100 % BR - - -	De 0 à 20 % BR 200 % BR 100 % du forfait dès le 1 ^{er} jour 40 €/jour limité à 60 jours par an, puis 25 €/jour
Maternité (4) Frais de soins et de séjour Dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % BR -	- Crédit d'un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité
Polyvalents Forfait actes lourds (18 €)	-	100 % du forfait

- (1) Uniquement en secteurs conventionnés 1 et 2, praticiens et/ou établissements.
(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.
(3) Y compris actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.
(4) Secteur conventionné ou non.
BR : base de remboursement à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire.
PMSS 2009 : 2 859 €.

Les offres à adhésion individuelle et facultative

1. Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique (1).

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par Agri-Prévoyance. Agri-Prévoyance proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est géré directement par Agri-Prévoyance, indépendamment du régime obligatoire.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera au recouvrement de la cotisation.

2. L'extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Il est égal à 1,60 % du PMSS.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et Agri-Prévoyance procédera directement à la collecte de la cotisation.

Définition des ayants droit du salarié

- le conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- le cocontractant d'un Pacs : est assimilée au conjoint la personne qui a conclu un pacte civil de solidarité avec le participant ;
- le concubin du participant justifiant de 2 années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union) sous réserve que le salarié soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs ;

(1) Cette garantie de taux ne vaut toutefois qu'à la date d'entrée en vigueur du régime ; par la suite, la cotisation correspondant au régime facultatif pourra en effet évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.

Les enfants à charge ; par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16^e anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin du salarié, aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.

Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pole emploi et non indemnisés ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.