

Convention collective

IDCC : 8832. – **EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES**
(HAUTE-LOIRE ET LOZÈRE)
(11 août 1982)

(Etendue par arrêté du 30 novembre 1982,
Journal officiel du 20 janvier 1983)

AVENANT N° 64 DU 5 JUIN 2009

NOR : *AGRS0997127M*

IDCC : 8832

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de la Haute-Loire ;

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

La fédération départementale des CUMA de la Haute-Loire ;

La fédération départementale des CUMA de la Lozère ;

L'union nationale des intérêts professionnels horticoles ;

L'union régionale des entrepreneurs des territoires d'Auvergne,

D'une part, et

L'union départementale CFDT de la Haute-Loire ;

Le syndicat général agroalimentaire CFDT de la Haute-Loire ;

L'union départementale CFTC de la Haute-Loire ;

L'union départementale CFE-CGC de la Haute-Loire,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Les dispositions de la convention collective de travail du 11 août 1982 concernant les exploitations et entreprises agricoles des départements de la Haute-Loire et de la Lozère sont ainsi modifiées :

1. Il est créé à la suite de l'article 65 un chapitre XI intitulé « Suspension du contrat. – Prévoyance et santé » et les chapitres XI à XIII deviennent respectivement les chapitres XII à XIV.

2. L'article 66 *bis* devient l'article 67 et les articles 67 à 80 deviennent respectivement les articles 69 à 82.

3. Au 2^e alinéa de l'article 74 (nouveau), les mots « 71 ci-dessus » sont remplacés par le mot « précédent ».

4. Après l'article 67 (nouveau), il est inséré un article 68 ainsi rédigé :

« Article 68

Assurance complémentaire frais de santé

Un régime de prévoyance assurant un minimum de prestations en matière d'assurance complémentaire frais de santé est, dans les conditions prévues ci-dessous, mis en place au profit des salariés (non cadres) des exploitations et entreprises agricoles visées par la présente convention.

Les bénéficiaires

Le salarié ayant acquis 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Peuvent également bénéficier de cette assurance complémentaire à titre facultatif sans participation de l'employeur :

- le conjoint, le partenaire d'un Pacs ou le concubin du salarié ;
- les enfants à charge du salarié.

Dispense d'adhésion

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent article, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. 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 article, 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 la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire frais de santé à affiliation obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant, 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'avenant, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'avenant, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 3 mois d'ancienneté.

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

Les salariés à temps très partiel ou en contrat de formation par alternance (notamment les apprentis) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent choisir de ne pas cotiser sans remise en cause du caractère collectif.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant, les salariés à temps très partiel ou en contrat de formation par alternance concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'avenant, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 3 mois d'ancienneté.

En cas d'avenant au contrat de travail modifiant dans le même temps la rémunération ou en cours de contrat de formation par alternance, les salariés à temps très partiel ou en contrat de formation par alternance devront alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant celui au cours duquel la cotisation est inférieure à 10 % de leur rémunération.

Prestations

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à la présente convention collective (annexe VI).

Gestion du régime

La gestion du régime de l'assurance complémentaire frais de santé est confiée :

- pour les exploitations et entreprises agricoles dont le siège social se situe dans le département de la Haute-Loire à Mutualia Assistance et Santé, sis 11, boulevard Président-Bertrand, 43000 Le Puy-en-Velay ;
- pour les exploitations et entreprises agricoles dont le siège social se situe dans le département de la Lozère à Mutualia Languedoc-Roussillon, sis rue Edouard-Lalo, 30924 Nîmes Cedex 9.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions convenues entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Financement et collecte des cotisations

La garantie est financée par une cotisation mensuelle due pour tous les salariés bénéficiaires et dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale.

Le taux de la cotisation mensuelle est égal à 0,99 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, réparti comme suit, 20 % à la charge des employeurs dans la limite de 6 € par mois et 80 % à la charge des salariés.

Le montant de la cotisation mensuelle, soit 28,33 €, tel que fixé lors de la conclusion de l'avenant, est applicable pour les exercices 2010 et 2011.

Les cotisations sont collectées par l'organisme désigné. Le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations est confié à la MSA par l'organisme assureur selon les modalités définies entre l'organisme désigné et la MSA.

Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail pour une autre cause que l'arrêt de travail, ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur ou par tout organisme s'y substituant et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties frais de santé peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil donnant lieu à complément de salaire par l'employeur ou par tout organisme s'y substituant, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé est maintenu, les cotisations correspondantes continuant à être versées par l'employeur et le salarié normalement.

Antériorité des régimes de prévoyance d'entreprises

Les entreprises disposant déjà d'un accord complémentaire frais de santé au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent avenant, comprenant l'ensemble des garanties définies au présent article pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre pour cette assurance l'organisme désigné dans le présent article.

Les entreprises disposant déjà d'un accord complémentaire frais de santé au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent avenant inférieur aux garanties définies au présent article ou ne disposant d'aucun accord doivent obligatoirement rejoindre pour l'assurance complémentaire frais de santé l'organisme désigné et appliquer les dispositions du présent article.

Par ailleurs, les entreprises qui ont mis en place un régime complémentaire frais de santé de niveau inférieur à la date d'extension du présent avenant disposent d'un délai maximum de 12 mois à compter de la publication de l'arrêté d'extension pour rejoindre le contrat collectif obligatoire établi par le présent avenant, afin de respecter, le cas échéant, les délais de préavis et/ou de dénonciation qui peuvent être fixés par leur régime.

Réexamen du régime

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les partenaires sociaux signataires selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions correspondantes du code de la sécurité sociale.

En cas de dénonciation de l'accord entre les partenaires sociaux et l'organisme assureur désigné, ce dernier maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date.

Suivi du régime

Une commission paritaire de suivi, regroupant les représentants des employeurs et des salariés signataires, peut être créée pour veiller à la bonne mise en place et à l'évolution du régime.

Les règles de fonctionnement de cette commission sont régies par le règlement intérieur qu'elle établit. »

Article 2

Le présent avenant est conclu dans le cadre d'un contrat responsable et respectant la réglementation en vigueur concernant les actes de prévention.

Le présent avenant dont les parties demandent l'extension entrera en vigueur le premier jour du mois suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension ne serait pas publié à la date du 1^{er} janvier 2010, les partenaires sociaux signataires invitent les exploitations et entreprises visées par la présente convention collective à mettre en œuvre à titre volontaire par anticipation les dispositions de cet avenant.

Le présent avenant est remis à chacune des organisations signataires et déposé conformément aux dispositions légales.

Fait au Puy-en-Velay, le 5 juin 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE VI

Nature et montant des prestations de l'assurance complémentaire frais de santé

	REMBOURSEMENT régime obligatoire	CONFORT (Y compris régime de base)
Soins médicaux		
Consultations, visites (médecin) (1)	70 %	200 %
Pharmacie (2)	65 % – 35 %	100 %
Cures thermales, soins	65 % – 70 %	200 %
Hébergement		100 €/cure
Auxiliaires médicaux	60 %	200 %
Analyses	60 %	200 %
Radiologie	70 %	200 %
Densitométrie osseuse	70 %	200 %
Petite chirurgie	70 %	200 %
Hospitalisation		
Honoraires	80 %	250 %
Frais de séjour	80 %	200 %
Frais d'accompagnement (3)		oui
Chambre particulière		48 €/jour
Forfait journalier		Frais réels
Transports liés à l'hospitalisation	65 %	100 %
Participation forfaitaire sur actes coefficient 50 ou 91 €		oui
Optique		
Monture et verres (4)	65 %	300 €/an
Lentilles prescrites	65 %	160 €/an
Opération laser	65 %	160 €/œil
Dentaire		
Frais de soins	70 %	200 %
Prothèses	70 %	300 %
Orthodontie	70 %	plus forfait 210 €/an 300 %
Autres prestations		
Prothèses dentaires et optiques non prises en charge		Forfait 130 €/an

	REMBOURSEMENT régime obligatoire	CONFORT (Y compris régime de base)
Prothèses auditives	65 %	250 %
Autres prothèses, orthèses, appareillages et autres accessoires, VHP	65 %	250 %
Frais de transports	65 %	200 %
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, vaccin anti-grippe, vaccin non remboursé, pilule contraceptive non remboursée, fécondation <i>in vitro</i>		Forfait 50 €/an
Aide sociale en cas de décès (si décès avant 70 ans)		320 €
Assistance (voir conditions)		oui
Actes de prévention (art. R. 871-2) : – scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (avant 14 ans) ; – acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans tous les 6 ans		oui
<p>Contrat responsable et solidaire Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale incluent la prise en charge de celui-ci. Ils sont limités à la dépense réelle.</p> <p>(1) En application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, la prise en charge de la mutuelle s'effectue dans tous les cas, à l'exclusion de la participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré, et en cas de non-respect du parcours de soins, à l'exclusion de la majoration de participation de l'assuré.</p> <p>(2) Le montant du remboursement est fixé en fonction du prix du médicament générique correspondant.</p> <p>(3) Avec limites.</p> <p>(4) Renfort optique de 100 € sur option, voir conditions.</p> <p>NB. – Non-prise en charge des franchises médicales, médicaments, actes paramédicaux, transport.</p> <p>NB. – Pack optique et dentaire, voir conditions.</p>		

Renfort optique et dentaire garantie confort Réservé aux contrats groupe à adhésion obligatoire

Optique		
18 ans et +	Monture et verres (5) Lentilles prescrites Opération laser	+ 200 € + 90 € + 90 €
– 18 ans	Monture et verres	+ 90 €
Dentaire		
Frais de soins		+ 100 %
Prothèses/Orthodontie		+ 100 %
Autres prestations		
Prothèses dentaires et optiques non prises en charge		+ 70 €

Contrat renfort optique et dentaire :

- adulte 80 € annuel sur 2 ans ;
- enfant 60 € annuel sur 2 ans.