

Accord professionnel

**RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS VITICOLES
(CHAMPAGNE DÉLIMITÉE)**

ACCORD DU 8 JUILLET 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : *AGRS0997144M*

Entre :

Le syndicat général des vignerons de la Champagne, déléguant ses pouvoirs en la circonstance à son groupement d'employeurs ;

Les fédérations des CUMA Marne, Aube et Aisne, déléguant leurs pouvoirs en la circonstance au groupement d'employeurs du syndicat général des vignerons de la Champagne,

D'une part, et

Les syndicats de la Marne, de l'Aisne et de l'Aube CGT-FO ;

La fédération générale agroalimentaire de la Marne, de l'Aisne et de l'Aube CFDT ;

La fédération régionale agroalimentaire Champagne-Ardenne CFE-CGC ;

Le syndicat agriculture de Champagne-Ardenne CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et CUMA viticoles de la Champagne délimitée.

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé obligatoire collectif de type « isolé/famille » au bénéfice des salariés non cadres et, au choix de ces derniers, à l'ensemble de leurs ayants droit et/ou d'un régime optionnel facultatif.

Le présent accord constituera l'annexe III de la convention collective du 2 juillet 1969 concernant les exploitations et CUMA viticoles de la Champagne délimitée.

Article 1^{er}

Les salariés bénéficiaires

Bénéficient obligatoirement de la garantie frais de santé l'ensemble des salariés ayant acquis 1 an d'ancienneté et plus dans une même entreprise.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent avenant, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois qui suivent leur cessation d'activité.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint 1 an d'ancienneté ou dès la date d'embauche du salarié en cas de reprise d'ancienneté.

En sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la CPCEA en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention collective du 2 avril 1952 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP notamment) relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 2

Les ayants droit

Chaque salarié bénéficiaire de la garantie peut demander l'extension de son régime frais de santé au profit de ses ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint marié, résidant en France, non séparé de droit ou de fait ;
- le cocontractant d'un Pacs résidant en France ;
- le concubin, résidant en France, s'il est à la charge de l'assuré au sens de l'article L. 161-14 du code de la sécurité sociale ou s'ils ont un ou des enfants en commun ;
- les enfants à charge :
 - 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 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 sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 28 ans s'ils sont étudiants, apprentis, en contrat de professionnalisation ou toute autre formation en alternance, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- tous les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes ou titulaires d'une carte d'invalidité (pour un taux au moins égal à 80 % prévu aux articles L. 241-3 et suivants du code de l'action sociale et de la famille).

Article 3

Les dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

1. A la mise en place de l'accord :

- salariés bénéficiant, à la date de mise en place du régime prévue par le présent accord, d'une couverture obligatoire de par leur conjoint qui tra-

vaillent dans une autre entreprise. Dès que ces salariés ne sont plus couverts par leur conjoint, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté continue de 1 an ;

- salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé. Cette dispense est valable pour la seule période restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel.

2. A la mise en place de l'accord et après l'entrée en vigueur de l'accord :

- salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture. Dès lors que les salariés en perdent le bénéfice, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté ;
- salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ne relevant pas du présent accord, à condition de le faire savoir par écrit à leur employeur en apportant tout justificatif de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs ;
- salariés à employeurs multiples relevant de la présente convention. Ils seront affiliés au titre d'un seul employeur, celui chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté et qui prendra en charge la cotisation définie ci-après ;
- salariés à temps partiel, employés pour une durée inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, ainsi que les salariés en contrat de formation par alternance (notamment les apprentis), si la cotisation qu'ils doivent acquitter au titre de la complémentaire santé est supérieure à 10 % de leur rémunération brute ;
- pour les couples travaillant dans une même entreprise ou dans deux entreprises relevant du régime mis en place par l'accord, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Article 4

Justification des renoncements à l'assurance complémentaire frais de santé

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 les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour et à l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit 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 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 1 an d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit pas les conditions d'adhésion facultative, 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.

Article 5

Adhésion au régime optionnel complémentaire

Option facultative

L'adhésion au régime optionnel supplémentaire est ouverte à tout salarié bénéficiaire par la signature d'un bulletin d'adhésion adressé à l'organisme assureur.

Cette adhésion doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation au régime obligatoire et prendra effet au premier jour du mois suivant celui au cours duquel le bulletin d'adhésion a été réceptionné pour une durée minimale de 1 an.

Le salarié peut adhérer pour lui-même seulement ou pour lui-même et ses ayants droit.

A l'issue de cette durée minimale de 1 an, le salarié a la possibilité de renoncer, à la fin de chaque année, au régime optionnel, sous réserve de notifier sa décision à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception expédiée au moins 2 mois à l'avance.

Toute renonciation au régime optionnel entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion pour une période de 2 ans.

Article 6

Adhésions individuelles volontaires

Anciens salariés (maintien des droits)

Les garanties obligatoires du présent accord sont maintenues au participant et à ses ayants droit bénéficiant d'une extension familiale, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de garantie individuelle, à condition qu'il en fasse la demande avant l'expiration d'un délai de préavis de 2 mois attaché à la résiliation du contrat de travail résilié ou de son non-renouvellement.

En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des assurés visés par le contrat individuel :

- aux anciens participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

L'ancien participant obtiendra le maintien de ses garanties obligatoires, sous forme de contrat individuel, à la condition qu'il en fasse la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail.

Il peut demander le maintien, à titre individuel, des garanties obligatoires au bénéfice d'un ou plusieurs de ses ayants droit, pour lesquels une extension familiale avait été demandée ;

- aux ayants droit du participant décédé.

Sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès, les ayants droit du participant décédé peuvent bénéficier du maintien, à titre individuel, des garanties obligatoires.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, le tarif applicable aux différentes garanties individuelles ne peut être supérieur de plus de 50 % au montant de la cotisation prévue au titre du présent contrat collectif.

Travailleurs saisonniers et salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les travailleurs saisonniers ou les salariés qui n'ont pas l'ancienneté requise pour être affiliés à titre obligatoire au régime peuvent y adhérer volontairement, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit.

Cotisation

Ils s'acquittent de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

La cotisation est fixée à 0,95 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour une adhésion individuelle et une cotisation de 2,12 % pour lui et ses ayants droit.

Mutualisation

Le régime des assurés à titre volontaire (travailleurs saisonniers, salariés n'ayant pas l'ancienneté requise et anciens salariés) est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Article 7

Prestations

Le régime frais de santé mis en place garantit le remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires, consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

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

Ils interviennent après versement des prestations du régime social de base, dans les conditions visées au tableau des garanties ci-dessous, sauf exceptions indiquées dans ce même tableau.

Article 8

Garanties

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau ci-annexé.

Article 9

Gestion du régime

Les organisations signataires ont désigné les institutions de prévoyance ANIPS (4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex), partenaire de Groupama et Agri-Prévoyance (21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris) membre du groupe AGRICA en coassurance à hauteur de 75 % pour ANIPS, l'ANIPS étant apériteur, et 25 % pour Agri-Prévoyance afin d'assurer la gestion du régime d'assurance maladie complémentaire santé et la mutualisation entre les salariés et les employeurs.

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

Article 10

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

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

Les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent avenant, un régime d'assurance santé de niveau inférieur aux garanties définies ci-annexées doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 11

Cotisations

Taux de cotisations et répartition du régime minimum obligatoire « isolé »

L'employeur doit s'acquitter de l'intégralité de la cotisation du régime minimum conventionnel obligatoire auprès de l'organisme chargé de la collecter. La contribution du salarié est prélevée chaque mois sur son salaire par l'employeur.

Le régime minimum conventionnel obligatoire (isolé) d'assurance frais de soins est financé par une cotisation mensuelle égale à 0,95 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, à hauteur de 40 % par l'employeur et 60 % par le salarié.

Collecte : le prélèvement des cotisations du régime obligatoire peut être confié par l'organisme désigné aux caisses départementales de MSA compétentes selon les termes d'une convention conclue entre eux.

L'option famille est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire égale à 1,17 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, intégralement à la charge du salarié.

L'option couverture supérieure est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire égale à 0,62 % du plafond mensuel de la sécurité sociale à la charge intégrale du salarié si elle est à titre individuel (couverture du seul salarié) ou égale à 1,15 % si elle est familiale (couverture du salarié et des ayants droit).

Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil pour maladie, accident ou maternité, le bénéfice des prestations d'assurance maladie complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération des cotisations qui sont prises en charge par le régime. Les régimes optionnels (ayants droit et régime supplémentaire) restent maintenus sous réserve du paiement des cotisations par l'assuré.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental d'éducation, congé sabbat-

tique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent avenant peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, directement auprès de l'organisme assureur.

Article 12

Clause de réexamen et 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 peut être dénoncé à tout moment par les parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois. En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 13

Accord de gestion et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties font l'objet d'un protocole de gestion signé entre l'organisme assureur désigné par les partenaires sociaux, et qui définit les modalités de fonctionnement du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront une fois par an en juillet, dans le cadre de la commission mixte viticole, avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place ;
- 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 14

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010.

Il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires et à compter de la date de son extension, à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application.

Le présent accord pourra toutefois être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires à compter du 1^{er} janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

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, notamment l'accord national du 10 juin 2008 précité.

Article 15

Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du terme du préavis.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 8 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Nature des garanties frais de soins

DESSCRIPTIF DES ACTES	RÉGIME DE BASE MSA	FORMULE SOCLE	FORMULE OPTIONNELLE
Hospitalisation médicale et chirurgicale conventionnée ou non (*) Honoraires Frais de séjour Forfait hospitalier Chambre particulière maladie chirurgie (psychiatrie exclue/formule socle et formule optionnelle) Déassement d'honoraires	80 % ou 100 % BR 80 % ou 100 % BR Néant Néant	150 % BR 0 % à 20 % BR 100 % FR 100 % FR	200 % BR 200 % BR 100 % FR 100 % FR
Chambre particulière maternité	Néant	Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité (953 €/2009)	Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité (953 €/2009)
Lit d'accompagnant enfant de moins de 15 ans	Néant	Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité (953 €/2009)	100 % FR
Médecine de ville Honoraires de praticiens : consultations et visites de généralistes, de spécialistes (conventionnés et non conventionnés) Honoraires d'auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, sages-femmes, etc. (conventionnés et non conventionnés) Analyses, examens de laboratoires, radiographies, électroradiologie Chirurgie externe (actes en K) Transports Pharmacie	70 % BR 60 % BR 60 % ou 70 % BR 70 % BR 65 % BR 15 %, 35 %, 65 %, 100 % BR	80 % BR 40 % BR 30 % ou 40 % BR 200 % BR 100 % FR 0 % à 85 % BR	200 % BR 200 % BR 200 % BR 200 % BR 100 % FR 0 % à 85 % BR

DESRIPTIF DES ACTES	RÉGIME DE BASE MSA	FORMULE SOCLE	FORMULE OPTIONNELLE
Orthopédie, petit appareillage, prothèses diverses, pansements et accessoires pris en charge Audio-prothèses par équipement et par personne	65 % BR 65 % BR	200 % BR 400 % BR + 10 % PMSS	400 % BR 400 % BR + 10 % PMSS
Cures thermales acceptées Honoraires et soins	65 % ou 70 % BR	30 % à 35 % BR	200 % BR
Dentaire Soins (sauf inlay/onlay) Inlay/onlay Traitements d'orthodontie pris en charge (moins de 16 ans) Prothèses dentaires prises en charge	70 % BR 70 % BR 100 % BR 70 % BR	100 % FR 100 % BR 100 % BR 140 % BR + un crédit de 300 € par an	100 % FR 200 % BR 200 % BR 200 % BR + un crédit de 350 € par an
Optique Verres, montures, lentilles acceptés Forfait pour optique acceptée ou refusée (1 fois par an et par personne)	65 % BR Néant	400 % BR 8 % PMSS (228,72 €/2009)	400 % BR 10 % PMSS (285,90 €/2009)
(*) Y compris hospitalisation à domicile, maternité et psychiatrie. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale : 2 859 € en 2009. BR : base de remboursement (tarif de base). FR : frais réels.			