

**Convention collective**

IDCC : 9521. – **EXPLOITATIONS DE POLY CULTURE ET D'ÉLEVAGE,  
COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIEL AGRICOLE  
ET EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES  
(HAUTE-MARNE)  
(11 février 1997)**

(Etendue par arrêté du 19 octobre 1998,  
*Journal officiel* du 22 octobre 1998)

AVENANT N° 24 DU 10 SEPTEMBRE 2009

NOR : *AGRS1097025M*

IDCC : *9521*

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles  
(FDSEA) ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel  
agricole (CUMA) ;

Le syndicat des jeunes agriculteurs,

D'une part, et

La FGA CFDT ;

La FGTA CGT-FO ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

*Modification du chapitre XII bis*

*« Régime frais de santé des salariés non cadres »*

Le chapitre XII *bis* est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

*« Chapitre XII bis*

Régimes de prévoyance et de frais de santé des salariés non cadres

Régime frais de santé des salariés non cadres

Les salariés non cadres bénéficient d'une assurance complémentaire frais de santé dans les conditions fixées par l'accord régional du 3 juillet 2009 sur l'assurance complémentaire santé des salariés des exploitations agricoles de Champagne-Ardenne dont une copie figure en annexe III de la présente convention.

## Assurance décès, incapacité et invalidité

Les salariés non cadres bénéficient du régime de prévoyance (décès, incapacité temporaire de travail et incapacité permanente) institué par l'accord national du 10 juin 2008 dont un extrait figure en annexe IV de la présente convention. »

### Article 2

Il est créé une annexe III et une annexe IV ainsi rédigées :

#### « ANNEXE III

---

Accord régional du 3 juillet 2009 relatif au régime d'assurance complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres des exploitations agricoles de Champagne-Ardenne

Entre :

La fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA) de Champagne-Ardenne ;

L'union régionale des syndicats des entrepreneurs des territoires de Champagne-Ardenne ;

Le syndicat régional des horticulteurs, maraîchers et pépiniéristes de Champagne-Ardenne ;

La fédération régionale des coopératives d'utilisation du matériel agricole (CUMA) de Champagne-Ardenne,

D'une part, et

L'UPRA CFDT ;

La CFTC-Agri ;

La FNAF CGT ;

La FGTA CGT-FO ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

#### *Champ d'application*

Professionnel : le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles relevant des activités suivantes : culture et élevage de toute nature – à l'exception des exploitations viticoles de Champagne délimitée –, coopératives d'utilisation du matériel agricole (CUMA) – à l'exception des CUMA de déshydratation et des CUMA viticoles –, entreprises de travaux agricoles

ainsi que les établissements dirigés par l'exploitant agricole 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 les structures d'accueil touristique, notamment d'hébergement et de restauration, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci.

Territorial : le présent accord régit tous les travaux salariés visés au paragraphe précédent, effectués dans des entreprises situées dans la région Champagne-Ardenne (Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne) et dans tous les établissements dont le siège, représenté par des bâtiments d'exploitation, est situé sur le territoire de cette région, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe et quels que soient le domicile et la nationalité des parties.

## Article 2

### *Objet*

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire santé collectif et obligatoire et d'un régime optionnel facultatif au bénéfice des salariés des entreprises relevant de son champ d'application.

Cette assurance couvrira à titre obligatoire :

- le salarié bénéficiaire et ses ayants droit tels que définis ci-après pour les exploitations agricoles de toute nature, les CUMA et les entreprises de travaux agricoles des départements des Ardennes, de la Marne et de la Haute-Marne, ainsi que les entreprises de travaux agricoles du département de l'Aube. Ce régime est désigné ci-dessous régime familial ;
- le salarié bénéficiaire seulement pour les exploitations agricoles de toute nature et les CUMA du département de l'Aube. Ses ayants droit pourront alors être affiliés à titre facultatif. Ce régime est désigné ci-dessous régime individuel.

## Article 3

### *Durée et entrée en vigueur*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010 pour l'ensemble des employeurs et salariés visés à l'article 1<sup>er</sup> si son arrêté d'extension est publié avant cette date ou à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* si celui-ci est publié après le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

En tout état de cause, il s'imposera au 1<sup>er</sup> janvier 2010 aux employeurs et salariés d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, 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.

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

Il vient en remplacement des régimes de complémentaire santé institués par :

- l'article 45 *bis* de la convention collective des exploitations et entreprises agricoles des Ardennes ;
- l'article 65 de la convention collective des exploitations de polyculture et d'élevage et des CUMA du département de la Marne, des entreprises de travaux agricoles et ruraux des départements de la Marne et de l'Aube et des exploitations maraîchères, horticolas et pépinières du département de la Marne ;
- le chapitre XII *bis* de la convention collective des exploitations de polyculture et d'élevage, des CUMA et des exploitations de cultures spécialisées du département de la Haute-Marne,

qui seront abrogés avec effet à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

#### Article 4

##### *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 1 an d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint 1 an 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, par exemple) relevant d'autres dispositions conventionnelles.

##### Disposition transitoire

Bénéficieront du régime obligatoire, avec participation de l'entreprise, les salariés de la Haute-Marne qui, à la date d'entrée en vigueur de l'accord, ont moins de 1 an mais plus de 6 mois d'ancienneté et bénéficient du régime obligatoire antérieurement mis en place dans ce département.

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement à charge ou non à charge du salarié au sens de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA). Est assimilé au conjoint à charge le concubin ou la personne liée par un Pacs ;
- les enfants du salarié ou de son conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA).

#### Article 5

##### *Dispenses d'affiliation*

Peuvent renoncer au bénéfice du régime d'assurance complémentaire frais de santé prévu au présent accord :

1. 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, en application d'un accord collectif obli-

gatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations supérieur. 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.

2. Les 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. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel, si l'intéressé ne peut le résilier par anticipation.

3. Les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément. Ils doivent le faire savoir par écrit à leur employeur en apportant tout justificatif de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs.

4. Les apprentis et les salariés à temps partiel, inférieur à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, si la cotisation qu'ils doivent acquitter au titre de la complémentaire santé est supérieure à 10 % de leur rémunération.

5. Pour les salariés à employeurs multiples relevant du présent accord, le bénéficiaire sera affilié 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.

#### Dispense d'affiliation des ayants droit

Pour les bénéficiaires du régime familial défini à l'article 2, l'affiliation des ayants droit est obligatoire sauf :

- si l'ayant droit est couvert par un système de garanties ayant un caractère collectif et obligatoire relevant des 6<sup>e</sup> à 8<sup>e</sup> alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- si l'ayant droit est couvert par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Dans ces deux cas, le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficient son conjoint et/ou ses enfants.

Pour les couples travaillant dans la même entreprise ou dans 2 entreprises relevant du régime mis en place par le présent accord, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

#### Justification des renoncements au régime

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 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 plus 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 mois civil suivant.

## Article 6

### *Adhésion au régime optionnel supplémentaire*

L'adhésion à l'option couverture supplémentaire est ouverte à tout salarié bénéficiaire du régime, sans examen médical préalable, 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 la réception du bulletin d'adhésion.

Passé ce délai de 2 mois, tout salarié bénéficiaire du régime obligatoire a la possibilité d'adhérer au régime optionnel supplémentaire au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et 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 supplémentaire, 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 supplémentaire entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion pour une période de 2 ans.

## Article 7

### *Garanties*

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.

La nature et le montant des prestations du régime obligatoire sont présentés dans le tableau figurant en annexe I de l'accord et celles du régime optionnel supplémentaire en annexe II.

Ces régimes s'inscrivent 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.

En conséquence :

- sont prises en charge les prestations de prévention figurant sur l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- ne sont remboursées 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.

## Article 8

### *Gestion du régime*

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner PREVA-DIES, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 442 224 671, dont le siège social se situe 143, rue Blomet, 75015 Paris, adhérente à la Fédération de la mutualité française.

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

## Article 9

### *Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise*

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe pour un niveau de prestations supérieur, avec une participation de l'employeur d'un taux au moins égal à celui du présent accord 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 accord, un régime d'assurance santé obligatoire de niveau inférieur aux garanties définies en annexe doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

## Article 10

### *Cotisations*

#### 1. Taux de cotisations et répartition

Régime de base :

Le taux d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies en annexe est de :

- 2,20 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le régime familial ;
- 1,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le régime individuel,

tels que définis à l'article 2 ci-dessus.

Ces cotisations sont réparties à raison de 35 % à la charge de l'employeur et 65 % à la charge du salarié, étant précisé que la participation de l'employeur ne peut excéder 25 €.

Soit :

- pour le régime familial : 0,77 % du PMSS à la charge de l'employeur et 1,43 % du PMSS à la charge du salarié ;
- pour le régime individuel : 0,37 % du PMSS à la charge de l'employeur et 0,69 % du PMSS à la charge du salarié.

L'affiliation des ayants droit du salarié bénéficiaire du régime individuel entraîne le versement d'une cotisation égale à 1,64 % du PMSS, intégralement à la charge du salarié.

Régime optionnel supplémentaire :

L'adhésion facultative au régime optionnel supplémentaire entraîne une cotisation complémentaire, à la charge du salarié, de :

- 0,39 % du PMSS pour une couverture supplémentaire au régime familial obligatoire ;
- 0,20 % du PMSS pour une couverture supplémentaire au régime individuel obligatoire ;
- 0,33 % du PMSS pour une couverture supplémentaire des ayants droit d'un assuré régime individuel obligatoire.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Les cotisations pour affiliation volontaire des ayants droit et les cotisations au régime optionnel supplémentaire ayant un caractère facultatif ne bénéficient pas du régime social et fiscal attaché par la loi aux régimes obligatoires.

## 2. Collecte

La collecte des cotisations du régime obligatoire est confiée par l'organisme désigné aux caisses de MSA compétentes sur le territoire concerné selon les termes d'une convention conclue entre eux.

## 3. 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 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 (couverture familiale pour le régime individuel et régime supplémentaire) restent maintenus sous réserve du paiement de la cotisation 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 sans solde, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent accord 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 11

### *Adhésions individuelles volontaires*

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

Les travailleurs saisonniers ou les salariés des entreprises relevant du présent accord 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.



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

La cotisation est fixée à 1,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour une adhésion individuelle et majorée d'une cotisation de 1,64 % du PMSS pour l'extension aux ayants droit de l'assuré.

#### Anciens salariés

Un régime d'accueil facultatif est proposé aux salariés qui ont quitté l'entreprise et à leurs ayants droit. Il offre des prestations identiques au régime obligatoire des salariés et concerne :

1. Les bénéficiaires d'une rente d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, les salariés quittant l'entreprise à la suite d'un licenciement ou d'une rupture conventionnelle et inscrits au Pôle emploi ainsi que les ayants droit d'un salarié décédé pour une durée maximum de 12 mois.

Les cotisations sont fixées à :

- 2,53 % du PMSS pour le régime familial ;
- 1,22 % du PMSS pour le régime individuel ;
- 1,88 % du PMSS pour l'extension aux ayants droit d'un assuré au régime individuel.

Les retraités ou préretraités et leurs ayants droit, pour des cotisations fixées à :

- 3,30 % du PMSS pour le régime familial ;
- 1,59 % du PMSS pour le régime individuel ;
- 2,46 % du PMSS pour l'extension aux ayants droit d'un assuré au régime individuel.

La demande doit être faite auprès de l'organisme d'assurance dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès.

#### 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 12

##### *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.

Au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les partenaires sociaux signataires en réviseront notamment les conditions de garanties et de financement, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur.

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 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 signé entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, qui définit les modalités de fonctionnement du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront une fois par an au moins 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.

## Article 14

### *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 3 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

# ANNEXE I

Tableau des garanties du régime obligatoire

Population couverte : personnel non cadre, régime général « base ».

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne « participation mutuelle ».

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire (tarif de convention ou tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations généralistes	70 %	220 %	290 %
Consultations spécialistes	70 %	220 %	290 %
Consultations professeurs en médecine ou neuropsychiatres	70 %	220 %	290 %
Visites généralistes	70 %	220 %	290 %
Visites spécialistes	70 %	220 %	290 %
Visites professeurs en médecine ou neuropsychiatres	70 %	220 %	290 %
Actes de spécialité	70 %	220 %	290 %
Actes d'imagerie médicale, dont ostéodensitométrie	70 %	220 %	290 %
Actes de sages-femmes	70 %	220 %	290 %
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	-	100 %	100 %

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<b>Auxiliaires médicaux</b>			
Infirmiers	60 %	230 %	290 %
Masseurs-kinés thérapeutes	60 %	230 %	290 %
Orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	230 %	290 %
<b>Soins à l'étranger</b>			
Soins à l'étranger	65 %	35 %	100 %
<b>Appareillage</b>			
Dispositifs médicaux et appareillage	65 %	35 %	100 %
Audioprothèse	65 %	135 %	200 %
Forfait par audioprothèse (par année civile)	–	300 €	300 €
<b>Analyses et examens biologiques</b>			
Examen de laboratoire	60 %	230 %	290 %
Prélèvement réalisé par un praticien non médecin	60 %	230 %	290 %
<b>Pharmacie</b>			
Produit à vignette blanche	65 %	35 %	100 %
Produit à vignette bleue	35 %	65 %	100 %
<b>Optique</b>			
Fourniture d'optique médicale	65 %	390 %	455 %
Forfait lunettes et lentilles acceptées (par année civile)	–	200 €	200 €
Forfait lentilles refusées non jetables (par année civile)	–	100 €	100 €

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<b>Cure</b> Honoraires de surveillance, actes complémentaires Frais de traitement thermal	70 % 65 %	30 % 35 %	100 % 100 %
<b>Transport</b>	65 %	35 %	100 %
<b>Hospitalisation chirurgicale</b> Honoraires médecins Forfait journalier hospitalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % – 80 % – –	170 % Oui 20 % 25 € par jour 100 %	250 % Oui 100 % 25 € par jour 100 %
<b>Hospitalisation médicale</b> Honoraires médecins Forfait journalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % – 80 % – –	170 % Oui 20 % 25 € par jour 100 %	250 % Oui 100 % 25 € par jour 100 %
<b>Hospitalisation médicale en secteur psychiatrique</b> Honoraires médecins Forfait journalier psychiatrique (limité à 60 jours par an) (*)	–	170 % Oui	250 % Oui

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Chambre particulière en secteur psy (limité à 60 jours par an) (*) Valeur selon décret ministériel Dans la limite de 1/3 du PMSS par an pour l'hospitalisation en secteur psychiatrique Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	-  -	25 € par jour  100 %	25 € par jour  100 %
<b>Maternité</b>  Honoraires Participation pour frais dus à un accouchement ou une adoption	100 % -	- 1/3 PMSS	100 % 1/3 PMSS
<b>Dentaire</b>  Consultations, soins, actes d'imagerie médicale Inlay core SPR 57 et SPR 67 (avec clavette) Orthopédie dento-faciale acceptée régime obligatoire Orthopédie dento-faciale refusée régime obligatoire Prothèses remboursables par le régime obligatoire (*) Forfait prothèses remboursables par le régime obligatoire (*) Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (**) (*) Insrites à la nomenclature et conformément aux conditions d'attribution. (**) Après avis de notre dentiste conseiller, conformément aux données acquises de la science et à la liste des prothèses prises en charge par la mutuelle.	70 % 70 % 100 % - 70 % - -	130 % 130 % 100 % 200 € par an 140 % 300 € par an 200 € par an	200 % 200 % 200 % 200 € par an 210 % 300 € par an 200 € par an
<b>Prévention</b>  Préserver votre capital santé Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats res- ponsables en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale Vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire Dépistage de l'hépatite B	65 % 60 %	35 % 40 %	100 % 100 %

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Déjartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans)		70 % 70 %	30 % 30 %	100 % 100 %
<b>PREVADIES santé services (1)</b>				
Assistance santé (voir notice d'information)		-	Oui	Oui
Assistance frais médicaux à l'étranger (voir notice d'information)		-	Oui	Oui

Participation :

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire pour tout acte ou consultation, réalisé par un médecin, et pour tout acte de biologie médicale (fixée à 1 € au 1<sup>er</sup> janvier 2005) vient en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

De par la réglementation, elle n'est pas remboursable par la mutuelle au titre de la présente garantie et reste à charge de l'adhérent.

Prestations hors parcours de soins coordonnés :

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre médecin traitant, à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné.

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie. Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation n'est pas prise en charge.

Cependant en cas d'hospitalisation, ce remboursement peut être partiel, la loi obligeant à laisser un reste à charge à l'assuré, et toujours dans la limite de la garantie.

(1) Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance Frange SAS, société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 €, RCS Paris 490 381 753, siège social, 54, rue de Londres, 75008 Paris, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 026 669, agissant au nom et pour le compte de : Fragonard Assurances, société anonyme au capital de 37 207 660 €, RCS Paris 479 065 351, entreprise régie par le code des assurances, siège social, 2, rue Fragonard, 75017 Paris.

## ANNEXE II

Tableau des garanties du régime optionnel supplémentaire

Population couverte : personnel non cadre, régime général « option ».

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne participation mutuelle. Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire (tarif de convention ou tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<b>Honoraires médicaux</b>  Consultations généralistes Consultations spécialistes Consultations professeurs en médecine ou neuropsychiatres Visites généralistes Visites spécialistes Visites professeurs en médecine ou neuropsychiatres Actes de spécialité Actes d'imagerie médicale, dont ostéodensitométrie Actes de sages-femmes Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % -	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels 100 %	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels 100 %



PRESTATIONS		REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<b>Auxiliaires médicaux</b>				
Infirmiers		60 %	Frais réels	Frais réels
Masseurs-kinésithérapeutes		60 %	Frais réels	Frais réels
Orthophonistes, pédicures-podologues		60 %	Frais réels	Frais réels
<b>Soins à l'étranger</b>				
Soins à l'étranger		5 %	35 %	100 %
<b>Appareillage</b>				
Dispositifs médicaux et appareillage		65 %	100 %	165 %
Audioprothèse		65 %	135 %	200 %
Forfait par audioprothèse (par année civile)		-	650 €	650 €
<b>Analyses et examens biologiques</b>				
Examen de laboratoire		60 %	Frais réels	Frais réels
Prélèvement réalisé par un praticien non médecin		60 %	Frais réels	Frais réels
<b>Pharmacie</b>				
Produit à vignette blanche		65 %	35 %	100 %
Produit à vignette bleue		35 %	65 %	100 %
<b>Optique</b>				
Fourniture d'optique médicale		65 %	390 %	455 %
Forfait lunettes et lentilles acceptées (par année civile)		-	200 €	200 €
Forfait lentilles refusées non jetables (par année civile)		-	300 €	300 €
Complément sur forfait verres simples (par année civile)		-	100 €	100 €
Complément sur forfait verres complexes (par année civile)		-	300 €	300 €

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<b>Cure</b> Honoraires de surveillance, actes complémentaires Frais de traitement thermal Forfait cure remboursée régime obligatoire	70 % 65 % –	Frais réels 35 % 200 € par an	Frais réels 100 % 200 € par an
<b>Transport</b>	65 %	Frais réels	Frais réels
<b>Hospitalisation chirurgicale</b> Honoraires médecins Forfait journalier hospitalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière (limité à 60 jours par an) Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans (60 jours par an) (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % – 80 % – – –	Frais réels Oui 20 % Frais réels 40 € par jour 100 %	Frais réels Oui 100 % Frais réels 40 € par jour 100 %
<b>Hospitalisation médicale</b> Honoraires médecins Forfait journalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans (60 jours par an) (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % – 80 % – – –	Frais réels Oui 20 % Frais réels 40 € par jour 100 %	Frais réels Oui 100 % Frais réels 40 € par jour 100 %

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
<p><b>Hospitalisation médicale en secteur psychiatrique</b></p> <p>Honoraires médecins  Forfait journalier psychiatrique (limité à 60 jours par an) (*)  Chambre particulière en secteur psy (limité à 60 jours par an)  (*) Valeur selon décret ministériel</p> <p>Dans la limite de 1/3 du PMSS par an pour l'hospitalisation en secteur psychiatrique  Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée  par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>Frais réels  Oui  Frais réels</p> <p>100 %</p>	<p>Frais réels  Oui  Frais réels</p> <p>100 %</p>
<p><b>Maternité</b></p> <p>Honoraires  Participation pour frais dus à un accouchement ou une adoption</p>	<p>100 %</p> <p>-</p>	<p>-</p> <p>1/3 PMSS</p>	<p>100 %</p> <p>1/3 PMSS</p>
<p><b>Dentaire</b></p> <p>Consultations, soins, actes d'imagerie médicale  Inlay core SPR 57 et SPR 67 (avec clavette)  Orthopédie dento-faciale acceptée régime obligatoire  Orthopédie dento-faciale refusée régime obligatoire  Prothèses remboursables par le régime obligatoire (*)  Forfait prothèses remboursables par le régime obligatoire (*)  Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (**)  (*) Insrites à la nomenclature et conformément aux conditions d'attribution  (**) Après avis de notre dentiste conseiller, conformément aux données acquises de la  science et à la liste des prothèses prises en charge par la mutuelle</p>	<p>70 %</p> <p>70 %</p> <p>100 %</p> <p>-</p> <p>70 %</p> <p>-</p>	<p>Frais réels  130 %  200 %  400 € par an  140 %  300 € par an  400 € par an</p>	<p>Frais réels  200 %  300 %  400 € par an  210 %  300 € par an  400 € par an</p>
<p><b>Prévention</b></p> <p>Préserver votre capital santé  Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats res-  ponsables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale</p>			

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire Dépistage de l'hépatite B Détartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans)	65 % 60 % 70 % 70 %	35 % 40 % 30 % 30 %	100 % 100 % 100 % 100 %
<b>PREVADIES santé services (1)</b> Assistance santé (voir notice d'information) Assistance frais médicaux à l'étranger (voir notice d'information)	- -	Oui Oui	Oui Oui

Participation :

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire pour tout acte ou consultation, réalisé par un médecin, et pour tout acte de biologie médicale (fixée à 1 € au 1<sup>er</sup> janvier 2005) vient en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

De par la réglementation, elle n'est pas remboursable par la mutuelle au titre de la présente garantie et reste à charge de l'adhérent. Prestations hors parcours de soins coordonnés.

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre médecin traitant, à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné.

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie. Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation n'est pas prise en charge.

Cependant en cas d'hospitalisation, ce remboursement peut être partiel, la loi obligeant à laisser un reste à charge à l'assuré, et toujours dans la limite de la garantie.

(1) Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance Frange SAS, société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 €, RCS Paris 490 381 753, siège social, 54, rue de Londres, 75008 Paris, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 026 669, agissant au nom et pour le compte de : Fragonard Assurances, société anonyme au capital de 37 207 660 €, RCS Paris 479 065 351, entreprise régie par le code des assurances, siège social, 2, rue Fragonard, 75017 Paris.

## ANNEXE IV

---

Extrait de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance

(Ne figurent pas dans l'extrait ci-dessous les dispositions de l'accord du 10 juin 2008 concernant l'assurance complémentaire santé, qui ne sont pas applicables aux salariés des exploitations agricoles de la Haute-Marne. Ceux-ci sont couverts par la complémentaire santé instituée par l'accord régional du 3 juillet 2009.)

Entre :

La fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;

Les entrepreneurs des territoires (EDT) ;

La fédération nationale du bois (FNB) ;

La fédération des forestiers privés de France (FFPF) ;

La fédération nationale des coopératives d'utilisation de matériel agricole (FNCUMA) ;

L'union syndicale des rouisseurs-teilleurs de lin de France (USRTL),

D'une part, et

La fédération générale agroalimentaire CFDT ;

La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes CGT-FO ;

La fédération CFTC de l'agriculture ;

Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### PRÉAMBULE

La réalité du dialogue social en agriculture n'est plus à démontrer et a su faire preuve d'innovation en créant des dispositifs originaux et même parfois précurseurs. Dans cette continuité, les partenaires sociaux agricoles ont décidé de conduire une réflexion sur la problématique de la protection sociale complémentaire dans un cadre national, réflexion intégrant les particularités agricoles, le contexte économique et la volonté d'apporter un élément d'attractivité supplémentaire.

Les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés ont pris en compte les différents niveaux de dialogue social existant dans les secteurs de la production agricole, la structuration de ces secteurs composés très majori-

tairement de petites entreprises, et la volonté d'offrir aux salariés la possibilité d'accéder à des prestations sociales complémentaires à celles versées par le régime obligatoire de la mutualité sociale agricole dans les meilleures conditions fiscales et sociales.

Les partenaires sociaux ont souhaité permettre à tous les salariés de la production agricole de bénéficier d'un niveau minimal de protection sociale complémentaire, harmonisé sur l'ensemble du territoire, tout en reconnaissant le dialogue social de branche départemental, régional ou national et tout en garantissant la possibilité de maintenir ces différents niveaux de dialogue.

Les organisations signataires ont décidé de mettre en place un régime de prévoyance assurant un minimum de prestations en matière de garantie décès, incapacité temporaire et permanente et également en matière d'assurance complémentaire frais de santé. Il peut être dérogé à ce régime de prévoyance national par un accord collectif étendu de branche ou conventionnel offrant un régime supérieur et dans les conditions définies dans le présent accord.

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

### *Champ d'application*

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire, à l'exception des départements d'outre-mer, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1, 1<sup>o</sup> (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2<sup>o</sup> (à l'exception des entreprises du paysage), 3<sup>o</sup> (à l'exception de l'Office national des forêts) et 4<sup>o</sup> du code rural, ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

## Article 2

### *Entrée en vigueur*

Le présent accord entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2009 ou le premier jour du 5<sup>e</sup> trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension si cet arrêté devait intervenir après le 30 septembre 2008.

Même après extension, les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

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 ayant 1 an d'ancienneté et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord,

à l'exclusion :

- des cadres et personnels 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;

- des salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif étendu dans les conditions fixées à l'article 7 ;
- des VRP et bûcherons, tâcherons ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 1 an d'ancienneté.

(...)

## Article 4

### *Garanties*

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies dans le présent accord qui constitue un socle minimal national de prestations pouvant être amélioré, notamment par accord collectif étendu.

#### Garantie décès

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus il est versé à ses ayants droit, concubins, titulaire d'un Pacs ou au (aux) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s), un capital décès égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès.

#### Garantie incapacité temporaire de travail

Sauf dispositions plus avantageuses pouvant bénéficier aux salariés, après 1 an d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de la maladie ou d'accident, le salarié bénéficiera :

- d'une indemnité journalière égale à 15 % du salaire journalier de référence ;
- versée pour chaque jour d'absence intervenant après le dernier jour d'absence ayant donné lieu à un complément de rémunération par l'employeur en application des dispositions conventionnelles sur la mensualisation ou en application de l'accord national du 10 décembre 1977 sur la mensualisation, étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la loi du 30 décembre 1988 ;
- et ce jusqu'à la reprise du travail et au plus tard jusqu'au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

Le versement de l'indemnité journalière intervient à condition pour le salarié :

- d'avoir justifié par certificat médical dans les 48 heures de cette incapacité ;
- d'être pris en charge par la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de l'Union européenne.

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaires à la charge de l'employeur, en application des obligations légales ou conventionnelles sur la

mensualisation, bénéficiera des indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail après un délai de franchise (délai de carence) de 60 jours à compter du premier jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet et à compter du 70<sup>e</sup> jour d'absence dans tous les autres cas.

Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a déjà bénéficié dans les 12 mois précédents du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière sera effectué à compter du 1<sup>er</sup> jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du 11<sup>e</sup> jour d'absence dans tous les autres cas.

Les indemnités journalières définies ci-dessus s'ajoutent aux allocations que l'intéressé perçoit de la MSA.

En tout état de cause, les indemnités journalières dues au titre du présent accord cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

Le salaire journalier de référence est égal au salaire journalier calculé par la MSA.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'applique au premier jour de l'absence.

#### Garantie incapacité permanente professionnelle

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus bénéficie, en cas d'incapacité permanente de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une rente versée chaque mois égale à 10 % du salaire mensuel brut de référence.

Cette rente s'ajoute à celle versée par la mutualité sociale agricole.

Le versement de la rente débute dès le versement d'une rente accident du travail par la mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. La rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières qu'il percevait avant la décision de la MSA au titre de l'incapacité temporaire prévue dans le présent accord.

Le salaire mensuel brut de référence est égal à 1/12 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

En tout état de cause, le total des prestations perçues au titre des régimes de base et du présent régime de prévoyance ne peut excéder le salaire net perçu par l'intéressé en activité.

Cette rente d'invalidité est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension de la mutualité sociale agricole et est suspendue si la mutualité sociale agricole suspend le versement de sa propre pension.

En tout état de cause, cette rente prend fin le dernier jour du mois précédant la date d'effet de la pension vieillesse.



## Dispositions communes aux prestations visées aux paragraphes ci-dessus

Les salariés sous contrat de travail à la date d'effet du présent accord et répondant aux conditions d'ouverture du droit seront pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées dans lesdits paragraphes, sauf à l'être déjà par un organisme complémentaire assurant un niveau supérieur de prestations.

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès des organismes assureurs sont garantis à la date d'effet du présent accord pour les prestations suivantes :

- les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes incapacité permanente professionnelle selon les modalités prévues avec les organismes désignés ;
- le bénéfice des garanties décès, lorsque le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion, pour les bénéficiaires d'indemnités journalières d'incapacité temporaire ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité versées par un organisme assureur en application d'un contrat souscrit antérieurement, sous réserve que le maintien de ces garanties ne soit pas déjà prévu par un contrat antérieur.

Ce bénéfice prendra effet :

- d'une part, si les entreprises concernées communiquent un état détaillé de ces bénéficiaires ;
- et, d'autre part, si le précédent organisme assureur transmet les provisions effectivement constituées à la date de la résiliation de son contrat, en application de l'article 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée.

L'indemnisation intégrale pour les salariés en arrêt de travail remplissant les conditions dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent.

(...)

## Article 6

### *Gestion du régime de prévoyance national*

Pour assurer la gestion du régime de prévoyance défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent d'effectuer une double désignation d'organismes assureurs pour les salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1-1° (à l'exception des rouisseurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° du code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1-2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole. Sont codésignés pour gérer le régime de protection sociale complémentaire soit Agri-Prévoyance et CRIA Prévoyance en coassurance, soit l'ANIPS.

(...)

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

## Article 7

### *Adhésion et antériorité*

Tout employeur ayant une activité définie à l'article L. 722-1-1° (à l'exception des rouisseurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° du code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1 2° (à l'exception des entreprises du paysage) ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole, est tenu d'adhérer, pour l'ensemble des salariés concernés à l'article 3 du présent accord, à Agri-Prévoyance-CRIA Prévoyance ou à l'ANIPS en fonction de la répartition par région administrative arrêtée en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et les organismes désignés.

(...)

#### Antériorité des accords de branche ou conventionnels départementaux, régionaux, ou nationaux

Les partenaires sociaux signataires du présent accord ont décidé de permettre aux négociateurs de branche et/ou négociateurs locaux de disposer d'un délai de négociation pour construire, ou adapter leur propre régime de prévoyance, en améliorant le socle minimal, en utilisant ou non les options facultatives élaborées en même temps que le socle minimal national par les partenaires sociaux nationaux auprès de l'organisme désigné dans l'accord national, ou en passant leur propre appel d'offres et décider de leur organisme gestionnaire.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, le régime national de prévoyance s'appliquera obligatoirement aux employeurs et aux salariés bénéficiaires entrant dans le champ d'une convention collective ou accord collectif ne comportant pas de dispositions en matière de prévoyance ou en application des dispositions ci-après.

Une branche ou des secteurs d'activités ayant déjà conclu un accord collectif départemental, régional ou national de prévoyance au jour de l'entrée en vigueur du présent accord :

- comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 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 pour ces garanties, les entreprises et salariés relevant de ce régime conventionnel sont exclus du régime national de prévoyance. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension de l'accord concerné ne serait pas encore publié et conditionne son entrée en vigueur, cet accord doit prévoir la possibilité pour les entreprises de l'appliquer à titre volontaire par anticipation et l'entreprise doit l'appliquer, à défaut, jusqu'à l'entrée en vigueur dudit accord les dispositions du présent accord national s'appliquent ;
- mais n'ayant pas mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, doivent obligatoirement rejoindre l'organisme désigné pour l'assurance complémentaire frais de santé et appliquer les dispositions correspondantes du présent accord.

Une branche ou des secteurs d'activités ayant déjà conclu un accord collectif départemental, régional ou national de prévoyance au jour de l'entrée en vigueur du présent accord :

- ne comprenant pas l'ensemble des garanties définies à l'article 4 ou pour un niveau de prestations égal ou inférieur, les entreprises et les salariés concernés doivent rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord pour les garanties définies à l'article 4 et appliquer les dispositions correspondantes ;
- mais ayant mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, peuvent ne pas remettre en cause leur propre assurance complémentaire frais de santé et ne pas rejoindre pour cette assurance l'organisme désigné dans le présent accord ; dans ce cas les entreprises et les salariés concernés sont exclus du régime national de prévoyance relevant d'un autre régime à titre obligatoire. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension de l'accord concerné ne serait pas encore publié et conditionne son entrée en vigueur, cet accord doit prévoir la possibilité pour les entreprises de l'appliquer à titre volontaire par anticipation et l'entreprise doit l'appliquer, à défaut, jusqu'à l'entrée en vigueur dudit accord les dispositions du présent accord national s'appliquent.

Une branche ou des secteurs d'activités ayant déjà conclu un accord collectif départemental, régional ou national de prévoyance au jour de l'entrée en vigueur du présent accord :

- comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur et une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et conserver l'organisme de leur choix. Les entreprises et salariés relevant de ce régime conventionnel sont exclus du régime national de prévoyance. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension de l'accord concerné ne serait pas encore publié et conditionne son entrée en vigueur, cet accord doit prévoir la possibilité pour les entreprises de l'appliquer à titre volontaire par anticipation et l'entreprise doit l'appliquer, à défaut, jusqu'à l'entrée en vigueur dudit accord les dispositions du présent accord national s'appliquent.

L'obligation de rejoindre totalement ou partiellement l'organisme désigné pour tout ou partie du régime national de prévoyance ne peut pas être exigé avant l'entrée en vigueur du présent accord.

Au cas où une branche ou des secteurs d'activités, notamment du fait de la conclusion antérieure à la date d'entrée en vigueur du présent accord d'un régime de prévoyance conventionnel comportant des garanties globalement supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre après l'entrée en vigueur du présent accord le régime national de prévoyance, une pesée spécifique du risque représenté par cette branche ou ces secteurs serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle nationale.

Dans ce cas, les organismes assureurs calculeront le taux de cotisation additionnel et son délai d'application nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

## Antériorité des régimes de prévoyance d'entreprises

Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur et une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord :

- comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 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 pour ces garanties ;
- mais n'ayant mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, doivent obligatoirement rejoindre pour l'assurance complémentaire frais de santé l'organisme désigné et appliquer les dispositions correspondantes du présent accord.

Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord :

- ne comprenant pas l'ensemble des garanties définies à l'article 4 ou pour un niveau de prestations égal ou inférieur, doivent rejoindre pour les garanties définies à l'article 4 l'organisme désigné dans le présent accord et appliquer les dispositions correspondantes ;
- mais ayant mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, peuvent ne pas remettre en cause leur propre assurance complémentaire frais de santé et ne pas rejoindre pour cette assurance l'organisme désigné dans le présent accord.

L'obligation de rejoindre totalement ou partiellement l'organisme désigné pour tout ou partie du régime national de prévoyance ne peut pas être exigé avant l'entrée en vigueur du présent accord.

Au cas où une entreprise, notamment du fait de la souscription antérieure à la date d'extension du présent accord d'un régime de prévoyance comportant des garanties globalement supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre après l'entrée en vigueur du présent accord le régime national de prévoyance, une pesée spécifique du risque représenté par cette entreprise ou établissement serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle.

Dans ce cas, les organismes assureurs calculeront la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

Par ailleurs, les entreprises qui ont mis en place un régime de prévoyance de niveau inférieur à la date d'extension du présent accord sur l'ensemble ou sur les garanties de l'article 5 ou sur l'assurance santé disposent d'un délai maximum de 12 mois à compter de la publication de l'arrêté d'extension pour rejoindre en totalité ou en partie selon les modalités définies ci-dessus le régime national de prévoyance établi par le présent accord et l'organisme désigné afin de respecter le cas échéant les délais de préavis et/ou de dénonciation qui peuvent être fixés par leurs régimes.

## Article 8

### *Cotisations*

#### 1. Assiette

Les cotisations sont appelées pour tous les salariés définis à l'article 3 du présent accord sur la base des rémunérations brutes limitées à quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, servant au calcul de l'assiette des cotisations d'assurances sociales.

#### 2. Taux de cotisations et répartition

Pour tous les employeurs et les salariés, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 0,42 % pour les garanties décès, incapacité temporaire et permanente, répartie comme suit :

- 50 % à la charge des employeurs, soit 0,21 % ;
- 50 % à la charge des salariés, soit 0,21 %.

La couverture des prestations incapacité temporaire définie à l'article 4 est assurée par une cotisation fixée à 0,19 % et prise en charge intégralement par les salariés sur leur participation globale.

(...)

#### 3. Collecte

Les cotisations sont collectées par les organismes désignés. Le recouvrement des cotisations peut être confié à la MSA par les organismes assureurs selon les modalités définies entre eux et la MSA.

#### 4. Suspension du contrat de travail

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 et pour une autre cause que l'arrêt de travail, les garanties prévues en cas de décès (...) 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 d'arrêt de travail pour maladie ou accident (toutes origines) ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et incapacité permanente professionnelle sont maintenues sans versement de cotisation.

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 :

(...)

- le bénéfice des garanties décès, incapacité permanente professionnelle est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident (toutes origines) les garanties sont maintenues sans versement de cotisation.

## Article 9

### *Clause de réexamen*

Le régime de prévoyance mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garantie que de financement et de choix des organismes assureurs.

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 à leur niveau atteint à cette date, dans l'hypothèse où les partenaires sociaux ne procéderaient pas à la désignation d'un nouvel organisme assureur.

En cas de changement d'organisme assureur, l'organisme concerné transférera au nouvel assureur les provisions mathématiques correspondant aux prestations en cours de service à la date de résiliation.

Ainsi, le nouvel assureur procédera au versement desdites prestations jusqu'à leur terme.

Les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, organiseront les modalités de la poursuite des revalorisations avec le nouvel organisme assureur et tout autre organisme pouvant assurer ce type de prestation.

## Article 10

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

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé qui définit, entre les organismes assureurs désignés et les partenaires sociaux, notamment :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, les revalorisations instituées, les provisions constituées ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises et les salariés couverts.

Il est par ailleurs mis en place par les organisations professionnelles signataires un conseil paritaire de surveillance qui a pour mission de :

- faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments transmis par les différents organismes assureurs désignés dans l'accord à leur commission paritaire de suivi ;
- faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de prévoyance mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime transmis par les commissions paritaires de suivi ;
- 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.

Le conseil paritaire de surveillance est composé de 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord national et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FNSEA. La commission peut inviter des représentants des organismes assureurs et toutes personnes jugées utiles.

#### Article 11

##### *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 préavis.

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

Fait à Paris, le 10 juin 2008.

(Suivent les signatures.) »

#### Article 3

Les dispositions du présent avenant prennent effet le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

#### Article 4

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui sera déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la Haute-Marne.

Fait à Chaumont, le 10 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)