

Accord collectif départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES
(Var)

ACCORD DU 11 SEPTEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1097101M

Entre :

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

La fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole du Var,

D'une part, et

L'UD FGA-CFDT du Var ;

L'UD FGTA-FO du Var ;

L'UD SNCEA CFE-CGC du Var,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Les dispositions suivantes sont adoptées.

« PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance complémentaire santé individuel et obligatoire au bénéfice des salariés

relevant de son champ d'application, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la Mutualité sociale agricole en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés des entreprises et exploitations agricoles et des coopératives d'utilisation du matériel agricole du Var de bénéficier d'une couverture santé en offrant un niveau de garanties supérieur à l'accord national du 10 juin 2008 ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau local.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles relevant des activités de la production agricole et des salariés des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département du Var.

1.1. Champ d'application professionnel

Les salariés y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

- les exploitations agricoles de culture et d'élevage, quelles que soient les productions et les formes juridiques adoptées ;
- les coopératives d'utilisation du matériel agricole ;
- les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production, ou qui ont pour support l'exploitation.

1.2. Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1^{er}, effectués dans des entreprises dont le siège social est situé sur le département du Var.

Article 2

Entrée en vigueur

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

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

Dans le cas où cet accord serait étendu postérieurement au 1^{er} janvier 2010, les entreprises non adhérentes aux organisations signataires pourront également, préalablement à son extension, appliquer le présent accord de manière volontaire pour leurs salariés. En dernière instance, cet accord s'appliquera à ces entreprises à compter du premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*, s'il est publié après le 1^{er} janvier 2010.

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

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

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.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 1 an d'ancienneté, 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 VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Le salarié se trouvant dans un des cas ci-dessous a la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime.

1. Le salarié bénéficie, au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec :

- soit un niveau de prestations au moins équivalant à celui du présent accord ;
- soit une clé de répartition des cotisations employeur/salarié plus favorable au salarié, mais dans ce cas le niveau des prestations doit être au moins équivalant à celui proposé dans l'accord national du 10 juin 2008.

Il peut alors demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'il apporte un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de

prestations au moins équivalentes. 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 celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

2. Le salarié bénéficie 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. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

3. Le salarié bénéficie d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément : il peut demander à être exclu de la présente assurance complémentaire.

4. Le salarié à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et n'ayant qu'un seul employeur, ainsi que tout apprenti, peut demander à être exclu de la présente assurance complémentaire, dès lors que la cotisation qu'il doit acquitter au titre de la complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération. Ces salariés peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Il est précisé que le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due par ce salarié, dès lors que cette cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, représente au moins 10 % de sa rémunération.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le premier jour du mois civil suivant.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, le salarié concerné doit faire sa demande d'exclusion par écrit et l'adresser à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de sa situation.

Après l'entrée en vigueur du présent accord, la demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

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

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

Article 5

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

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

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application. A ce titre, cet accord respecte les conditions fixées par la loi permettant l'exonération des contributions sociales, notamment patronales.

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

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

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe I du présent accord.

Article 6

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime complémentaire obligatoire frais de santé défini dans le présent accord, les organisations signataires, après avoir procédé à un appel d'offres, conviennent de désigner CRIA Prévoyance, groupe Aprionis, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.

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

Article 7

Adhésion et antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, tout employeur ayant une activité définie à l'article 1^{er} du présent accord est

tenu d'adhérer, pour l'ensemble des salariés bénéficiaires visés à l'article 3, auprès de l'organisme assureur désigné.

Pour le salarié à employeurs multiples, relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. L'employeur qui prendra en charge la cotisation relative à la complémentaire frais de santé est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Les entreprises qui auraient souscrit antérieurement un régime de santé ayant le même objet auprès d'autres organismes assureurs sont tenues de résilier leur contrat afin de rejoindre la mutualisation, dans un délai maximum de 3 mois.

Article 8

Cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues en cas de changement de ces textes. A cette occasion, les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie.

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

Taux de cotisations et répartition

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

Le taux global d'appel de la cotisation mensuelle destinée au financement des prestations définies à l'article 5 est de 0,95 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Ce taux global de cotisation est réparti à raison de :

- 20 % à la charge de l'employeur, ce qui représente un taux de 0,19 % du PMSS, étant précisé que la participation de l'employeur ne peut excéder 5 € ;
- 80 % à la charge du salarié, ce qui représente un taux de 0,76 % du PMSS, plus, le cas échéant, la part employeur excédant le plafond de 5 €.

Le présent accord relève des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale et l'article L. 741-10 du code rural : cet accord

respecte les conditions fixées par la loi permettant l'exonération des contributions sociales.

Appel et recouvrement des cotisations

L'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à l'organisme gestionnaire désigné à l'article 6.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Article 9

Offre à adhésion volontaire et facultative

Les partenaires sociaux ont souhaité offrir la possibilité d'une adhésion volontaire et facultative pour des prestations identiques au régime mis en place par le présent accord, dans les cas suivants :

- le salarié ne remplit pas la condition d'ancienneté requise et souhaite adhérer à titre individuel et/ou utiliser la possibilité d'extension ;
- le salarié bénéficiaire du présent accord souhaite étendre la couverture prévue à ses ayants droit, définis en annexe II au présent accord ;
- les exploitants agricoles qui souhaitent bénéficier du régime frais de santé peuvent aussi adhérer de manière volontaire, que ce soit à titre individuel ou en utilisant la possibilité d'extension.

Dans tous les cas, ces offres d'adhésions étant prises à titre volontaire, le salarié ou l'exploitant agricole s'acquitte 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 (PMSS) pour une adhésion individuelle. Pour l'extension aux ayants droit de l'assuré, cette cotisation de 0,95 % est majorée de 1,38 % pour l'adhésion famille, ce qui représente un taux global de 2,33 % du PMSS.

Le régime des assurés à titre volontaire (salariés n'ayant pas l'ancienneté requise, extension famille, exploitants agricoles et anciens salariés) est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire. Les cotisations correspondant au régime facultatif pourront évoluer différemment de celles correspondant au régime obligatoire, si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.

Article 10

Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec la caisse de mutualité sociale agricole et les

caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Article 11

Suspension du contrat de travail

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 prestations d'assurance complémentaire frais de santé est maintenu, avec versement des cotisations correspondantes par l'employeur et le salarié.

Si la suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil a pour origine un arrêt de travail et ne donne pas lieu à complément de salaire par l'employeur, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé est maintenu, sans versement des cotisations correspondantes par l'employeur et le salarié.

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 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 12

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

Cependant, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre l'organisme assureur

procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 94-678 du 8 août 1994, à savoir :

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

Article 13

Clause de réexamen. – Dénonciation

Le régime d'assurance complémentaire frais de 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.

L'accord peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 14

Accord de gestion spécifique et commission de suivi

Les modalités de fonctionnement administratives, de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord et de suivi du régime font l'objet d'une convention de gestion distincte entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux.

Une commission paritaire de suivi, constituée des organisations professionnelles signataires, se réunira au moins une fois par an, avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment de :

- faire le point sur les entreprises et salariés relevant du présent accord, avec transmission des données statistiques et leur consolidation ;
- réaliser un bilan annuel de l'application de l'accord avec un suivi des cotisations perçues, des frais de gestion, des prestations versées, des revalorisations instituées, des provisions constituées ;
- donner un avis sur la création et la mise à jour des documents d'information présentant le régime mis en place aux salariés et aux employeurs ;
- examiner les avis relatifs à l'évolution du régime.

Cette commission paritaire de suivi pourra ainsi faire des propositions aux partenaires sociaux, qui prendront toutes décisions concernant les modalités d'organisation et de mutualisation du régime, en commission mixte.

Article 15

Formalités administratives

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

Article 2

Dispositions finales

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

Fait à Draguignan, le 11 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties

NATURE DES RISQUES	RÉGIME DE BASE MSA	RÉGIME CONVENTIONNEL du Var	REMBOURSEMENT TOTAL
Frais médicaux			
Consultations, visites de médecins	70 %	30 %	100 %
Consultations spécialistes	70 %	30 %	100 %
Actes techniques médicaux, petite chirurgie	70 %	30 %	100 %
Sages-femmes	70 %	30 %	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophoniste, orthoptiste	60 %	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Radiographie, électroradiographie	70 %	30 %	100 %
Actes de prévention responsable	De 35 % à 70 %	De 65 % à 30 %	100 %
Pharmacie			
Vignette bleue	65 %	35 %	100 %
Vignette blanche	35 %	65 %	100 %
Vignette orange	15 %	85 %	100 %
Vaccins sans prise en charge du régime de base	–	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille

NATURE DES RISQUES	RÉGIME DE BASE MSA	RÉGIME CONVENTIONNEL du Var	REMBOURSEMENT TOTAL
Optique Montures, verres, lentilles prises en charge acceptée par le régime de base MSA	65 %	390 % + crédit de 300 € par an	455 % + crédit de 300 € par an
Dentaire Soins et honoraires Prothèses dentaires acceptées	70 % 70 %	30 % 140 % + crédit de 400 € par an	100 % 210 % + 400 € par an
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, autres prothèses	65 %	35 %	100 %
Forfait actes lourds		100 % du forfait	100 % du forfait
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et de séjour Dépassements d'honoraires Forfait hospitalier Chambre particulière	80 % à 100 % – – –	20 % à 0 % 150 % (1) 100 % des frais réels 25 € par jour	100 % 150 % 100 % des frais réels 25 € par jour
Maternité Frais de soins et de séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % –	– Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % (2) Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité

NATURE DES RISQUES	RÉGIME DE BASE MSA	RÉGIME CONVENTIONNEL du Var	REMBOURSEMENT TOTAL
Divers Transport pris en charge par le régime de base	65 %	35 %	100 %
<p>(1) Le pourcentage de remboursement des dépassements d'honoraires est basé sur le barème de remboursement existant.</p> <p>(2) 0 % : frais actuellement pris en charge par le régime de base à 100 % (maternité), si ce n'était plus le cas, l'assurance frais de santé couvrirait 100 % des frais.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurance maladie obligatoire français.</p> <p>Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.</p> <p>Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement.</p> <p>Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement et s'entendent part régime obligatoire non comprise.</p>			

Les actes de prévention couverts selon la réglementation en vigueur sont les suivants :

1. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).

2. Un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

3. Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire.

4. Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

5. Un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

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

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

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

ANNEXE II

Définition des ayants droit couverts par une extension familiale

Pour le bénéfice du présent régime, sont considérés comme :

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

Par enfant, il faut entendre :

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

Sont considérés comme enfants à charge :

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