

Brochure n° 3604

Convention collective nationale
IDCC : 7005. – CAVES COOPÉRATIVES VINICOLES
ET LEURS UNIONS

ACCORD DU 2 FÉVRIER 2011
RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME CONVENTIONNEL DE REMBOURSEMENT
COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1197080M

Entre :

La confédération des coopératives vinicoles de France (CCVF),

D'une part, et

La FGTA FO ;

La FGA CFDT ;

La CFTC Agri ;

L'UNSA2A ;

Le SNCOA CFE-CGC ;

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

En instituant par le présent accord un régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé, les partenaires sociaux conviennent d'améliorer de façon significative les régimes de protection sociale existants.

Le régime collectif de remboursement complémentaire de frais de santé institué par le présent accord comprend la couverture de tout ou partie des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire de mutualité sociale agricole. Il va donner aux salariés couverts l'accès à des prestations sociales complémentaires, dans les meilleures conditions fiscales et sociales.

Souscrit auprès d'une institution paritaire de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, ce régime conventionnel est basé sur un principe de solidarité et est destiné à être cofinancé par l'ensemble des entreprises de la branche.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des coopératives vinicoles et leurs unions du 22 avril 1986.

Article 2

Principe d'affiliation obligatoire

Sont bénéficiaires des garanties du régime mis en place l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail.

Article 3

Exceptions au principe d'affiliation obligatoire

En application de la circulaire n° DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, l'ensemble des exceptions au principe d'adhésion obligatoire prévu par la circulaire précitée s'applique au présent accord.

En conséquence et dans l'hypothèse où les salariés concernés en font expressément la demande, une dérogation à l'adhésion obligatoire est accordée aux salariés suivants :

1. Les salariés bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU) ;
2. Les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale peuvent être dispensés d'affiliation.

La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation).

3. Les salariés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs saisonniers.

Le présent accord prévoit que l'adhésion peut être laissée au choix du salarié pour les salariés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs saisonniers. Deux cas de figure sont à considérer selon la durée de présence dans l'entreprise :

- les salariés visés au précédent alinéa, bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, qui demandent à être dispensés d'affiliation doivent le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs ;
- en revanche, la dispense d'affiliation est de droit pour les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois.

4. Les salariés à employeurs multiples.

Peuvent également choisir de ne pas cotiser les salariés bénéficiant d'une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite auprès de l'un des autres employeurs.

5. Les salariés à temps très partiel.

Cette disposition ne vise que les salariés à temps très partiel n'ayant qu'un seul employeur et qui n'entrent pas dans la catégorie des salariés sous contrat à durée déterminée ou travailleurs saisonniers.

Le présent accord admet que les salariés à temps très partiel qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent choisir de ne pas cotiser.

6. Les salariés qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire obligatoire lors de la mise en place du système.

Sont visés les salariés déjà couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint, de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou de leur concubin. Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin.

Article 4

Couverture des ayants droit

Les salariés ont la possibilité, à titre facultatif, de faire adhérer au système de couverture et de prestations, leurs ayants droit tels que définis à la convention d'assurances, en contrepartie du paiement des cotisations correspondantes définies hors champ d'application du présent accord, et qui sera intégralement à leur charge.

Article 5

Prestations

La nature et le montant des prestations du régime de couverture complémentaire frais de santé sont présentés dans le tableau annexé au présent accord.

Article 6

Cotisations et répartition

1. Pour le salarié, le taux de cotisation mensuel, hors taxes sur les conventions d'assurance, est fixé à 0,94 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur pour le salarié.

Il est réparti comme suit :

- 50 % à la charge des employeurs ;
- 50 % à la charge des salariés.

Pour les ayants droit éventuels du salarié, le taux de cotisation mensuel, hors taxes sur les conventions d'assurance, exclusivement à la charge de ce dernier et complémentaire au taux prévu pour le salarié, est fixé à 1,33 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur.

2. Pour les salariés relevant du régime obligatoire applicable à l'Alsace et la Moselle, le taux de cotisation mensuel, hors taxes sur les conventions d'assurance, est fixé à 0,62 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur pour le salarié.

Il est réparti comme suit :

- 50 % à la charge des employeurs ;
- 50 % à la charge des salariés.

Pour les ayants droit éventuels du salarié, le taux de cotisation mensuel, hors taxes sur les conventions d'assurance, exclusivement à la charge de ce dernier et complémentaire au taux prévu pour le salarié, est fixé à 0,88 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur.

3. Pour les apprentis, l'employeur prend en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération.

4. Par la suite, une clause d'indexation pourra être appliquée annuellement après analyse des comptes de résultat par la commission paritaire nationale.

Article 7

Suspension du contrat de travail

1. La période de suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation.

En cas de suspension du contrat de travail (maladie, maternité, accident) donnant lieu à une indemnisation, le salarié bénéficie du maintien des garanties prévues par le présent accord selon les mêmes conditions tarifaires et selon la même répartition employeur/salarié que celles prévues pour les salariés en activité. Les garanties sont maintenues pour la période pendant laquelle le salarié bénéficie soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

2. La période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée.

Le salarié absent en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident ou pour des raisons autres que médicales ne donnant lieu à aucune indemnisation, a la possibilité de maintenir son adhésion par le biais d'un contrat individuel souscrit auprès de l'institution désignée. La totalité de la cotisation, identique à celle prévue pour les salariés en activité (part employeur et part salarié), sera appelée directement par l'institution auprès du salarié.

Le salarié pourra également contacter l'institution pour connaître les conditions de souscription d'un contrat individuel adapté à ses besoins.

Article 8

Désignation de l'organisme assureur

CCPMA Prévoyance est désignée pour assurer la mutualisation des garanties prévues au présent accord en annexe I.

Conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, cette désignation est établie pour une durée maximale de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. Les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois au moins avant l'échéance quinquennale pour confirmer ou désigner un nouvel organisme assureur après avoir réexaminé les modalités d'organisation de la mutualisation du régime, vérifier que les objectifs professionnels sont réalisés dans les meilleures conditions et apprécier les perspectives d'évolution du régime.

Article 9

Antériorité des régimes frais de santé en place dans les entreprises

La mise en œuvre du présent régime ne doit pas justifier la remise en cause d'un régime plus favorable.

Les entreprises disposant au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord d'un régime de frais de santé mis en place selon les dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, et comprenant des garanties et une participation de l'employeur d'un niveau équivalent ou supérieur à celles figurant au tableau en annexe et à l'article 6, peuvent ne pas remettre en cause leur régime et ne sont pas obligées de rejoindre l'organisme désigné à l'article 8 ci-dessus.

L'appréciation des garanties et de la participation de l'employeur est effectuée, d'une part, à partir de la comparaison des garanties offertes et, d'autre part, par comparaison du niveau de participation de la cotisation. Pour les garanties, la comparaison se fait obligatoirement à partir des garanties « optique » et « dentaire » plus une 3^e garantie au choix de l'entreprise. Pour le niveau de participation de l'employeur, la comparaison se fait à partir de la participation exprimée en valeur monétaire et ou en pourcentage, celle-ci devant être au moins égale ou supérieure à celle prévue par l'accord et ce quelle que soit la structure de cotisation. L'antériorité du régime en place subsiste dès lors que la comparaison fait apparaître un système globalement supérieur.

Article 10

Commission paritaire nationale de suivi

La commission paritaire nationale de la convention collective aura en charge le suivi de l'accord, à savoir étudier l'ensemble des questions posées par l'application de ce régime et veiller à son bon fonctionnement par l'organisme assureur désigné.

La commission paritaire nationale se réunira une fois par an.

A cette occasion, la commission paritaire nationale procédera à un réexamen du pourcentage de répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié en fonction des comptes de résultat annuels présentés par l'assureur. De son côté, l'assureur sera chargé au cours de cette réunion de présenter son rapport sur les comptes de la convention selon les dispositions de l'article 4 du décret n° 90-769 du 30 août 1990.

Article 11

Date d'effet

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* et, au plus tôt, le 1^{er} janvier 2012. De ce fait, l'accord deviendra obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ de la convention collective précitée.

Par conséquent, les entreprises sont tenues d'affilier leurs salariés, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, sauf celles concernées par les dispositions de l'article 9 du présent accord dans la mesure où celles-ci bénéficient d'un contrat de frais de santé déjà en vigueur à la date de signature du présent accord.

Une notice d'information sera rédigée par CCPMA Prévoyance et remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime (détail des garanties, désignation de l'organisme assureur, formalités de prise en charge).

Article 12

Modalités de dénonciation

Le présent accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires en respectant un délai de préavis de 3 mois. En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 13

Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues à l'article D. 2231-2 du code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 2 février 2011.

(Suivent les signatures)

ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES

	REMBOURSEMENT sécurité sociale MSA	GARANTIES BASE en % de la base de la MSA	GARANTIES OPTION y compris la garantie de base
Frais médicaux			
Consultations, visites :			
– généraliste	70 %	30 %	100 %
– spécialiste	70 %	30 %	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 %	40 %	40 %
Kinésithérapie, pédicures, orthophonistes	60 %	40 %	40 %
Orthoptistes	60 %	40 %	40 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %	40 %
Sages-femmes	70 %	30 %	30 %
Radiographie, électroradiologie	70 %	30 %	30 %
Actes médicaux y compris actes de prévention responsable	De 35 % à 70 %	De 65 % à 30 %	De 65 % à 30 %
Forfait actes lourds	Néant	18 €	18 €
Pharmacie			
Pharmacie 15 %	15 %	85 %	85 %
Pharmacie 30 %	30 %	70 %	70 %
Pharmacie 65 %	65 %	35 %	35 %
Pharmacie 100 %	100 %	0 %	0 %
Optique			
Dès lors que les actes sont pris en charge par la MSA :			
Monture + verres simples	65 %	390 % + forfait 300 € par an	390 % + forfait 400 € par an
Monture + verres progressifs	65 %	390 % + forfait 600 € par an	390 % + forfait 800 € par an
ou lentilles remboursées ou non remboursées y compris jetables		Forfait 300 € par an	Forfait 300 € par an
Chirurgie de l'œil	Néant	néant	Forfait 150 € par œil
Dentaire			
Soins	70 %	30 %	30 %
Orthodontie	100 %	100 %	150 %
Orthodontie 70 %	70 %	130 %	180 %
Prothèses remboursées	70 %	140 % + forfait 300 € par an	250 % + forfait 300 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses	De 60 % à 65 %	De 40 % à 35 %	De 40 % à 35 %
Appareil auditif	65 %	35 %	250 % + forfait 400 € (par appareil)

	REMBOURSEMENT sécurité sociale MSA	GARANTIES BASE en % de la base de la MSA	GARANTIES OPTION y compris la garantie de base
Hospitalisation médicale, chirurgicale (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjours	De 80 % à 100 %	De 20 % à 0 %	De 20 % à 0 %
Dépassements d'honoraires	Néant	150 %	250 %
Chambre particulière	Néant	25 € par jour	25 € par jour
Lit accompagnant	Néant	25 € par jour	25 € par jour
Forfait actes lourds	Néant	18 €	18 €
Forfait hospitalier	Néant	100 % frais réels	100 % frais réels
Transport terrestre	65 %	35 %	35 %
Maternité			
Prime de naissance		200 €	200 €
Ostéopathie			
Forfait annuel par bénéficiaire	Néant	80 €	80 €