

Convention collective nationale
IDCC : 7517. – INGÉNIEURS ET CADRES
D'EXPLOITATIONS AGRICOLES
(2 avril 1952)

(Etendue par arrêté du 13 octobre 1953,
Journal officiel du 28 octobre 1953)

AVENANT N° 45 DU 29 NOVEMBRE 2011

MODIFIANT LA CONVENTION

NOR : AGRS1297024M
IDCC : 7517

Entre :

La fédération nationale de la propriété privée rurale ;

La fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

La fédération nationale du bois ;

Les entrepreneurs des territoires,

D'une part, et

Le SNCEA CFE-CGC ;

La CFTC-Agri ;

La FGTA FO ;

La FGA CFDT ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Le présent avenant de révision annule et remplace les dispositions prévues par la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 et ses annexes I et II.

Les nouvelles dispositions de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 sont les suivantes :

« Entre :

La fédération nationale de la propriété agricole ;

La fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

La fédération nationale du bois ;

La fédération nationale entrepreneurs des territoires,

D'une part, et
Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC ;
La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;
La fédération générale agroalimentaire CFDT ;
La FGTA FO ;
La fédération CFTC agriculture,
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La présente convention a été conclue en 1952 dans le but d'instituer en faveur des ingénieurs et des cadres des secteurs de la production agricole un régime global de protection sociale permettant de garantir aux intéressés des prestations de retraite et de prévoyance.

Puis, afin de garantir la pérennité du régime de retraite, les partenaires sociaux ont décidé l'intégration des opérations de retraite complémentaire à la compensation AGIRC-ARRCO.

Pour une meilleure lisibilité, et dans un souci de clarification et d'amélioration du régime, les organisations patronales et salariales conviennent de réviser la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises et exploitations agricoles du 2 avril 1952 et de réécrire l'intégralité du texte.

Le caractère professionnel du présent régime permet d'assurer une mutualisation entre les entreprises des secteurs de la production agricole, quelle que soit leur taille respective, étant précisé que le secteur des entreprises des parcs et jardins a dénoncé la présente convention par lettre du 25 novembre 2011. L'unicité, sur tout le territoire, et la mutualisation de ce régime constituent les grands principes régissant la présente convention.

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Champ d'application

Toutes les entreprises et exploitations agricoles dont l'activité relève des fédérations signataires sont tenues d'appliquer la présente convention.

Sont ainsi visées toutes les entreprises et exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, dont l'activité est définie par le code rural et de la pêche maritime aux articles L. 722-1, 1°, 2° (à l'exception des entreprises des parcs et jardins dont l'activité est définie au 2° de l'article L. 722-2 du même code), 3°, 4° et 6° et L. 722-20, 2°, 3° et 7°.

Demeurent hors champ, en application de l'arrêté d'extension du 19 décembre 1975, les employeurs de salariés et anciens salariés qui avant la généralisation de la retraite complémentaire n'entraient pas dans le champ d'application de la présente convention et qui ont adhéré pour leur personnel d'encadrement avant cette date, soit de leur propre chef, soit en vertu d'un accord collectif, à une institution de retraite complémentaire de cadres mettant en œuvre la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et qui continuent à adhérer à cette institution pour les catégories de personnel visées par l'acte d'adhésion.

Article 2

Durée, révision et dénonciation

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être révisée et dénoncée conformément aux dispositions légales.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Toutes les entreprises ou exploitations visées à l'article 1^{er} de la présente convention sont obligatoirement tenues d'adhérer, pour l'ensemble des salariés définis ci-dessous, à l'organisme assureur désigné par les partenaires sociaux pour gérer le présent régime.

Le régime de protection sociale complémentaire institué par la présente convention s'applique obligatoirement, sans condition d'ancienneté, aux salariés qui, d'une part, exercent leurs emplois sur le territoire de la France métropolitaine pour le compte d'une entreprise répondant à la définition de l'article 1^{er} et qui, d'autre part, relèvent du régime de retraite complémentaire AGIRC.

La présente convention s'applique également à titre obligatoire aux salariés qui sont détachés hors de France par une entreprise visée à l'article 1^{er} et conservent le bénéfice du régime de retraite complémentaire AGIRC.

Dans le cas où les intéressés seraient soumis, sur le territoire où ils exercent leur activité, à un régime de retraite et de prévoyance présentant un caractère obligatoire, la commission nationale paritaire, à la demande de l'entreprise intéressée et après examen de la situation de fait, pourra prévoir des dérogations à l'application de l'alinéa précédent.

En outre, également par voie d'avenant, la commission nationale paritaire fixe les conditions dans lesquelles la présente convention peut s'appliquer à des cadres occupés hors du territoire de la France métropolitaine et qui ne sont pas concernés par les dispositions visées par les deux alinéas précédents.

Article 4

Cotisations

4.1. Assiette

Les cotisations appelées en pourcentage de salaire sont calculées, pour l'ensemble des salariés visés à l'article 3 de la présente convention, sur les éléments de rémunération entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime.

4.2. Taux de cotisations et répartitions

Le présent régime de protection sociale, mis en place par la convention de 1952, comprenait les garanties de retraite complémentaire gérées par l'agriculture désormais confiées aux institutions de retraite complémentaire relevant des fédérations ARRCO et AGIRC. En conséquence, les organisations signataires conviennent que la présente convention fixe les taux de cotisations des garanties de prévoyance, y compris la retraite supplémentaire et l'assurance complémentaire frais de santé.

Garantie de retraite complémentaire

Les prestations, les cotisations correspondantes et les modalités de versement sont celles applicables aux régimes ARRCO et AGIRC et définies par lesdits régimes.

A la date du 29 novembre 2011, un taux (hors taux d'appel) de :

- 8 % (tranche A) au titre de la retraite complémentaire ARRCO, répartie à raison de 62 % à la charge de l'employeur et 38 % à la charge du salarié (soit 4,96 % à la charge de l'employeur et 3,04 % à la charge du salarié) ;

- 16,24 % (tranches B et C) au titre de la retraite complémentaire AGIRC, répartie à raison de 62,07 % à la charge de l'employeur et 37,93 % à la charge du salarié (soit 10,08 % à la charge de l'employeur et 6,16 % à la charge du salarié).

Les cotisations sont versées aux institutions de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC auxquelles doivent adhérer les entreprises ou exploitations agricoles entrant dans le champ d'application de la présente convention (la CAMARCA, ou une autre institution désignée par l'ARRCO, et AGRICA retraite AGIRC).

Le régime de protection sociale complémentaire comprend donc désormais la prévoyance, la garantie santé complémentaire et la retraite supplémentaire.

Les organisations signataires conviennent que les résultats de ce régime sont appréciés globalement. Toutefois, ils peuvent par exception décider de réviser une ou plusieurs garanties en fonction des résultats constatés.

S'agissant d'un régime global, la répartition des cotisations entre garanties est donnée à titre indicatif en annexe.

Le taux global du régime est de 4,05 % sur la tranche A et de 3,29 % sur les tranches B et C auquel s'ajoute une cotisation santé forfaitaire.

Garanties de prévoyance

Le taux global des cotisations destinées au financement des prestations de prévoyance définies au titre III de la présente convention est égal à :

- 1,55 % sur la tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond des assurances sociales agricoles (tranche A), réparti à raison de 83,87 % à la charge de l'employeur et de 16,13 % à la charge du salarié soit un taux de cotisation respectif de 1,30 % pour l'employeur et de 0,25 % pour le salarié ;
- 2,79 % sur les tranches de rémunération comprises entre le plafond des assurances sociales agricoles et une limite supérieure ou égale à 8 fois ce plafond (tranches B et C) répartis à raison de 62,54 % à la charge de l'employeur et de 37,46 % à la charge du salarié soit un taux de cotisation respectif de 1,745 % pour l'employeur et de 1,045 % pour le salarié.

Concernant le risque incapacité temporaire, la garantie correspondant à l'obligation de mensualisation de l'employeur est à la charge exclusive de celui-ci et correspond à une cotisation de 0,49 % sur la tranche A et de 1,10 % sur les tranches B et C.

La garantie correspondant au relais mensualisation est quant à elle à la charge exclusive du salarié et correspond à une cotisation de 0,23 % sur la tranche A et de 0,50 % sur les tranches B et C.

Retraite supplémentaire

Les prestations de retraite supplémentaire définies au titre V de la présente convention sont financées par une cotisation de :

- 2,50 % sur la tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond des assurances sociales agricoles (tranche A) répartis à raison de 57,2 % à la charge de l'employeur et de 42,8 % à la charge du salarié, soit des taux de 1,43 % à la charge de l'employeur et 1,07 % à la charge du salarié ;
- 0,50 % sur les tranches de rémunération comprises entre le plafond des assurances sociales agricoles et une limite supérieure ou égale à 8 fois ce plafond (tranches B et C), répartis à raison de 40 % à la charge de l'employeur et de 60 % à la charge du salarié, soit des taux de 0,20 % à la charge de l'employeur et de 0,30 % à la charge du salarié.

Garantie complémentaire frais de santé

La garantie complémentaire santé prévue au titre IV de la présente convention est financée par une cotisation santé mensuelle de 124 € comprenant les taxes et contributions connues à la date du 29 novembre 2011.

Pour l'Alsace et la Moselle, cette cotisation mensuelle est de 90,50 €.

Cette cotisation est répartie à raison de 40 % à la charge de l'employeur et de 60 % à la charge du salarié.

Sans préjuger des augmentations nécessaires à l'équilibre technique du régime qui font l'objet d'une négociation entre les partenaires sociaux, la cotisation santé est indexée annuellement à hauteur de 50 % de l'indice national de la consommation médicale totale (moyenne sur les 3 dernières années), sauf décision ponctuelle des partenaires sociaux.

Par avenant des partenaires sociaux, toute nouvelle taxe, charge, contribution ou majoration de ces dernières qui entrerait en vigueur postérieurement à la date du 29 novembre 2011 et dont la récupération ne serait pas interdite, pourra être répercutée sur la présente cotisation.

Dispenses d'affiliation

Les salariés à temps partiel ou les apprentis peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé, et donc de ne bénéficier que partiellement du régime de prévoyance nationale, dès lors que leur cotisation est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération.

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois au cours duquel ils acquièrent la qualité de bénéficiaire.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, ou de l'apprenti si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application est régi comme suit :

- en ce qui concerne les garanties décès, incapacité temporaire et permanente de travail, le salarié et tous les employeurs cotisent auprès de l'organisme concerné ;
- en ce qui concerne l'assurance complémentaire frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme concerné. Les organisations syndicales signataires décident que cet employeur est celui chez lequel le salarié a acquis le plus d'ancienneté, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

4.3. Versement des cotisations

Les cotisations définies au paragraphe 4.2 ci-dessus sont versées à l'organisme assureur désigné à l'article 7.1 pour mettre en œuvre les garanties du présent régime.

Leur règlement est obligatoirement assuré par l'employeur et sous sa responsabilité.

Les cotisations salariales sont précomptées par l'employeur sur le salaire.

Article 5

Action sociale

Les ressortissants du régime peuvent prétendre à des aides sociales prises en charge et définies par l'organisme assureur désigné.

Article 6

Commissions paritaires

6.1. Commission nationale paritaire

La commission nationale paritaire est composée de 4 représentants par organisation syndicale représentative au plan national pour le champ de la présente convention. Le nombre des représentants des fédérations d'employeurs est égal à celui des représentants des organisations syndicales, lequel sera réparti entre les différentes fédérations patronales représentatives.

Le président de la commission nationale paritaire est désigné parmi les représentants des fédérations d'employeurs.

Le secrétariat de la commission est assuré par l'organisme assureur désigné.

La commission nationale paritaire fixe, en concertation avec le conseil d'administration de l'organisme assureur désigné, les paramètres nécessaires à la mise en œuvre du régime et prend toutes mesures nécessaires au maintien de l'équilibre dudit régime afin d'en assurer la pérennité.

Elle négocie les éventuelles révisions et adaptations de la présente convention et, en tant que de besoin, fait évoluer le régime.

Elle examine toutes les difficultés d'interprétation ou d'application de la présente convention et prend toutes les mesures nécessaires en la matière.

Elle négocie et conclut la convention de gestion avec l'organisme assureur désigné pour gérer le régime.

6.2. Commission paritaire de suivi

Une commission de suivi comprenant par moitié des représentants des deux parties signataires, est instituée.

Le collège représentant les fédérations signataires d'employeurs désigne au maximum 10 membres titulaires et 10 membres suppléants et le collège représentant les organisations syndicales signataires des salariés désigne au maximum 10 membres titulaires et 10 membres suppléants, soit deux sièges de titulaires et deux sièges de suppléants par organisation syndicale de salariés signataire.

La présidence de la commission paritaire de suivi est alternativement tenue par un représentant du collège des salariés et un représentant du collège des employeurs, par période de 2 ans.

Le président est nommé par le collège auquel il appartient.

Le secrétariat de la commission est assuré par l'organisme assureur désigné.

Cette commission paritaire de suivi se réunit, sur convocation du président, à la demande de l'une des organisations signataires et au moins une fois par an. La convocation comporte l'ordre du jour de la réunion.

La commission paritaire de suivi a en charge le suivi de la mise en œuvre du régime de protection sociale complémentaire institué par la présente convention.

Elle examine les comptes du régime dans les 6 mois suivant la clôture de l'exercice et, au plus tard, avant la réunion de l'assemblée générale de l'organisme assureur. L'examen portera notamment sur les cotisations perçues, les prestations versées et les provisions constituées, par secteur d'activité et par risque, pour les secteurs professionnels entrant dans le champ d'application de la convention collective de 1952.

Article 7

Gestion du régime

7.1. Clause de désignation

La caisse de prévoyance des cadres d'entreprises agricoles (CPCEA), institution de prévoyance régie par les dispositions de l'article L. 727-2-II du code rural et de la pêche maritime, dont le siège social est situé 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08, est désignée pour assurer la gestion du présent régime.

7.2. Convention de gestion

Les modalités de mise en œuvre des garanties prévues par la présente convention font l'objet d'une convention de gestion signée entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux.

7.3. Antériorité

Les régimes de retraite ou de prévoyance antérieurs à la présente convention, auxquels sont assimilés les régimes d'épargne ou de constitution de capitaux en cas de vie, demeurent acquis aux intéressés.

La commission nationale paritaire prévue à l'article 6.1 précisera les règles dans lesquelles les charges résultant pour les employeurs et les salariés de la présente convention viendront en déduction des charges résultant, pour chacune des parties, des régimes antérieurs.

Article 8

Clause de réexamen

Le régime de protection sociale complémentaire mis en œuvre par la convention collective de 1952, modifiée par ses avenants ultérieurs, fera l'objet d'un réexamen dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans, pour permettre à la commission nationale paritaire d'en examiner, 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 de l'organisme assureur.

L'examen de ces résultats, qui se fera au moins 6 mois avant la fin de chaque période quinquennale, portera notamment sur les cotisations perçues, les prestations versées et les provisions constituées, par secteur d'activité et par risque, pour les secteurs professionnels entrant dans le champ d'application de la convention collective de 1952.

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 de toutes natures liées au régime mis en œuvre par la convention collective de 1952.

Ainsi, le nouvel assureur procédera au versement desdites prestations jusqu'à leurs termes.

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.

TITRE II

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Article 9

Etendue des garanties

9.1. Prise d'effet des garanties

L'ensemble des garanties du présent régime prend effet immédiatement pour tous les salariés bénéficiaires.

9.2. Cessation des garanties

Les garanties du présent régime cessent à la rupture du contrat de travail sous réserve :

- du maintien des prestations d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente en cours de service ;
- du maintien de la garantie couvrant le risque décès (capital décès, allocation obsèques et rente éducation) aux bénéficiaires de prestations d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente durant toute la période de versement de celles-ci.

9.3. Suspension du contrat de travail pour maladie

Le bénéfice des garanties de prévoyance et de santé prévues aux titres III et IV est maintenu sans contrepartie de cotisations, pendant la période de suspension du contrat de travail, aux salariés en arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle, pris en charge par les assurances sociales agricoles.

Le salarié et son employeur sont exonérés de toute cotisation de santé et de prévoyance dès le mois civil suivant celui au cours duquel s'est produit l'arrêt de travail et aussi longtemps que l'intéressé ne reprend pas une activité pour tout mois civil entier.

9.4. Autres cas de suspension

Les salariés concernés par un cas de suspension de contrat de travail prévu par le code du travail ou par convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise....) peuvent demander le maintien de la garantie frais de santé visée au titre IV, moyennant le versement complet des parts patronale et salariale de la cotisation correspondante.

Article 10

Ayants droit

Pour le bénéfice des garanties du régime, les ayants droit sont définis comme suit :

Conjoint : par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le (la) salarié(e) et non séparée de droit.

Cocontractant d'un Pacs : par cocontractant d'un Pacs, il faut entendre, la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) avec le (la) salarié(e).

Concubin : par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du code civil, avec le (la) salarié(e) depuis au moins 2 ans, sous réserve que le (la) salarié(e) soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou adopté.

Enfants à charge :

Par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;

- les enfants dont la qualité d’ayant droit du salarié aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale,

dès lors que ces enfants remplissent l’une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 20 ans et, s’ils travaillent, que leur rémunération n’excède pas 55 % du Smic ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu’ils poursuivent leurs études ou qu’ils soient apprentis ou demandeurs d’emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, lorsqu’ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l’état d’invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Article 11

Exclusions

Les garanties de prévoyance du titre III ne sont pas accordées dans les cas suivants :

- en cas de guerre ;
- en cas de participation du salarié ou du bénéficiaire à un crime, délit intentionnel, ou rixe sauf légitime défense ;
- en cas de participation à une émeute ou à un acte de terrorisme ;
- en cas de maladies ou d’accidents qui sont le fait volontaire du salarié, autre que le suicide ;
- en cas d’usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- en cas de pratique de tout sport à titre professionnel.

Ces exclusions de garantie ne sont pas applicables à la garantie frais de santé du titre IV.

TITRE III

GARANTIES DE PRÉVOYANCE

En contrepartie des cotisations de prévoyance déterminées à l’article 4.2, les salariés visés à l’article 3 bénéficient des garanties ci-après.

Article 12

Capital décès

12.1. Montant et bénéficiaires

En cas de décès d’un salarié, il est versé un capital décès égal à 150 % du salaire brut annuel.

Ce capital est attribué par priorité :

- au(x) bénéficiaire(s) éventuellement désigné(s), personne(s) physique(s) ;
- à défaut, au conjoint, au cocontractant d’un Pacs ou au concubin ;
- à défaut, aux descendants ;
- à défaut, aux héritiers.

12.2. Salaire de référence

Le salaire annuel brut retenu pour calculer le montant du capital décès est égal à la somme des rémunérations ayant donné lieu à cotisations, au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l’arrêt de travail pour maladie ou accident.

12.3. Invalidité absolue et définitive

L’invalidité absolue et définitive, définie comme catégorie 3 au sens des assurances sociales agricoles, est assimilée au décès et ouvre droit, à la demande de l’intéressé ou de son représentant légal, après constatation médicale, au paiement par anticipation, entre les mains de l’invalidé ou de son représentant légal, du capital décès.

Ce versement met fin définitivement à l'attribution du capital décès.

Article 13

Indemnité frais d'obsèques

En cas de décès de son conjoint, de son cocontractant d'un Pacs ou de son concubin ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 10, il est versé au salarié, ou à la personne qui a personnellement supporté les frais d'obsèques, une indemnité.

Cette indemnité est égale au montant des frais réellement engagés, limitée à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Article 14

Rente d'éducation

En cas de décès d'un salarié, en activité ou dans l'une des situations de maintien de garanties prévue aux articles 9.2 et 9.3, il est versé à chaque enfant à charge tel que défini à l'article 10 de la présente convention, une rente d'éducation dont le montant annuel est calculé forfaitairement sur 5 000 points.

La valeur du point est fixée annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur. Son montant fait l'objet d'une approbation préalable obligatoire de la commission nationale paritaire. En 2011, la valeur du point est de 0,2783 €.

Article 15

Incapacité temporaire de travail

15.1. Montant

Il est attribué des indemnités journalières complémentaires à celles des assurances sociales agricoles à tous les salariés qui sont dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie, de maternité, de maladie professionnelle, d'accident de la vie privée, de trajet ou de travail.

Le montant de l'indemnité journalière est de 25 % de la fraction du salaire brut inférieure ou égale au plafond journalier des assurances sociales agricoles et à 70 % de la fraction du salaire brut supérieure à ce plafond.

Le total des indemnités journalières complémentaires et de celles versées par les assurances sociales agricoles ne devra pas excéder le montant du salaire net.

Cette indemnité est suspendue ou réduite dans les mêmes conditions et proportions que celle versée par les assurances sociales agricoles.

15.2. Service des indemnités journalières

L'indemnité journalière qui est servie en complément des indemnités journalières du régime de base est versée à compter du huitième jour d'arrêt de travail pour cause de maladie ou accident de la vie privée et à compter du premier jour en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de maternité.

Le service de l'indemnité journalière est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au salarié.

A la fin de chaque année civile, le conseil d'administration de l'organisme assureur fixe pour l'exercice suivant le coefficient servant à la revalorisation des indemnités journalières. Son montant fait l'objet d'une approbation préalable obligatoire de la commission nationale paritaire.

15.3. Salaire de référence

Le traitement servant de base au calcul de l'indemnité journalière correspond à la 90^e partie du salaire brut habituel perçu au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel, ayant donné lieu à cotisations et retenues *pro rata temporis*.

Article 16

Incapacité permanente

16.1. Montant

Tout salarié, titulaire d'une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou bien bénéficiaire d'une rente d'incapacité professionnelle attribuée pour un taux au moins égal à 66,66 % versée au titre des assurances sociales agricoles, bénéficie d'une pension complémentaire versée au titre du présent régime.

Le montant de la pension annuelle est égal à 40 % de la fraction du salaire brut annuel, inférieur ou égal au plafond annuel des assurances sociales agricoles en vigueur et à 90 % de la partie supérieure à ce plafond.

Le total de la pension complémentaire, des prestations du régime de base et des éventuelles fractions de salaires ne devra pas excéder le montant du salaire net.

Le coefficient servant à la revalorisation de la garantie incapacité permanente est fixé chaque année dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 15.2 pour les indemnités journalières.

16.2. Salaire de référence

Le salaire annuel brut retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire est égal à la somme des rémunérations ayant donné lieu à cotisation, au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Ce salaire est revalorisé en fonction du pourcentage d'augmentation du coefficient servant à la revalorisation des prestations entre l'exercice pris en compte pour le calcul du salaire de référence et la date d'effet de la pension.

TITRE IV

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 17

Frais de santé

17.1. Objet et bénéficiaires

Les salariés visés à l'article 3 bénéficient d'une garantie frais santé à adhésion obligatoire, de type uniforme ayant pour objet de compléter les remboursements du régime de base.

Ainsi, bénéficient de la garantie frais de santé les salariés, en activité ou en situation d'exonération, ainsi que leurs ayants droit tels que définis à l'article 10.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables".

17.2. Montant

Le montant des prestations est présenté dans les tableaux de garanties annexés à la présente convention.

En tout état de cause, le total des indemnités perçues au titre des prestations légales et de celles versées par l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

17.3. Etendue territoriale

La garantie frais de santé s'exerce en France et dans le monde entier, si les frais sont pris en charge par le régime social de base.

17.4. Exclusions de garantie

De manière générale, sont exclus de la garantie :

- les frais de santé engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur ou après la cessation de la garantie ;
- les frais résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux de garanties figurant en annexe.

TITRE V

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

En contrepartie des cotisations de retraite supplémentaire déterminées à l'article 4.2, les salariés visés à l'article 3 bénéficient d'un régime de retraite géré par capitalisation, en points.

Article 18

Attribution des points de retraite supplémentaire

Les cotisations acquittées nettes de frais sont versées sur un compte individuel ouvert au nom de chaque salarié.

Pour l'attribution des points de retraite annuels, les cotisations afférentes à un exercice sont, pour chaque salarié, divisées par la valeur du salaire de référence fixée pour le même exercice.

Le nombre de points acquis au titre d'un exercice s'exprime par la formule :

$$P = \frac{C}{S}$$

P représente le nombre de points acquis par le salarié au cours d'un exercice déterminé.

C représente les cotisations afférentes à cet exercice.

S représente la valeur du salaire de référence pour le même exercice.

Le salaire de référence est fixé annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur. Son montant fait l'objet d'une approbation préalable obligatoire de la commission nationale paritaire. Pour 2012, le salaire de référence est de 5,5827 €.

Les exercices courent du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Toutefois, si l'allocation de retraite prend effet avant la fixation par le conseil d'administration du salaire de référence, le nombre de points acquis est calculé sur la base du salaire de référence de l'exercice précédent.

Les points calculés dans les conditions fixées au présent article ne sont acquis que s'il y a eu versement effectif des cotisations dues au titre de la période correspondante.

Article 19

Calcul de la rente

Le montant annuel de l'allocation de retraite est calculé sur la base du nombre de points inscrits au compte du retraité, multiplié par la valeur du point de retraite pour l'année correspondante et par un coefficient actuariel prenant en compte notamment l'âge de liquidation et les tables de mortalité en vigueur à cette date.

Ce coefficient est fixé par la commission nationale paritaire.

La valeur du point de retraite est fixée annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur, dans les mêmes conditions que celles requises à l'article 18, pour la détermination du salaire de référence. Pour 2012, la valeur du point est de 0,3238 €.

Le montant annuel de l'allocation de retraite s'exprime par la formule :

$$R = V \times P \times \text{coeff}$$

Dans laquelle :

R représente l'allocation de retraite du salarié.

V représente la valeur du point retraite définie.

P représente le total des points de retraite acquis par le retraité.

Coeff représente le coefficient actuariel dépendant de l'âge du salarié au moment de la liquidation de sa retraite.

Article 20

Information des salariés bénéficiaires

L'organisme assureur doit tenir, pour chaque salarié, le compte annuel individuel des points de retraite acquis par lui et informer annuellement chacun d'eux de l'état de celui-ci.

Article 21

Modalités de liquidation

21.1. Conditions de liquidation

La retraite constituée au titre du présent régime peut être liquidée, à la demande des intéressés, dès qu'ils bénéficient de la pension du régime de retraite complémentaire des cadres.

En cas de reprise d'activité du participant, postérieurement à la liquidation de ses droits, celui-ci acquiert de nouveaux droits qui feront l'objet d'une liquidation lors de la cessation de cette nouvelle activité.

21.2. Liquidation et modalités de paiement

La liquidation des droits est opérée sur demande des intéressés adressée à l'organisme assureur.

La demande est considérée comme formulée à la date à laquelle elle est présentée à l'organisme assureur.

Les droits sont liquidés au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la demande a été formulée.

Les allocations liquidées sont versées trimestriellement et dues le premier jour du trimestre civil.

Article 22

Réversion

Les droits à allocations de réversion des conjoints survivants et des conjoints divorcés non remariés s'exercent dans les conditions suivantes.

22.1. Droit du conjoint survivant

Montant de la réversion

Lorsqu'un salarié décède après la liquidation de sa rente, le conjoint survivant a droit à une allocation de réversion calculée sur 60 % du montant de la rente servie à l'ancien salarié retraité décédé.

Lorsqu'un salarié décède en activité, le conjoint survivant a droit à une allocation de réversion égale à 60 % des points acquis par le salarié à la date du décès. L'âge actuariel pris en compte pour le calcul de la rente est celui du conjoint survivant au moment de la liquidation.

Age de la réversion

Lorsqu'un salarié décède en activité ou après la liquidation de sa retraite, l'allocation de réversion est versée dès que le conjoint survivant ouvre droit à une réversion par le régime complémentaire des cadres.

Service de l'allocation de réversion

Le service d'allocation est supprimé ou interrompu dans les mêmes conditions que pour le régime complémentaire des cadres et notamment en cas de remariage.

22.2. Droits des conjoints divorcés non remariés

Le conjoint divorcé a droit à une allocation de réversion, sous réserve qu'il bénéficie d'une réversion par le régime complémentaire des cadres.

Lorsqu'il s'agit d'un décès d'un salarié retraité, l'allocation correspond à 60 % des points acquis par le salarié au titre des fonctions qu'il a accomplies pendant la durée du mariage dissous par le divorce.

Lorsqu'il s'agit d'un décès d'un salarié en activité, l'allocation correspond à 60 % des points acquis par le salarié au titre des fonctions qu'il a accomplies pendant la durée du mariage dissous par le divorce.

L'âge actuariel pris en compte pour le calcul de la rente est celui du conjoint survivant au moment de la liquidation.

En présence d'un conjoint survivant et d'un ou de plusieurs conjoints divorcés non remariés, la pension de réversion de chaque conjoint est calculée en fonction de ses années de mariage avec le bénéficiaire décédé par rapport à la durée globale des mariages dudit bénéficiaire avec les ayants droit concernés.

Article 23

Versement exceptionnel sous forme de capital

Dans le cas où le nombre de points de retraite d'un retraité, d'un conjoint survivant, d'un conjoint divorcé non remarié est inférieur à 500 points, il n'est pas procédé à la liquidation des droits sous forme de rente, mais à un versement unique sous forme de capital.

Le montant du capital unique s'exprime par la formule :

$$C = V \times P \times \text{coeff} \times \text{coeffmultiplicateur}$$

Dans laquelle :

C représente le montant du capital.

P représente le nombre de points acquis par le salarié.

Coeff représente le coefficient actuariel dépendant de l'âge de l'intéressé.

Coeffmultiplicateur représente le coefficient issu des tables de mortalité.

V représente la valeur du point retraite défini à l'article 19.

Article 24

Maintien des droits acquis

Lorsque l'intéressé n'est plus salarié de l'entreprise ou ne fait plus partie de la catégorie de personnel au sens du présent régime, son compte individuel cesse d'être alimenté par les cotisations.

Le salarié bénéficiera de ses droits constitués à la liquidation de ceux-ci, dans les conditions prévues précédemment.

ANNEXE I

Taux et répartitions des cotisations en vigueur au 1^{er} juillet 2012

	TA Tranche de salaire inférieure ou égale au plafond ASA			TB – TC Tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond ASA		
	Part employeur	Part salariale	Total	Part employeur	Part salariale	Total
Décès	0,44 %		0,44 %	0,185 %	0,125 %	0,31 %
Capital décès	0,35 %		0,35 %	0,135 %	0,125 %	0,26 %
Indemnité frais d'obsèques	0,02 %		0,02 %			
Rente éducation	0,07 %		0,07 %	0,05 %		0,05 %
Incapacité temporaire	0,49 %	0,23 %	0,72 %	1,10 %	0,50 %	1,60 %
Mensualisation	0,47 %		0,47 %	1,04 %		1,04 %
Complément mensualisation	0,02 %		0,02 %	0,06 %		0,06 %
Relais mensualisation		0,23 %	0,23 %		0,50 %	0,50 %
Incapacité permanente	0,37 %	0,02 %	0,39 %	0,46 %	0,42 %	0,88 %
Incapacité permanente privée	0,33 %	0,02 %	0,35 %	0,37 %	0,42 %	0,79 %
Incapacité permanente professionnelle	0,04 %		0,04 %	0,09 %		0,09 %
Total taux de cotisation (Soit en répartition)	1,30 % (83,87 %)	0,25 % (16,13 %)	1,55 % (100 %)	1,745 % (62,54 %)	1,045 % (37,46 %)	2,79 % (100 %)

ANNEXE II

Frais de santé Tableau de garanties hors Alsace-Moselle

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais médicaux		
Honoraires médecins conventionnés	70 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Honoraires médecins non conventionnés		90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Analyses, examen de laboratoire	60 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Radiographie	70 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Actes de prévention responsables (1)	De 35 % à 70 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Pharmacie		
Vignette blanche, bleue, orange	De 15 % à 65 %	TM
Optique		
Montures, verres, lentilles remboursées par la sécurité sociale	60 %	390 % BR + un crédit de 340 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale		Crédit de 290 € par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique : verres unifocaux		Crédit de 40 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique : verres progressifs et multifocaux		Crédit de 110 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique global		En l'absence de prestations optique durant 2 ans, crédit supplémentaire de 50 € par bénéficiaire la 3 ^e année
Dentaire		
Soins dentaires remboursés	70 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Prothèses dentaires (remboursées par la sécurité sociale)	70 %	410 % BR
Prothèses dentaires (actes hors nomenclature listés)		Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie (PEC acceptée)	100 %	300 % BR
Orthodontie (PEC refusée)	–	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Implantologie/parodontologie		Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements	60 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	60 % ou 100 %	TM + 200 % BR
Prothèses auditives (PEC acceptée)	60 %	390 % BR + crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives (PEC refusée)		Crédit de 385 € par an et par bénéficiaire
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de soins et de séjour	100 % ou 80 %	TM
Dépassements d'honoraires secteur conventionné	–	100 % des frais réels
Dépassements d'honoraires secteur non conventionné	–	90 % des frais réels
Chambre particulière secteur conventionné (y compris ambulatoire)	–	100 % FR par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Chambre particulière secteur non conventionné (y compris ambulatoire)	–	90 % FR par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Frais d'accompagnant	–	40 € par jour et limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Forfait hospitalier	–	100 % des frais réels
Maternité		
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	–	Crédit de 1 000 € par bénéficiaire et par maternité
Prime de naissance		210 € par enfant pour les deux premiers, 310 € à partir du troisième
Psychiatrie		
Frais de soins et de séjour	100 % ou 80 %	TM
Dépassements d'honoraires secteur conventionné	–	100 % des frais réels
Dépassements d'honoraires secteur non conventionné	–	90 % des frais réels
Chambre particulière	–	Crédit de 1 000 € par bénéficiaire et par an
Forfait hospitalier	–	100 % des frais réels
Cures thermales		
Honoraires de surveillance médicale	70 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais de soins et de séjour	65 %	35 % BR + 195 € par bénéficiaire et par an
Divers		
Transport pris en charge par la sécurité sociale	65 %	TM
Forfait actes lourds	–	100 % des frais réels
<p>(1) Ensemble des actes de prévention remboursés par le régime de base de sécurité sociale, dont ceux définis par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – détartrage annuel complet ; – dépistage de l'hépatite B ; – scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (jusqu'à 14 ans) ; – bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (jusqu'à 14 ans) ; – dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (au-delà de 50 ans) ; – ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans) ; – vaccinations : diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant), <i>haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (avant 18 mois). 		

Tableau de garanties Alsace-Moselle

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais médicaux		
Honoraires médecins conventionnés	90 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Honoraires médecins non conventionnés		90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Auxiliaires médicaux	90 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Analyses, examen de laboratoire	90 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Radiographie	90 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Actes de prévention responsables (1)	90 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Pharmacie		
Vignette blanche, bleue, orange	90 %	TM
Optique		
Montures, verres, lentilles remboursées par la sécurité sociale	90 %	540 % BR + un crédit de 340 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale Crédit supplémentaire optique : verres unifocaux Crédit supplémentaire optique : verres progressifs et multifocaux Crédit supplémentaire optique global		Crédit de 290 € par an et par bénéficiaire Crédit de 40 € par an et par bénéficiaire, limité à une paire par an et par bénéficiaire Crédit de 110 € par an et par bénéficiaire, limité à une paire par an et par bénéficiaire En l'absence de prestations optique durant 2 ans, crédit supplémentaire de 50 € par bénéficiaire la 3 ^e année
Dentaire Soins dentaires remboursés Prothèses dentaires (remboursées par la sécurité sociale) Prothèses dentaires (actes hors nomenclature listés) Orthodontie (PEC acceptée) Orthodontie (PEC refusée) Implantologie/parodontologie	 90 % 90 % 100 % – 	 100 % des frais réels de la sécurité sociale 390 % BR Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire 300 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Appareillage Fournitures médicales, pansements Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives Prothèses auditives (PEC accep- tée) Prothèses auditives (PEC refusée)	 90 % 90 % 90 % 	 100 % des frais réels de la sécurité sociale TM + 200 % BR 540 % BR + crédit de 400 € par an et par bénéficiaire Crédit de 385 € par an et par bénéficiaire
Hospitalisation médicale ou chirurgicale Frais de soins et de séjour Dépassements d'honoraires secteur conventionné Dépassements d'honoraires secteur non conventionné	 90 % – 	 TM 100 % des frais réels 90 % des frais réels

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base de la sécurité sociale en % de la base de remboursement de la sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Chambre particulière secteur conventionné (y compris ambulatoire)	–	100 % FR par jour, limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Chambre particulière secteur non conventionné (y compris ambulatoire)	–	90 % FR par jour, limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Frais d'accompagnant	–	40 € par jour, limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Forfait hospitalier	–	100 % des frais réels
Maternité		
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	–	Crédit de 1 000 € par bénéfi- ciaire et par maternité
Prime de naissance		210 € par enfant pour les deux premiers, 310 € à partir du troisième
Psychiatrie		
Frais de soins et de séjour	90 %	TM
Dépassements d'honoraires secteur conventionné	–	100 % des frais réels
Dépassements d'honoraires secteur non conventionné	–	90 % des frais réels
Chambre particulière	–	Crédit de 1 000 € par bénéficiaire et par an
Forfait hospitalier	–	100 % des frais réels
Cures thermales		
Honoraires de surveillance médicale	90 %	100 % des frais réels de la sécurité sociale
Frais de soins et de séjour	90 %	10 % BR + 195 € par bénéficiaire et par an
Divers		
Transport pris en charge par la sécurité sociale	90 %	TM
Forfait actes lourds	–	100 % des frais réels
<p>(1) Ensemble des actes de prévention remboursés par le régime de base de sécurité sociale, dont ceux définis par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – détartrage annuel complet ; – dépistage de l'hépatite B ; – scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (jusqu'à 14 ans) ; – bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (jusqu'à 14 ans) ; – dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (au-delà de 50 ans) ; – ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans) ; – vaccinations : diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant), <i>haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (avant 18 mois). 		

Article 2

Cet avenant prend effet le 1^{er} juillet 2012, sous réserve de la publication de l'arrêté d'extension au plus tard le 1^{er} mai 2012.

A défaut, cet avenant sera applicable le 1^{er} janvier 2013.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 29 novembre 2011.

(Suivent les signatures.)