

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE PRÉVOYANCE
DES SALARIÉS NON CADRES**

(Landes)

(15 octobre 2009)

(Etendu par arrêté du 27 mai 2010,
Journal officiel du 4 juin 2010)

AVENANT N° 2 DU 3 DÉCEMBRE 2013

NOR : AGRS1497043M

Entre :

La FDSEA des Landes ;

La fédération des syndicats agricoles CGA, MODEF des Landes ;

La FD des CUMA des Landes ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires des Landes,

D'une part, et

La FNAF CGT, section agriculture ;

Le SGA CFDT des Landes ;

La FGTA FO, section agriculture ;

La CFTC-Agri,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif ont décidé de procéder à des aménagements au niveau des cotisations et à des mises à jour. Ainsi :

- les cotisations sont majorées afin d'équilibrer le régime, avec intégration de la portabilité ;
- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- le tableau des garanties santé est mis à jour.

Article 1^{er}

Définition des salariés. – Précision terminologique

Les termes : « salariés non cadres » figurant dans l'accord sont remplacés par les termes : « salariés non cadres ne relevant pas de la convention collective du 2 avril 1952 et ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire cadres en application des décisions de l'AGIRC ».

Article 2

Bénéficiaires

Les dispositions de l'article 4 « Bénéficiaires » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les garanties frais de santé s'appliquent à titre obligatoire aux salariés justifiant de 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise. L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté.

A l'exclusion :

- des cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 ainsi que de la caisse de retraite complémentaire cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans leur convention collective ;
- des VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires.

Le présent accord met en place une couverture de type isolé (obligatoire) / famille (facultative). Sont couverts également les ayants droit du salarié, si le salarié choisit de couvrir sa famille.

Contractuellement, l'entreprise peut choisir par dérogation d'étendre à titre obligatoire et collectif la couverture de ses salariés à leurs ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

a) Le conjoint marié ou le cocontractant d'un Pacs résidant en France et non séparé de droit ou de fait.

b) Le concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ou s'ils ont un enfant en commun, sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.

c) Les enfants du salarié, de son conjoint, partenaire ou concubin définis ci-dessous :

Enfants :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lequel la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant 9 ans au moins avant leur 16^e anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base.

Enfants à charge :

- les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- les enfants âgés de 18 à moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge, à condition que l'état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Cas particulier : les garanties frais de santé s'appliquent sans condition d'ancienneté aux salariés nouvellement embauchés dans les 3 mois qui suivent leur départ d'une entreprise visée par la même convention collective et dans laquelle ils bénéficiaient déjà des garanties du présent accord. »

Article 3

Tableaux des garanties

Les tableaux de remboursements santé et de services de l'article 5 « Garanties » sont remplacés par les tableaux ci-après.

(Voir tableaux pages suivantes.)

« Tableau de remboursements

	PRESTATIONS	RÉGIME obligatoire (RO) ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire (RC) dans la limite des frais réels après le remboursement RO	TOTAL (RO + RC) dans la limite des frais réels ⁽¹⁾
Soins courants	Consultation, visite ou acte technique médical des généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	230 % BR	300 % BR
	Actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures)	60 % BR	TM	100 % BR
	Analyses, examens de laboratoire	De 60 % à 100 % BR	TM	100 % BR
	Actes de radiologie	70 %	TM	100 % BR
	Autres actes techniques	De 60 % à 100 % BR	TM	100 % BR
	Médecines douces (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie...) Actes de prévention selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 (*)	– Variable	23 € par consultation dans la limite de 4 consultations par an et par famille TM	23 € par consultation dans la limite de 4 consultations par an et par famille 100 % BR
Pharmacie	Médicaments prescrits et remboursés par le RO	De 15 % à 100 % BR	TM	100 % BR
	Pharmacie non prise en charge par le RO, sur prescription	–	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
	Vaccins non pris en charge par le RO	–	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Prothèses, appareillage	Petit appareillage, pansements et fournitures médicales	60 % BR	405 % BR	465 % BR
	Grand appareillage (prothèse oculaire et faciale, orthoprothèse)	100 % BR	400 % BR	500 % BR
	Fauteuil roulant	100 % BR	400 % BR	500 % BR
	Orthopédie	60 % BR	405 % BR	465 % BR

	PRESTATIONS	RÉGIME obligatoire (RO) ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire (RC) dans la limite des frais réels après le remboursement RO	TOTAL (RO + RC) dans la limite des frais réels ⁽¹⁾
	Prothèse auditive remboursée par le RO	60 %	395 % BR + 350 € par an et par oreille limité à 1 équipement par période de 3 ans ⁽²⁾	455 % BR + 350 € par an et par oreille, limité à 1 équipement par période de 3 ans
Optique	Verres correcteurs pris en charge par le RO	60 % BR	175 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 175 € par an et par bénéficiaire
	Lentilles correctrices prises en charge par le RO	60 % BR	175 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 175 € par an et par bénéficiaire
	Monture prise en charge par le RO	60 % BR	175 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 175 € par an et par bénéficiaire
	Lentilles correctrices non jetables, non prises en charge par le RO	–	175 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 175 € par an et par bénéficiaire
	Lentilles correctrices jetables, non prises en charge par le RO	–	175 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 175 € par an et par bénéficiaire
	Forfait verres unifocaux	60 % BR	182 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 182 € par paire, limité à 1 paire par an
	Forfait verres progressifs et multifocaux	60 % BR	350 € par an et par bénéficiaire	60 % BR + 350 € par paire, limité à 1 paire par an
	Crédit optique	–	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes
	Chirurgie des défauts visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme ou presbytie)	–	250 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire

	PRESTATIONS	RÉGIME obligatoire (RO) ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire (RC) dans la limite des frais réels après le remboursement RO	TOTAL (RO + RC) dans la limite des frais réels ⁽¹⁾
Dentaire	Soins conservateurs, consultation, acte ou radio dentaire	70 % BR	TM	100 % BR
	Prothèse dentaire définitive prise en charge par le RO	70 % BR	340 % BR + crédit 85 € par an et par bénéficiaire	410 % BR + 85 € par an et par bénéficiaire
	Inlay core	70 % BR	100 %	170 % BR
	Implantologie non prise en charge par le RO	–	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
	Parodontologie non prise en charge par le RO	–	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
	Actes d'orthodontie pris en charge par le RO	De 70 % à 100 % BR	280 %-250 % BR	350 % BR
Polyvalents	Actes d'orthodontie non pris en charge par le RO	–	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
	Transport pris en charge par le RO (sauf cure thermale)	65 %	A concurrence des FR	A concurrence des FR
	Forfait « acte lourd » (en médecine de ville et en hospitalisation)	–	18 €	18 €
	Forfait confort en cas de HAD acceptée par le RO	–	52 € par jour limité à 60 jours par an + crédit « prestations de services » limité à 400 € par an et par famille	52 € par jour limité à 60 jours par an + crédit « prestations de services » limité à 400 € par an et par famille
Hospitalisation	Cure thermale prise en charge par le RO : frais d'hydrothérapie	65 % BR	35 % BR + 150 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 150 € par an et par bénéficiaire
	Médical et chirurgical :			
	Frais de soins et de séjour, honoraires	De 80 % à 100 % BR	400 % BR	De 480 % à 500 % BR
	Forfait journalier	–	FR	FR
	Chambre particulière	–	78 € par jour	78 € par jour

	PRESTATIONS	RÉGIME obligatoire (RO) ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire (RC) dans la limite des frais réels après le remboursement RO	TOTAL (RO + RC) dans la limite des frais réels ⁽¹⁾
	Frais de lit d'accompagnant ⁽³⁾		52 € par jour, limité à 30 jours par an	52 € par jour, limité à 30 jours par an
	Confort (TV, téléphone...)	–	26 € par an	26 € par an
	Maternité :			
	Frais de soins et de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux	De 80 % à 100 % BR	TM + 200 % BR	300 % BR
	Chambre particulière	–	52 € par jour	52 € par jour
	Psychiatrie :			
	Frais de soins et de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux	80 % BR	TM + 200 % BR	300 % BR
	Forfait journalier	–	FR limité à 30 jours par an	FR limité à 30 jours par an

RO : régime obligatoire ; BR : base de remboursement ; TM : ticket modérateur ; FR : frais réels.

(1) Les taux de remboursement du régime obligatoire sont fournis à titre indicatif ; ce sont les taux en vigueur en décembre 2013.

(2) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an.

(3) Y compris en maison de repos ou en structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

(*) Actes de prévention responsables (Liste de l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) donnés à titre informatif et en vigueur en 2013 :

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

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

Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire.

Un bilan du langage oral et/ou un 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.

Un dépistage une fois tous les cinq 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).

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.

Les vaccinations suivantes seules, ou combinées :

Diphthérie, 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, *Hae-mophilus influenzae* B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Services

	PRESTATIONS	SERVICES
Soins courants	Consultation, visite ou acte technique médical des généralistes, spécialistes, sages-femmes	Informations par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
	Actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures)	Informations sur les laboratoires proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
	Analyses, examens de laboratoire	
	Actes de radiologie	
	Autres actes techniques	
Pharmacie	Médecines douces (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie...)	
	Actes de prévention selon les conditions prévues à l'arrêté du 8 juin 2006	
Pharmacie	Médicaments prescrits et remboursés par le RO	Quatre portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
	Pharmacie non prise en charge par le RO, sur prescription	
	Vaccins non pris en charge par le RO	Informations sur le calendrier des vaccins
Prothèses, appareillage	Petit appareillage, pansements et fournitures médicales	Informations par téléphone pour trouver le matériel, organisation de la livraison
	Grand appareillage (prothèse oculaire et faciale, orthoprothèse)	Informations par téléphone pour trouver le matériel, organisation de la livraison
	Fauteuil roulant	
	Orthopédie	
Optique	Prothèse auditive acceptée par le RO	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
	Verres correcteurs pris en charge par le RO	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte Service d'analyse et de conseil sur les devis optique.
	Lentilles correctrices prises en charge par le RO	
	Monture prise en charge par le RO	
	Lentilles correctrices non jetables, non prises en charge par le RO	
	Lentilles correctrices jetables, non prises en charge par le RO	
	Forfait verres unifocaux	
	Forfait verres progressifs et multifocaux	
	Crédit optique	
	Chirurgie des défauts visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme ou presbytie)	
Dentaire	Soins conservateurs, consultation, acte ou radio dentaire	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires.

	PRESTATIONS	SERVICES
	Prothèse dentaire définitive prise en charge par le RO Inlay core Implantologie non prise en charge par le RO Parodontologie non prise en charge par le RO Actes d'orthodontie pris en charge par le RO Actes d'orthodontie non pris en charge par le RO	
Polyvalents	Transport pris en charge par le RO (sauf cure thermale)	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
	Forfait « acte lourd » (en médecine de ville et en hospitalisation)	
	Forfait confort en cas de HAD acceptée par le RO	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de services dans la limite de 30 heures par an et par contrat
	Cure thermale prise en charge par le RO : Frais d'hydrothérapie	
Hospitalisation	Médical et chirurgical : Frais de soins et de séjour, honoraires Forfait journalier Chambre particulière Frais de lit d'accompagnant ⁽¹⁾ Confort (TV, téléphone...)	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
	Maternité : Frais de soins et de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux Chambre particulière	Information par téléphone sur la santé, la vie quotidienne, la diététique, l'hygiène, les vaccins Orientation vers des organismes spécialisés
	Psychiatrie : Frais de soins et de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux Forfait journalier	

(1) Y compris en maison de repos ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

« Services d'assistance »

GARANTIES D'ASSISTANCE INTÉGRÉES	ASSISTANCE
Aide à la vie quotidienne	
Permanence médicale	Inclus
Informations pratiques par téléphone	Inclus
Informations et organisation de téléassistance	Inclus

GARANTIES D'ASSISTANCE INTÉGRÉES	ASSISTANCE
<p>En cas d'immobilisation imprévue du bénéficiaire au domicile</p> <p>Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans</p> <p>Assistance maternelle</p> <p>Garde des ascendants</p> <p>Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée</p> <p>Aide ménagère</p> <p>Garde d'animaux domestiques</p> <p>Organisation de la venue d'un proche</p>	<p>(D'au moins 5 jours)</p> <p>30 heures</p> <p>30 heures</p> <p>30 heures</p> <p>150 €</p> <p>Inclus</p>
<p>En cas d'hospitalisation imprévue d'un bénéficiaire</p> <p>Réservation d'un lit en milieu hospitalier</p> <p>Prise en charge d'un lit accompagnant</p> <p>Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans</p> <p>Assistance maternelle</p> <p>Garde des ascendants</p> <p>Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée</p> <p>Aide ménagère</p> <p>Garde d'animaux domestiques</p> <p>Transmission de messages urgents</p> <p>Soutien psychologique</p>	<p>(D'au moins 2 jours)</p> <p>Inclus</p> <p>30 heures</p> <p>30 heures</p> <p>30 heures</p> <p>150 €</p> <p>Inclus</p> <p>6 entretiens</p>
<p>Assistance en cas de maladie imprévue d'un enfant</p> <p>Garde d'enfant malade</p> <p>Répétiteur scolaire</p>	<p>(D'au moins 3 jours)</p> <p>Plafond 10 heures par jour</p> <p>Maximum 2 fois par an et par enfant</p> <p>Plafond 10 heures par semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire</p>
<p>Assistance en cas de décès d'un bénéficiaire</p> <p>Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives</p> <p>Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile</p> <p>Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans</p> <p>Assistance maternelle</p> <p>Garde des ascendants</p> <p>Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée</p> <p>Aide ménagère pour le conjoint survivant</p> <p>Garde d'animaux domestiques</p> <p>Soutien psychologique</p>	<p>4 heures</p> <p>6 000 €</p> <p>30 heures</p> <p>30 heures</p> <p>30 heures</p> <p>150 €</p> <p>6 entretiens</p>
<p>Assistance en cas de longue maladie d'un parent, décès d'un parent, mise en œuvre de la garantie répétiteur scolaire pour plus de 3 mois, divorce des parents entraînant le redoublement de l'enfant</p>	<p>Bilan orientation scolaire de l'enfant</p>

GARANTIES D'ASSISTANCE INTÉGRÉES	ASSISTANCE
Assistance en cas de déplacement professionnel	Rapatriement médical (illimité) Rapatriement de corps Venue d'un collaborateur de remplacement

Article 4

Dispenses d'affiliation

La liste des dispenses d'affiliation de l'article 6 « Dispenses d'affiliation » est remplacée par la liste suivante :

« Des dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire frais de santé sont possibles dans les situations suivantes :

- au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayants droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tels que définis par la loi en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être dispensés d'affiliation de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations supérieur. Cette dispense 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. En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur ;
- les bénéficiaires de la CMU complémentaire ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés à temps partiel et les apprentis pour lesquels le montant de leur cotisation est égal ou supérieur à 10 % de leur rémunération brute.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), le salarié devra alors obligatoirement cotiser à la garantie complémentaire santé ;

- les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un des deux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit ;
- les salariés, les saisonniers et les apprentis en contrat à durée déterminée inférieur à 12 mois ;
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée supérieur ou égal à 12 mois s'ils justifient par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garantie. »

(Le reste de l'article est inchangé.)

Article 5

Cessation et maintien des garanties

Les dispositions de l'article 7 « Cessation et maintien des garanties » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié.

Lors d'une démission ou d'un départ en retraite, la cessation intervient dès le premier jour du mois suivant la rupture du contrat de travail. La cotisation du mois de départ est due.

Cependant, les garanties sont maintenues dans les cas suivants :

Article 7.1

Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

A. – Bénéficient gratuitement du maintien de la garantie santé les ayants droit d'un salarié décédé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date du décès.

B. – Bénéficient du maintien de la garantie santé dans le cadre d'un contrat individuel, sans condition de période probatoire, d'examen ou de questionnaire médical :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, et ce sur leur demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail et sans condition de durée ;
- les ayants droit d'un salarié pendant les 12 mois suivant la période de gratuité prévue au A, à condition qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Pour ces personnes, le tarif applicable peut être supérieur au montant fixé à l'article 8 « Cotisations » dans la limite de 150 %.

Article 7.2

Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant pour information en annexe à l'avenant n° 2 du 3 décembre 2013).

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés, auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 6

Cotisations

Les dispositions de l'article 8 « Cotisations » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Garanties obligatoires

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime "complémentaire frais de santé", couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,43 % du PMSS.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15 % à la charge de l'employeur ;
- 85 % à la charge du salarié.

Néanmoins, l'employeur peut décider dans son entreprise d'une meilleure prise en charge sur la part du salarié.

Extension famille facultative (conjoint et enfants à charge)

Les salariés ayant l'ancienneté requise ont la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille (ayants droit : conjoint et enfants à charge), à titre individuel et facultatif.

La cotisation résultant de cette garantie facultative, à la seule charge du salarié, est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle est égale à 2,336 % du PMSS (hors cotisation du salarié).

Dérogation

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord peuvent également choisir d'étendre à titre obligatoire et collectif la couverture des salariés à leurs ayants droit. Dans ce cas, l'une des deux structures tarifaires suivantes pourra être choisie.

Le tarif uniforme :

La cotisation couvre le salarié et l'ensemble de ses ayants droit. Elle est égale à 3,319 % du PMSS.

Le tarif isolé / famille (obligatoire) :

La cotisation "isolé" couvre obligatoirement le salarié sans ayants droit au sens du présent accord. Elle est égale à 1,430 % du PMSS.

La cotisation famille couvre obligatoirement le salarié et l'ensemble de sa famille dès lors qu'il a au moins un ayant droit au sens du présent accord. Elle est égale à 2,761 % du PMSS.

Concernant la cotisation uniforme et la cotisation famille, la répartition employeur/salarié (au minimum, 15 % de la cotisation « isolé » à la charge de l'employeur) devra figurer dans l'acte fondateur (accord collectif, décision unilatérale de l'employeur...) rédigé au niveau de chaque entreprise souscriptrice.

Pour information le PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale) en 2014 est égal à 3 129 €.

Collecte des cotisations

La collecte des cotisations du régime obligatoire est confiée par l'organisme désigné à la caisse de MSA compétente sur le territoire des Landes selon les termes d'une convention de gestion conclue entre eux.

Suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à la maladie, l'accident ou la maternité.

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois civils suivant la suspension du contrat, sans versement de cotisation.

Après cette période, et tant que dure la suspension du contrat de travail, le salarié peut demander à l'organisme assureur de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, en s'acquittant de la totalité de la cotisation.

L'employeur doit informer l'organisme assureur ou son délégataire dès le début de la suspension du contrat de travail, en précisant sa durée.

b) Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou maternité donnant lieu à paiement d'indemnités journalières ou maintien de salaire par l'employeur.

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité indemnisé par le régime de base de sécurité sociale et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation, pour tout mois civil complet d'absence. Si l'absence est inférieure à un mois civil complet, la cotisation est due intégralement (part patronale et part salariale).

Mutualisation

Le régime des assurés à titre volontaire obligatoire est mutualisé dans un compte distinct des autres régimes. »

Article 7

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet au premier jour du trimestre civil qui suit la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension et, au plus tôt, au 1^{er} juin 2014 concernant les prestations relatives à la portabilité.

Article 8

Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera établi en 3 exemplaires pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Mont-de-Marsan, le 3 décembre 2013.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ DÉFINIES PAR LA LOI N° 2013-504 DU 14 JUIN 2013 RELATIVE À LA SÉCURISATION DE L'EMPLOI (ART. L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
5. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de cessation du contrat de travail.