

Brochure n° 3617

Convention collective nationale
IDCC : 7018. – ENTREPRISES DU PAYSAGE

AVENANT N° 13 DU 22 MAI 2014

NOR : AGRS1497189M

IDCC : 7018

PRÉAMBULE

Dans l'objectif de préserver le régime unique prévoyance et frais de santé institué par la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 à destination des ouvriers et employés du paysage, les organisations syndicales de salariés et l'UNEP, représentatives au plan national, décident de définir par le présent avenant le cadre d'application des dispositions du régime prévoyance et frais de santé dans le respect de la réglementation fixée par la loi du 23 décembre 2013 et applicable depuis le 1^{er} janvier 2014.

Ainsi, les organisations syndicales et l'UNEP ont réalisé une procédure de mise en concurrence transparente dont les éléments figurent, pour information, en annexe I du présent avenant.

Article 1^{er}

*Modification des dispositions particulières aux ouvriers et employés,
chapitre VII « Prévoyance et santé »*

Le chapitre VII « Prévoyance et santé » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE VII

RÉGIME DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTÉ

Article 14

Objet

Les ouvriers et employés ne relevant pas de l'accord du 15 juin 2012 et des articles 4 et 4 *bis* et de l'article 36 de l'annexe I de la convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947 bénéficient d'un régime unique de prévoyance et de frais de santé obligatoire tel que prévu dans le présent chapitre.

Pour les garanties où les ayants droit sont visés, ces derniers sont définis ainsi :

Conjoint : par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le (la) salarié(e) et non séparé(e) 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 lorsque 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 obligatoire,

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

- être âgé de moins de 26 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ;
- être âgé de moins de 20 ans et être en contrat d'apprentissage ;
- être âgé de moins de 16 ans dans tous les autres cas ;
- 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.

Les ouvriers et employés bénéficient d'un régime qui assure les prestations suivantes dans les conditions décrites aux articles 15 à 18 :

- indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime de base obligatoire en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ;
- pension d'invalidité complémentaire en cas d'invalidité (2^e ou 3^e catégorie), d'une part, ou d'incapacité permanente d'origine professionnelle, d'autre part, au moins égale aux 2/3 reconnus par le régime de base obligatoire ;
- versement d'un capital décès, d'une rente éducation et d'une indemnité frais d'obsèques ;
- remboursements complémentaires à ceux effectués par le régime de base obligatoire au titre de la maladie et de la maternité.

Article 15

Incapacité temporaire

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières légales, le salarié bénéficie d'une indemnité journalière complémentaire. L'organisme assureur peut, en accord avec la commission paritaire de suivi, décider de déléguer cette gestion auprès d'un autre organisme.

L'indemnisation globale (indemnité légale à laquelle s'ajoute l'indemnité complémentaire, y compris les droits au titre de la mensualisation) perçue par le salarié est égale à 100 % du salaire net pendant 90 jours, puis à 80 % du salaire net tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

Les conditions de versement des indemnités journalières complémentaires sont les suivantes :

a) Ancienneté

Le versement des indemnités journalières interviendra en cas de maladie ou d'accident de la vie privée lorsque le salarié dispose à la date de l'arrêt de 1 année d'ancienneté continue ou discontinue.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, l'indemnité complémentaire est versée sans condition d'ancienneté.

b) Délai de carence

Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de carence de 7 jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

En cas d'arrêt consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle, le versement des indemnités complémentaires est opéré sans délai de carence.

c) Salaire de référence pour le calcul des indemnités complémentaires et revalorisation

Le salaire pris en compte pour le calcul des indemnités journalières complémentaires est celui retenu pour le calcul des indemnités journalières légales versées par le régime de base obligatoire.

L'indemnisation prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une indemnisation nette supérieure à sa rémunération nette d'activité.

Les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées sur décision de l'organisme assureur recommandé, après information de la commission paritaire de suivi.

d) Rupture du contrat de travail

Lorsque la rupture du contrat de travail intervient avant la fin de la période d'indemnisation, le paiement des indemnités journalières complémentaires est maintenu tant que le régime de base obligatoire indemnise le salarié.

La garantie incapacité temporaire est complétée par l'assurance des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires financée en totalité par l'employeur.

e) Maintien des prestations en cours de service

Les indemnités journalières complémentaires en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime ou résultant d'un arrêt de travail antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme assureur chez qui les droits ont été ouverts.

En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

Article 16

Incapacité permanente (invalidité)

Le droit à la pension d'invalidité complémentaire est ouvert aux salariés justifiant d'une ancienneté continue ou non de 12 mois qui seraient reconnus invalides sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité.

Toutefois, les salariés précédemment indemnisés au titre de la garantie incapacité bénéficient, en cas d'invalidité de catégorie 2 ou 3 reconnue par le régime de base obligatoire ou en cas d'attribution d'une rente d'accident du travail pour une incapacité au moins égale aux 2/3, du versement d'une pension d'invalidité complémentaire aux prestations versées par le régime de base obligatoire précité.

La pension d'invalidité est égale à 80 % du salaire net sous déduction de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité servie au titre du régime de base obligatoire.

La pension d'invalidité est servie mensuellement à terme échu.

Le salaire net pris en compte correspond à 1/12 des salaires nets perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

Les pensions d'invalidité en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime ou résultant d'un arrêt de travail antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme assureur chez qui les droits ont été ouverts.

En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

Lorsque l'organisme assureur recommandé procède à la revalorisation des prestations en cours de service, celle-ci est effectuée sur décision de l'organisme assureur recommandé, après information de la commission paritaire de suivi.

Article 17

Décès

Il est prévu, en cas de décès, une garantie comprenant le versement d'un capital décès, d'une rente éducation et d'une indemnité frais d'obsèques, selon les démarches administratives prévues dans les conditions générales et/ou la notice d'information délivrée par l'organisme assureur.

Le versement de la garantie décès n'est assorti d'aucune condition d'ancienneté.

A. – Capital décès

En cas de décès du salarié, un capital décès d'un montant égal à 120 % de son salaire annuel brut, majoré de 25 % par enfant à charge, est versé par l'organisme assureur à la demande du ou des bénéficiaires.

Le capital est versé au conjoint survivant non séparé de corps, à moins que le salarié n'ait fixé et notifié à l'organisme assureur une répartition entre son conjoint et ses descendants, cette répartition ne pouvant réduire la part du conjoint à moins de 50 % du capital.

Le cocontractant d'un Pacs est assimilé au conjoint non séparé de corps.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé aux descendants.

En l'absence de ces bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- aux héritiers.

Le salaire brut pris en compte est celui des 4 derniers trimestres civils précédant le décès.

En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié, constatée par le régime de base obligatoire (3^e catégorie), lui interdisant toute activité rémunérée et l'obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, le capital décès peut lui être versé, sur sa demande, de façon anticipée en une seule fois, hors majorations familiales. Le paiement anticipé met fin au paiement du capital décès.

La garantie décès couvre tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

B. – Rente annuelle d'éducation

En cas de décès du salarié justifiant de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chaque enfant à charge au moment du décès perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :

- 50 points pour un enfant de 0 à 10 ans ;
- 75 points pour un enfant de 11 à 17 ans ;
- 100 points pour un enfant de 18 à 26 ans (si poursuite d'études).

A titre informatif, la valeur du point est égale à celle du point de l'organisme assureur recommandé. Cette valeur est revalorisée chaque année au 1^{er} septembre (valeur au 1^{er} septembre 2013 : 21,92 €), après information de la commission paritaire de suivi.

C. – Indemnité frais d'obsèques

En cas de décès de son conjoint non séparé de corps, de son concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune, de son cocontractant d'un pacte civil de solidarité ou d'un enfant à charge, le salarié perçoit, sur sa demande déposée dans les 6 mois suivant le décès et à la condition qu'il ait lui-même réglé les frais d'obsèques, une indemnité de frais d'obsèques d'un montant égal à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

A titre informatif, le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en 2014 est égal à 3 129 €.

Article 18

Complémentaire frais de santé

A. – Bénéficiaires

Les salariés bénéficient d'une garantie complémentaire frais de santé s'ils justifient d'une présence continue dans l'entreprise d'au moins 3 mois.

Leur affiliation intervient le premier jour du mois civil suivant la date à laquelle cette condition est satisfaite.

Toutefois, dans les cas où cette condition est satisfaite au plus tard le 4 du mois, l'affiliation est effective le premier jour de ce même mois.

Sont également bénéficiaires de la garantie, sans condition d'ancienneté, les salariés embauchés dans les 3 mois au plus tard après avoir quitté une entreprise relevant du champ d'application de la présente convention collective nationale, visée par la garantie.

Bénéficient également de cette garantie les ayants droit définis à l'article 1^{er}.

B. – Dispenses d'affiliation

L'affiliation à la complémentaire frais de santé est facultative pour :

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'ACS (aide pour une complémentaire santé). Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés déjà couverts par ailleurs :
 - en qualité d'ayant droit : cette dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit ;
 - de par l'exercice d'une activité exercée simultanément chez plusieurs employeurs ne relevant pas tous du champ d'application de la présente convention ;
- les salariés à temps partiel et les salariés en contrat d'apprentissage, à condition que le montant de la cotisation à leur charge représente 10 % ou plus de leur rémunération brute ;
- les salariés couverts par cette garantie à titre d'ayant droit (en tant que conjoint travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié).

Les salariés faisant usage d'un des cas de dispense d'affiliation doivent en faire la demande à leur employeur. Les pièces justificatives devront être produites lors de la demande initiale, puis chaque année.

C. – Prestations

Les remboursements interviennent en complément de ceux versés par le régime de base obligatoire.

En l'absence de prise en charge du régime de base obligatoire, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire. En tout état de cause, l'addition des remboursements du régime de base obligatoire et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le salarié.

La garantie frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

L'ensemble des actes de prévention définis ci-après est pris en charge :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.

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

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

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

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

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;

c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

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

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) *Haemophilus influenzae* B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Les présentes dispositions seront automatiquement révisées en cas de modifications législatives et/ou réglementaires dans les délais fixés par les textes.

Les prestations seront versées conformément aux tableaux ci-dessous.

Tableau des garanties frais de santé
(hors Alsace-Moselle)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT DU RÉGIME de base de la sécurité sociale en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais médicaux		
Consultation d'un médecin	70 % BR	30 % BR
Dépassement d'honoraires	–	220 % BR, 5 fois par an et par bénéficiaire
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT DU RÉGIME de base de la sécurité sociale en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiographie	70 % BR	30 % BR
Actes de prévention responsables	De 35 % à 70 % BR	De 30 % à 65 % BR
Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la santé (chiropractie, ostéopathie)	–	20 € par séance, dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
Pharmacie		
Pharmacie remboursable	De 15 % à 65 % BR	De 35 % à 85 % BR
Optique		
Soins et honoraires	70 % BR	390 % BR
Montures adultes remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	3,50 % du PMSS, soit 109,51 € en 2014 par an et par bénéficiaire
Montures enfants remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR par an et par bénéficiaire
Verres ou lentilles adultes rem- boursés par la sécurité sociale	60 % BR	Si BR = 2,29 €, crédit de 80 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	60 % BR	Si BR = 3,66 €, crédit de 88 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	60 % BR	Si BR = 7,32 €, crédit de 112 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	60 % BR	Si autres BR, crédit de 128 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
Verres ou lentilles enfants rem- boursés par la sécurité sociale	60 % BR	Si BR = 12,04 €, crédit de 80 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	60 % BR	Si BR = 14,94 €, crédit de 88 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale	–	Crédit de 175 € par an et par bénéficiaire
Dentaire		
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale		
Conventionné	70 % BR	100 % BR
Non conventionné	70 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale, y compris couronnes implanto-portées (sauf inlays core)	70 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non rembour- sées par la sécurité sociale (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR	230 % BR
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT DU RÉGIME de base de la sécurité sociale en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale
Inlays core	70 % BR	180 % BR
Appareillages		
Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR
Petits appareillages	60 % BR	40 % BR
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	60 % BR	390 % BR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR
Dépassement d'honoraires	–	Remboursement supplémentaire de 220 % BR
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	25 € par jour
Frais d'accompagnant	–	25 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 % du forfait dès le premier jour
Maternité		
Frais de soins, frais de séjour et honoraires	100 % BR	Crédit d'un tiers du PMSS, soit 1 043 € en 2014
Prime de naissance : maternité ou adoption	–	192 € par enfant (288 € à partir du 3 ^e)
Psychiatrie		
Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR
Dépassement d'honoraires	–	Crédit d'un tiers du PMSS, soit 1 043 € en 2014 par an et par bénéficiaire
Divers		
Transport pris en charge par la sécurité sociale	65 % BR	35 % BR
Forfait actes lourds	–	100 % du forfait
Assistance	–	Oui

Tableau des garanties frais de santé
(Alsace-Moselle)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT DU RÉGIME de base de la sécurité sociale en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais médicaux		
Consultation d'un médecin	90 % BR	10 % BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT DU RÉGIME de base de la sécurité sociale en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale
Dépassement d'honoraires	–	220 % BR, 5 fois par an et par bénéficiaire
Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR
Analyses, examens de laboratoire	90 % BR	10 % BR
Radiographie	90 % BR	10 % BR
Actes de prévention responsables	De 35 % à 70 % BR	De 30 % à 65 % BR
Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la santé (chiropractie, ostéopathie)	–	20 € par séance, dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
Pharmacie		
Pharmacie remboursable	De 80 % à 100 % BR	De 0 % à 20 % BR
Optique		
Soins et honoraires	90 % BR	370 % BR
Montures adultes remboursées par la sécurité sociale	90 % BR	3,50 % du PMSS, soit 109,51 € en 2014 par an et par bénéficiaire
Montures enfants remboursées par la sécurité sociale	90 % BR	365 % BR par an et par bénéficiaire
Verres ou lentilles adultes rem- boursés par la sécurité sociale	90 % BR	Si BR = 2,29 €, crédit de 80 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	90 % BR	Si BR = 3,66 €, crédit de 88 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	90 % BR	Si BR = 7,32 €, crédit de 112 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	90 % BR	Si autres BR, crédit de 128 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
Verres ou lentilles enfants rem- boursés par la sécurité sociale	90 % BR	Si BR = 12,04 €, crédit de 80 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
	90 % BR	Si BR = 14,94 €, crédit de 88 € par verre ou par lentille par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale	–	Crédit de 175 € par an et par bénéficiaire
Dentaire		
Soins dentaires remboursés rem- boursés par la sécurité sociale		
Conventionné	90 % BR	80 % BR
Non conventionné	90 % BR	80 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale, y compris couronnes implanto-portées (sauf inlays core)	90 % BR	180 % BR
Prothèses dentaires non rembour- sées par la sécurité sociale (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT DU RÉGIME de base de la sécurité sociale en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR	230 % BR
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Inlays core	90 % BR	160 % BR
Appareillages		
Fournitures médicales, panse- ments	90 % BR	10 % BR
Petits appareillages	90 % BR	10 % BR
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	90 % BR	365 % BR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
Dépassement d'honoraires	100 % BR	Remboursement supplémentaire de 120 % BR
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	25 € par jour
Frais d'accompagnant	–	25 € par jour
Forfait hospitalier	100 % BR	–
Maternité		
Frais de soins, frais de séjour et honoraires	100 % BR	Crédit d'un tiers du PMSS, soit 1 043 € en 2014
Prime de naissance : maternité ou adoption	–	192 € par enfant (288 € à partir du 3 ^e)
Psychiatrie		
Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
Dépassement d'honoraires	–	Crédit d'un tiers du PMSS, soit 1 043 € en 2014 par an et par bénéficiaire
Divers		
Transport pris en charge par la sé- curité sociale	100 % BR	–
Forfait actes lourds	–	100 % du forfait
Assistance		Oui

D. – Cessation de la garantie et maintien à titre individuel

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 à la retraite, dès le premier jour du mois suivant.

La cotisation du mois de rupture du contrat de travail est due intégralement.

Au-delà, les salariés bénéficient des dispositions légales de la portabilité sur le maintien, sans contrepartie de cotisation, des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation

du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime de l'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et tel que fixé à l'article 49 de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 relatif aux clauses communes.

En outre, peuvent continuer à bénéficier de cette couverture à titre individuel et moyennant un tarif global majoré de 50 %, sans condition de durée :

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

à condition d'en faire la demande dans les 6 mois de la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties ;

- les ayants droit de l'assuré décédé, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois du décès.

Article 19

Organisme recommandé

A. – Recommandation

La couverture des risques prévoyance et frais de santé des salariés ouvriers et employés relevant de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 est fixée dans le cadre d'un régime unique et indissociable prévoyance et frais de santé dont l'organisme assureur recommandé par les organisations syndicales de salariés et l'UNEP est Agri-Prévoyance, institution de prévoyance sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, régie par le code rural et de la pêche maritime.

Cette recommandation est établie après avoir satisfait aux dispositions fixées à l'alinéa 1 du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 doivent appliquer les dispositions du régime unique de prévoyance et de frais de santé précité, bénéficier des actions de solidarité et participer ainsi à une meilleure mutualisation.

L'organisme assureur ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la présente convention au titre du régime unique et indissociable prévoyance et frais de santé. L'organisme assureur est tenu d'appliquer le tarif unique dans les conditions et modalités fixées à l'article 20 de la présente convention, en offrant les garanties fixées dans le présent texte.

B. – Actions de solidarité en faveur des ressortissants du régime

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle peuvent bénéficier des prestations présentant un degré élevé de solidarité, notamment au titre des droits non contributifs. La garantie santé est maintenue sans contrepartie de cotisation au profit :

- des salariés en arrêt de travail à partir d'une absence de 1 mois civil complet et pendant toute la période d'arrêt indemnisée par le régime de base obligatoire ;
- des ayants droit d'un salarié décédé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date du décès.

Les ouvriers et employés peuvent bénéficier de l'action sociale de l'organisme assureur recommandé.

Pour compléter ces actions de solidarité, la commission paritaire de suivi pourra décider, chaque année, de mettre en œuvre une politique d'action sociale et de prévention.

Les organisations syndicales et l'UNEP s'engagent à respecter les dispositions réglementaires en la matière, et notamment en termes de financement.

C. – Réexamen du régime et du choix de l'organisme recommandé

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les signataires de la présente convention selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires se réservent la faculté de réexaminer à tout moment la recommandation d'Agri-Prévoyance selon les modalités de procédure prévues au 1^{er} alinéa du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Au plus tard, le réexamen de la recommandation auprès d'Agri-Prévoyance interviendra au moins 1 an avant l'expiration des 5 ans.

Article 20

Cotisations

Les cotisations des garanties incapacité, invalidité et décès sont assises sur les rémunérations de tous les salariés non cadres :

(En pourcentage.)

	TAUX CONTRACTUEL TA / TB	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Mensualisation (*)	0,31	0,31	–
Incapacité de travail	0,47	–	0,47
Invalidité	0,29	0,26	0,03
Décès	0,24	0,21	0,03
Sous-total	1,31	0,78	0,53
Assurance des charges sociales patronales	0,18	0,18	–
Total	1,49	0,96	0,53

(*) L'obligation de maintien de salaire à la charge de l'employeur résultant de la mensualisation est intégralement prise en charge par l'employeur.

La cotisation mensuelle de la garantie frais de santé est définie ci-dessous.

(En euros.)

	RÉGIME	COTISATION TOTALE	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Complémentaire frais de santé	National	46,58	23,29	23,29
	Alsace-Moselle	33,07	16,54	16,53

Article 21

Révision. – Dénonciation

En cas de remise en cause du présent régime et/ou de changement d'organisme assureur :

- les prestations d'incapacité temporaire et permanente ainsi que les rentes éducation en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation ;
- il appartiendra aux parties signataires, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, d'organiser avec le nouvel assureur la poursuite de la revalorisation des prestations incapacité, invalidité et rente éducation au moins sur la base de l'évolution du point de retraite ARRCO ;
- la garantie décès est maintenue pour le personnel en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité bénéficiant de prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Article 22

Commission paritaire de suivi

Une commission de suivi comprenant par moitié des représentants des deux collèges.

Le collège représentant l'UNEP désigne au maximum 5 membres titulaires et le collège représentant les organisations syndicales signataires de salariés désigne au maximum 5 membres titulaires, soit un siège par organisation syndicale de salariés représentative au plan national.

La faculté est offerte à l'UNEP et aux organisations syndicales de salariés de mandater un représentant en cas de défaillance des membres titulaires.

La présidence de la commission paritaire de suivi est alternativement tenue par un représentant du collège des salariés et par 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 recommandé.

Cette commission paritaire de suivi se réunit, sur convocation du président, à la demande de l'une des organisations signataires et au moins deux 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 de ce régime de protection sociale complémentaire institué par le présent avenant.

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, par risques, sur les cotisations perçues, sur les prestations versées et sur les provisions constituées.

Elle propose aux représentants de l'UNEP et à ceux des organisations syndicales de salariés de la convention collective nationale du 10 octobre 2008 les éventuelles révisions et adaptations des présentes dispositions. »

Article 2

Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2015.

Article 3

Dépôt et extension

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

Fait à Paris, le 22 mai 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

UNEP.

Syndicats de salariés :

SNCEA CFE-CGC ;

FGA CFDT ;

CFTC-Agri ;

FGTA FO.

ANNEXE I

Compte tenu du nouveau cadre légal relatif aux clauses de recommandation, les organisations syndicales et patronales (UNEP) représentatives au plan national ont lancé, le 22 janvier 2014, une procédure de mise en concurrence transparente, afin de maintenir le régime unique prévoyance et frais de santé des employés et ouvriers de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008.

Ainsi, sur la base d'un cahier des charges définissant tant les conditions de recevabilité, d'éligibilité que de planification des étapes, 11 organismes assureurs (institutions de prévoyance, mutuelles et assureurs) ont répondu à ce dernier. Le comité paritaire *ad hoc*, créé dans le cadre de cette procédure, a déterminé, en application des critères précités, la liste des organismes assureurs à auditionner et ceux qui étaient écartés, le nombre d'organismes assureurs pouvant être recommandés, l'établissement de critères techniques, de gestion et de services et de leur pondération dont les organismes assureurs ont été destinataires avant l'envoi de leurs dossiers de présentation, l'échéance des documents à transmettre pour l'audition fixée le 18 avril 2014, l'ordre et le temps de passage des organismes fixés et identifiés dans chacune des convocations adressées à ces derniers en lettre recommandée avec avis de réception.

Le 29 avril, au terme des auditions et en application des critères et du système de notation y afférent, l'organisme Agri-Prévoyance a été recommandé à l'unanimité pour assurer la gestion du régime unique et indissociable de prévoyance et de frais de santé institué par la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 relatif aux ouvriers et aux employés de la branche.