

Accord professionnel
**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
DES SALARIÉS NON CADRES
DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET CUMA
(Vendée)
(22 juin 2009)**

(Etendu par arrêté du 21 novembre 2009,
Journal officiel du 28 novembre 2009)

AVENANT N° 2 DU 27 FÉVRIER 2014

NOR : AGRS1497206M

Entre :

La FDSEA de la Vendée ;

L'union des CUMA des Pays de la Loire ;

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de la Vendée,

D'une part, et

La FGA CFDT ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Modification de l'article 3

L'article 3 de l'accord est ainsi rédigé :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

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

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les 3 mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins 6 mois.

2. Tolérance

Les caractères collectif et obligatoire du présent régime ne font pas obstacle, en l'état ce jour des dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et de l'accord national du 10 juin 2008, à la faculté du salarié, placé dans l'une des situations suivantes, d'être à son choix dispensé d'adhésion.

Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion les cotisations correspondantes ne sont pas dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

La demande de ne pas cotiser doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté prévue au 1 du présent article.

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

Les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent choisir de ne pas cotiser.

Les dispositions relatives aux salariés à temps très partiel s'appliquent également aux apprentis.

Peuvent également choisir de ne pas cotiser les salariés bénéficiant d'une couverture de complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples). Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

Il est entendu que dans le cas où tous les employeurs du salarié relèvent du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Les salariés bénéficiaires des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale relatives à la protection sociale complémentaire en matière de santé (dite CMU-C) ainsi que ceux bénéficiant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale) peuvent être dispensés d'affiliation jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Le salarié qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture dont il bénéficie à ce titre.

Les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis et indépendamment de leur rémunération dans ce cas, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté ont aussi la faculté de demander à être exclus.

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

3. 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. Ces dispositions figurent pour information en annexe IV au présent accord.

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

Article 2

Modification de l'article 4

Le premier alinéa de l'article 4 « Garanties assurance complémentaire frais de santé » est ainsi rédigé :

« Le salarié justifiant de l'ancienneté prévue à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. »

Article 3

Modification du tableau des prestations

La nature et le montant des prestations sont définis dans le tableau suivant :

NATURE DES RISQUES	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	RÉGIME OBLIGATOIRE + REMBOURSEMENT complémentaire		
		Régime complémentaire obligatoire	Régime complémentaire obligatoire + option 1	Régime complémentaire obligatoire + option 2
Frais médicaux				
Consultations, visites, médecins ou spécialistes, y compris ADC, actes techniques médicaux	70 %	150 %	200 %	400 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 %	100 %	100 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %
Radiographie, électro-radiologie y compris actes d'imagerie médicale, d'échographie	70 %	100 %	150 %	150 %
Actes de prévention des contrats responsables	70 %	100 %	100 %	100 %
Forfait actes lourds (18 €)	0 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie				
Vignettes blanches	65 %	100 %	100 %	100 %

NATURE DES RISQUES	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	RÉGIME OBLIGATOIRE + REMBOURSEMENT complémentaire		
		Régime complémentaire obligatoire	Régime complémentaire obligatoire + option 1	Régime complémentaire obligatoire + option 2
Vignettes bleues	35 %	100 %	100 %	100 %
Optique				
Forfait équipement verres et montures, lentilles avec ou sans prise en charge du régime obligatoire	65 %	455 % + forfait 200 € par an et par bénéficiaire	455 % + forfait 250 € par an et par bénéficiaire	455 % + forfait 500 € par an et par bénéficiaire
Lentilles refusées, y compris lentilles jetables	–	–	–	Forfait 300 € par an et par bénéficiaire
Dentaire				
Frais de soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %
Prothèse dentaire acceptée	70 %	210 % + forfait 300 € par an et par bénéficiaire	250 % + forfait 300 € par an et par bénéficiaire	400 % + forfait 500 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	100 %	170 %	200 %	280 %
Prothèse non remboursée (hors implant)	0 %	Forfait 200 € par an et par bénéficiaire	Forfait 300 € par an et par bénéficiaire	Forfait 350 € par an et par bénéficiaire
Appareillage				
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses sauf auditives	65 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses auditives	65 %	65 %	65 % + 300 € par an, par bénéficiaire et par oreille	65 % + 600 € par an, par bénéficiaire et par oreille
Autres prothèses	65 %	165 %	200 %	300 %
Hospitalisation				
Frais de soin et séjour	80 ou 100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires	80 ou 100 %	100 %	230 à 250 %	230 à 250 %
Dépassements d'honoraires hospitaliers	–	150 %	150 %	230 % ou 250 %
Chambre particulière (hors maternité : voir plus bas)	–	30 € par jour	77,19 € par jour (soit 2,7 % du PMSS)	77,19 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 % ⁽¹⁾	100 % ⁽¹⁾	100 % ⁽¹⁾
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	–	25 € par jour	28,59 € par jour (soit 1 % du PMSS)	30 € par jour
Maternité (secteur conventionné ou non)				
Frais de soin et séjour	100 %	100 %	100 %	100 %

NATURE DES RISQUES	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	RÉGIME OBLIGATOIRE + REMBOURSEMENT complémentaire		
		Régime complémentaire obligatoire	Régime complémentaire obligatoire + option 1	Régime complémentaire obligatoire + option 2
Dépassement d'honoraires et chambre particulière (dans la limite des frais engagés et sur présentation de justificatifs)	–	1/3 du PMSS soit 972,18 € par bénéficiaire et par maternité en 2011	1/3 du PMSS soit 972,18 € par bénéficiaire et par maternité en 2011	1/3 du PMSS soit 972,18 € par bénéficiaire et par maternité en 2011
Cures thermales (acceptées par la sécurité sociale)				
Traitement et honoraires	70 %	100 %	200 %	200 %
Hébergement et transport	65 %	100 %	100 %	100 %
Transport				
Frais de transport (acceptés par la sécurité sociale)	65 ou 100 %	100 %	100 %	100 %
Assistance				
Voir annexe I	–	Oui	Oui	Oui
Forfait santé				
Aide au sevrage tabagique	–	–	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Vaccins (grippe, rotavirus, leptospirose, pneumocoques)	–	–	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Forfait médecines douces (ostéopathie, chiropractie, éthiopatie, acupuncture)	–	–	4 x 25 € par an et par bénéficiaire	4 x 25 € par an et par bénéficiaire
(1) Durée illimitée, sauf pour les séjours en psychiatrie, placements à vie, cures, convalescence, moyens séjours, centre de rééducation, sanatorium, et en établissements non conventionnés où la prise en charge est limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire.				

Article 4

Il est créé une annexe IV ainsi rédigée :

« ANNEXE IV

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ

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. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
5. 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 ;
6. 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 la cessation du contrat de travail. »

Article 5

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 6

Dépôt et extension

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

Fait à La Roche-sur-Yon, le 27 février 2014.

(Suivent les signatures.)