

Convention collective

IDCC : 8723. – TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET D'ENTRETIEN FORESTIERS

(Gironde, Landes et Lot-et-Garonne)

(4 mars 1985)

(Etendue par arrêté du 22 octobre 1985,
Journal officiel du 30 octobre 1985)

AVENANT DU 6 FÉVRIER 2015

MODIFIANT L'AVENANT N° 42 DU 22 DÉCEMBRE 2009

ET PORTANT ACCORD COLLECTIF RELATIF AU RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

SANTÉ APPLICABLE DANS LES ENTREPRISES COMPRISES

DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE

NOR : *AGRS1597203M*

IDCC : 8723

Entre :

Le syndicat des sylviculteurs du Sud-Ouest ;

La fédération régionale des coopératives d'Aquitaine. – Alliance forêt et bois ;

La fédération régionale des entrepreneurs des territoires d'Aquitaine,

D'une part, et

L'union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT d'Aquitaine ;

L'union régionale des syndicats des travailleurs de la forêt de Gascogne CGT ;

Le syndicat régional des travailleurs de l'agriculture FO d'Aquitaine ;

Le syndicat régional de la CFTC d'Aquitaine ;

Le syndicat régional des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC d'Aquitaine,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Est signé l'accord collectif du 6 février 2015 relatif au régime d'assurance santé complémentaire, qui se substitue au titre XVI « Régime collectif d'assurance complémentaire santé » de la convention collective (art. 102 à 112).

Accord collectif du 6 février 2015 relatif au régime d'assurance santé complémentaire applicable dans les entreprises comprises dans le champ d'application de la convention collective de travail du 4 mars 1985 concernant les travaux d'aménagement et d'entretien forestiers des départements de la Gironde, des Landes et du Lot-et-Garonne

« Article 1^{er}

Champ d'application

(ancien art. 102)

Les dispositions ci-après s'appliquent à l'ensemble des salariés non affiliés à l'Agirc des travaux d'aménagement et d'entretien forestiers (préparation des reboisements, labours, semis, plantations, dépressages, élagages, entretien des pistes et fossés, etc.), telles que définies à l'article 1^{er} de la présente convention collective régionale du 4 mars 1985 susvisée.

(Les entreprises d'exploitation forestière en sont exclues.)

Par ailleurs, le régime établi par le présent avenant ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 2

Affiliation obligatoire des salariés bénéficiaires

(ancien art. 103)

Les présentes dispositions s'appliquent aux salariés non affiliés à l'Agirc ayant 3 mois d'ancienneté continue au sein d'une même entreprise.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

Affiliation (ancien art. 103.1)

Les entreprises doivent affilier leurs salariés bénéficiaires auprès de l'organisme assureur recommandé à l'article "Gestion du régime" (ancien art. 106).

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise.

Dispenses d'affiliation selon la législation en vigueur (ancien art. 103.3)

Conformément aux dispositions du décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, il est admis que certains salariés peuvent choisir de ne pas être affiliés, dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient annuellement de leur situation :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture maladie universelle prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;

- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

A condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la présente circulaire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les salariés entrant dans un des cas précités et qui ne souhaiteraient pas être affiliés devront le faire savoir par écrit à la direction et y joindre les documents justificatifs.

Article 3

Adhésions volontaires et extensions facultatives

(ancien art. 104)

3.1. Adhésion volontaire des salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place peuvent adhérer volontairement à titre individuel à un régime facultatif offrant des prestations identiques.

3.2. Extension facultative des garanties aux membres de la famille

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties à leurs ayants droit tels que définis dans la convention de gestion conclue avec l'organisme gestionnaire défini à l'article 106.

3.3. Extension facultative solidarité famille

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord peuvent choisir d'étendre à titre obligatoire et collectif, par accord collectif, la couverture des salariés à leurs ayants droit.

Article 4

Nature et montant des prestations

(ancien art. 105)

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel obligatoire sont présentés à l'annexe I (tableau garanties complémentaire santé).

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul. Il a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par

acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réellement engagés. Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables", défini par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à ses différents décrets et arrêté d'application.

Ainsi, les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ainsi que la participation forfaitaire et la franchise, respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ne sont pas remboursables.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables".

Article 5

Gestion du régime

(ancien art. 106)

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires de la présente convention ont convenu de recommander l'organisme assureur suivant : Myriade, groupe EOVI-MCD, mutuelle du livre II régie par le code de la mutualité, immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 782 099 196, sise 353, boulevard du Président-Wilson, 33000 Bordeaux.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Article 6

Cotisations

(ancien art. 107)

6.1. Montant des cotisations

Les taux de cotisation sont garantis par l'organisme assureur désigné à compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant dans le cadre de la réglementation applicable.

6.2. Cotisation pour affiliation obligatoire du salarié seul, dit « isolé »

Le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit « isolé », au présent régime complémentaire frais de santé, dont les garanties sont définies en annexe I, est fixé, à compter de 2015, à :

43,76 €.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15 % pour l'employeur, dans la limite d'un montant de 5,50 € par mois ;
- le reste à la charge du salarié.

6.3. Cotisation volontaire pour adhésion facultative du salarié seul, dit « isolé »

Le taux de cotisation mensuelle à la seule charge du salarié n'ayant pas l'ancienneté requise,

43,76 €

6.4. Cotisation volontaire pour extension facultative aux ayants droit du salarié seul, dit « isolé »

Le taux de cotisation mensuelle supplémentaire à la seule charge du salarié pour cette extension facultative :

56,57 €

6.5. Cotisation solidarité famille, tarif uniforme

La cotisation couvre le salarié et l'ensemble de ses ayants droit.

| | COTISATION mensuelle totale | PART PATRONALE minimale | PART SALARIALE |
|----------------|--------------------------------|----------------------------|---|
| Tarif uniforme | 86,49 € | 15 % | Solde restant à la charge du salarié |

6.6. Appel et recouvrement des cotisations

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires et facultatives seront effectués selon les modalités définies dans la convention de gestion entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Article 7

Règlement des prestations et tiers payant

(ancien art. 108)

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 8

Cas de cessation ou de maintien des garanties

(ancien art. 109)

Portabilité : allongement de la durée du maintien de la couverture santé porté à 12 mois.

Depuis le 1^{er} juin 2014, les anciens salariés dont le contrat de travail a fait l'objet d'une rupture ouvrant droit à indemnisation de l'assurance chômage, à l'exclusion d'un licenciement pour faute lourde, continuent à bénéficier des garanties de remboursement de frais médicaux applicables dans l'entreprise dans les conditions définies à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, sous réserve de justifier de leur situation auprès de l'organisme assureur.

Les conjoints eux-mêmes retraités ou préretraités pourront demander également à bénéficier du maintien de ces garanties à titre individuel auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat ou de la date de décès du salarié.

Article 9

Cas de suspension du contrat de travail

(ancien art. 110)

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions fixées par la convention de gestion avec l'organisme assureur.

Article 10

Convention de gestion spécifique

(ancien art. 111)

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues au présent chapitre font l'objet d'une convention de gestion entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires. Celle-ci définit les modalités de gestion et de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants salariés d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte, au moins une fois par an, et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 11

Recours contre les tiers responsables

(ancien art. 112)

En cas de paiement des prestations par l'organisme désigné à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales. »

Article 2

Les dispositions du présent avenant sont conclues pour une durée indéterminée. Elles entreront en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du premier jour du mois civil qui suit la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Toutefois, ces dispositions s'imposeront à compter du 1^{er} janvier 2015 aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Par ailleurs, elles pourront, préalablement à son extension et dès le 1^{er} janvier 2015, être appliquées de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant d'entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au 22 décembre 2009, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe I pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leur propre régime et ne pas rejoindre l'organisme recommandé à l'article 5 (ancien art. 106).

En revanche, les entreprises ayant mis en place, avant le 22 décembre 2009, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe I doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini à compter de la date de son entrée en vigueur.

Les salariés présents dans l'entreprise au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant et concernés par l'article 103.3 précité doivent faire leur demande de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application du présent avenant, avec les justificatifs de leur situation.

Article 3

Conformément aux articles L. 912-1 et 2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent avenant fera l'objet d'un réexamen dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant

la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 4

Le présent avenant, dont les parties signataires demandent l'extension, sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Pissos, le 6 février 2015.

(Suivent les signatures.)