

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Pyrénées-Atlantiques)
(27 novembre 2009)**

(Etendu par arrêté du 4 novembre 2010,
Journal officiel du 13 novembre 2010)

AVENANT N° 3 DU 22 JUIN 2015

NOR : AGRS1597250M

Entre :

La FDSEA des Pyrénées-Atlantiques ;

La FDCUMA des Pyrénées-Atlantiques ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires des Pyrénées-Atlantiques ;

Le syndicat horticole des Pyrénées-Atlantiques,

D'une part, et

Le SNCEA CFE-CGC des Pyrénées-Atlantiques ;

Le SGA CFDT du Béarn ;

La FNAF CGT, section agriculture ;

La CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Suite à l'analyse des comptes de résultats du régime frais de santé, il a été constaté un déséquilibre technique portant sur l'adhésion facultative des ayants droit et les régimes optionnels.

Les organisations signataires ont donc décidé de réviser les cotisations pour cette population ainsi que celles correspondant aux garanties optionnelles des annexes B et C.

Par ailleurs et afin de mettre le présent accord en conformité avec l'accord national du 10 juin 2008, les organisations signataires ont décidé d'ajouter un cas de dispense d'affiliation aux cas déjà prévus.

En conséquence, l'accord départemental du 27 novembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Dispenses d'affiliation

L'article 3 est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord et non affilié à l'AGIRC.

L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté.

3.1. Dispense d'affiliation

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander par écrit à l'employeur une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs. Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 3 du 22 juin 2015, la demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois d'application de ce dernier ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire, de diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ces employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur chargé de gérer le régime. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Toute demande de dispense doit être notifiée 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.

En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et doit alors obligatoirement cotiser au régime à compter du mois civil suivant.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prend effet le premier jour du mois suivant la demande et est alors irrévocable.

3.2. Couverture facultative

Salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 6 mois d'ancienneté continue

Les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 6 mois d'ancienneté continue dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement intégral par leurs soins de la cotisation globale (part patronale et part salariale) définie à l'article 7 "Cotisations".

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe A.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice de cet accord pour son ou ses ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article 7 "Cotisations".

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation des ayants droit est entièrement financée par le salarié, et l'organisme assureur en charge de la gestion du régime tel que mentionné à l'article 5 procède à la collecte de la cotisation auprès du salarié.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe A.

Garanties optionnelles

Les salariés peuvent souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires (niveau 1 ou niveau 2). L'adhésion aux garanties "optionnelles" doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation aux garanties "de base" et prendra effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion. Passé ce délai de 2 mois, tout salarié bénéficiaire des garanties "de base" a la possibilité d'adhérer aux garanties "optionnelles" au 1^{er} janvier de chaque année. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires est à la charge du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur en charge de la gestion du régime tel que mentionné à l'article 5 du présent accord.

Le salarié adhère :

- seulement pour lui-même, si l'extension des ayants droit n'a pas été retenue ;
- ou pour lui-même et ses ayants droit, dans le cas contraire.

Le changement de niveau pour un passage du niveau 1 au niveau 2 est autorisé chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

Le niveau choisi par le salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit.

Les garanties facultatives et optionnelles font l'objet de comptes séparés et sont mutualisées dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire. »

Article 2

Cotisations

L'article 7 est modifié comme suit :

« 7.1. Taux de cotisations et répartition

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la

mutualité sociale agricole (MSA) entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme assureur, les signataires de l'accord et l'organisme assureur s'engagent à réviser les cotisations et/ou les garanties au plus tôt à la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

La cotisation mensuelle du présent régime de "remboursement complémentaire de frais de santé" de base obligatoire est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égale, pour les exercices 2014 et suivants à :

1,20 % du PMSS

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 6,00 € ;
- le restant étant à la charge du salarié.

Le salarié peut affilier facultativement ses ayants droit, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante, selon les options suivantes :

- faire garantir, dans les conditions prévues au paragraphe 3.2, le remboursement des frais de santé engagés par les membres de sa famille (conjoint et enfant[s] à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,42 % du PMSS ;
- faire garantir, dans les conditions prévues au paragraphe 3.2, le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou dont le contrat de travail est suspendu à l'issue de la période de gratuité de 3 mois, moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,20 % du PMSS ;
- faire garantir, dans les conditions prévues au paragraphe 3.2, le remboursement des frais de santé complémentaires optionnels engagés par lui-même ou par lui-même et les membres de sa famille moyennant un taux de cotisation spécifique de :

Option 1 : – 1,43 % du PMSS pour le salarié bénéficiaire seul ;

– 4,18 % du PMSS pour le salarié et sa famille.

Option 2 : – 1,54 % du PMSS pour le salarié bénéficiaire seul ;

– 4,49 % du PMSS pour le salarié et sa famille.

Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) hors hospitalisation connu au 1^{er} septembre et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1^{er} janvier de l'exercice précédent et le 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois et après consultation des partenaires sociaux.

7.2. Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de la cotisation des garanties complémentaires de base obligatoires sont confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte d'Humanis Prévoyance, selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité

sociale, procède, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Les cotisations pour la garantie facultative et la garantie optionnelle sont recouvrées selon les modalités définies dans le contrat d'assurance et de gestion administrative conclu entre les partenaires sociaux et l'organisme assureur.

7.3. Suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas 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 de la suspension, et ce sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur au 1^{er} avril 2015 et au plus tard à la date de publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension.

Article 4

Dépôt et extension

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

Fait à Pau, le 22 juin 2015.

(Suivent les signatures.)