

**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° 3 DU 16 OCTOBRE 2015**

NOR : AGRS1697019M

**PRÉAMBULE**

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ci-dessus désignées ont mis en place depuis le 22 juin 2009 un accord départemental portant sur une protection sociale complémentaire en agriculture, en application des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008.

Toutefois, compte tenu de nouvelles dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur, de nouvelles négociations ont été engagées entre les partenaires sociaux afin d'adapter et de réviser l'accord départemental du 22 juin 2009.

Il est ici précisé que les garanties de prévoyance lourde sont acquises aux salariés en vertu de l'accord collectif de prévoyance du 9 septembre 1999. La protection sociale complémentaire des salariés visés résulte de la combinaison de l'ensemble des dispositions des deux accords.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Modification de l'article 3 de l'accord du 22 juin 2009*

L'article 3 de l'accord du 22 juin 2009 est ainsi rédigé :

« Article 3

*Salariés bénéficiaires*

**1. Détermination des salariés bénéficiaires**

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant 3 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 suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise.

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 3 mois.

## 2. Dispense d'adhésion

Par exception aux dispositions de l'article 3, paragraphe 1, du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur, en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite 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, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- 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, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
  - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (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 complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
  - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- 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).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

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 paragraphe 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.

### 3. Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit :

Pour les garanties collectives complémentaires santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

### 4. Portabilité loi Evin

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite "loi Evin", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur 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 à titre gratuit (maintien prévu au paragraphe 5 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'empporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

## 5. Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé, 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 :

### a) Durée. – Limites

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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de la couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

### b) Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garanties.

c) Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent paragraphe 5, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant. »

## **Article 2**

### *Modification de l'article 4 de l'accord du 22 juin 2009*

L'article 4 de l'accord du 22 juin 2009 est modifié comme suit :

« Le salarié justifiant de l'ancienneté prévue à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature des prestations est présentée dans le tableau figurant à l'article 5.

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base dont relève l'assuré au titre de la législation "maladie, accidents du travail/maladies professionnelles" et "maternité" ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visées à l'article 5.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité. »

## **Article 3**

### *Abrogation des annexes*

Les annexes à l'accord collectif du 22 juin 2009 sont abrogées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 4**

### *Abrogation des dispositions des articles 6, 7, 10 et 11 de l'accord du 22 juin 2009*

Les dispositions des articles 6, 7, 10 et 11 de l'accord du 22 juin 2009 sont abrogées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 5**

### *Modification de l'article 8 de l'accord du 22 juin 2009*

L'article 8 de l'accord du 22 juin 2009 est ainsi rédigé :

#### « Article 8

##### *Antériorité des régimes d'entreprise*

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 5 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties. »

## **Article 6**

### *Modification de l'article 9 de l'accord du 22 juin 2009*

L'article 9 de l'accord du 22 juin 2009 est modifié par les dispositions suivantes :

#### « 1. Répartition de la cotisation

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties définies à l'article 5 – au titre du seul salarié – est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

#### 2. Suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

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

## **Article 7**

### *Modification de l'article 5 de l'accord du 22 juin 2009*

L'article 5 relatif aux prestations est modifié comme suit :

« La nature et le montant des prestations sont :

*(Voir tableau page suivante.)*

Garanties contrat complémentaire santé obligatoire pour les salariés de la production agricole de Vendée	Régime obligatoire	Socle
	en % de la base de remboursement (BR) y compris la part du régime obligatoire	
Les taux de remboursement de la sécurité sociale sont mentionnés ci-dessous à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire ou législative. Les taux indiqués s'appliquent aux tarifs de Base de Remboursement de Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire. Les garanties s'appliquent dans les limites des dispositions du contrat collectif. Les garanties sont des contrats responsables au sens de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Conformément à la loi, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (1€) ainsi que les franchises et majorations applicables au 1 er janvier 2009 en cas de non respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120 € mis en œuvre par des spécialistes, la franchise de 18 € est prise en charge par la mutuelle.		
1. Actes médicaux		
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires) - CAS	70 %	100 %
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires) - Non CAS	70 %	100 %
Auxiliaires médicaux : Infirmières, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiatures-Podologues, Orthophonistes, Orthopédistes, Orthoptistes, Sages-femmes	60 %	100 %
Radiographies, électroradiologie - CAS	70 %	100 %
Radiographies, électroradiologie - Non CAS	70 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	100 %
Forfait actes lourds	-	100 %
2. Pharmacie		
Médicaments	15 % à 100 %	T.M.
3. Optique		
Limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Par dérogation, période réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.		
Adulte :		
Équipement à verres simples	60 %	455 % + 200€ (maxi 70€ pour la monture)
Équipement à verres mixtes (1 verre simple + 1 verre complexe)	60 %	455 % + 200€ (maxi 70€ pour la monture)
Équipement à verres complexes	60 %	455 % + 200€ (maxi 70€ pour la monture)
Lentilles acceptées et refusées par le régime obligatoire	60 %	100 % + 100€/an/bénéficiaire
4. Dentaire		
Actes et soins (y compris inlay-onlay acceptées)	70 %	100 %
Inlay Core acceptées	70 %	125 %
Prothèses Dentaires acceptées	70 %	210 % + 300€ / an
Orthodontie acceptée	70 à 100 %	125 %
Prothèses non remboursées (hors implants)	-	-
5. Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages	60 %	100 %
Prothèses auditives	60 %	100 %
Autres prothèses	60 %	100 %
6. Hospitalisation		
Frais de soins et de séjour	80 ou 100 %	100 %
Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires - CAS	80 ou 100 %	100 %
Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires - Non CAS	80 ou 100 %	100 %
Dépassements d'honoraires - CAS	-	155 %
Dépassements d'honoraires - Non CAS	-	100 %
Chambre particulière	-	25 € / jour
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	-	100 % - illimité <sup>(1)</sup>
Frais d'accompagnement de l'enfant de moins de 16 ans (lit +repas)	-	15 € / jour
7. Maternité		
Frais de soins et de séjour	100 %	100 %
Dépassements d'honoraires et chambre particulière (dans la limite des frais engagés et sur présentation de justificatifs)	-	1/3 du PMSS / an et / maternité
8. Cures thermales		
Traitement et surveillance	70 %	100 %
Hébergement et transport avec justificatifs	65 %	100 %
9. Frais de transport		
Transport	65 %	100 %
10. Prévention santé		
Actes de prévention des contrats responsables	70 %	100 %
Aide au sevrage tabagique	-	15€/an/bénéficiaire
Vaccins (grippe, rotavirus, leptospirose, pneumocoques)	-	-
Forfait médecine douce (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture)	-	-
Assistance (Mutualia Assistance)	-	oui
Valeur du PMSS au 1er janvier.		

<sup>(1)</sup> La mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des Familles. (En application de la circulaire du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

## Article 8

### *Mise en œuvre du principe de solidarité*

Il est inséré dans l'accord du 22 juin 2009 un nouvel article 5.1 intitulé « Mise en œuvre du principe de solidarité », rédigé comme suit.



« Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

### 1. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle-retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole, en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini au paragraphe 2 et au paragraphe 3.

### 2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation 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, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la



garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

### 3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou le complément de salaire versé(s) par l'employeur. »

## Article 9

### *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension ne serait pas publié à cette date, il est décidé une application volontaire anticipée au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## Article 10

### *Dépôt. – Extension*

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

Fait à La Roche-sur-Yon, le 16 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

### **Organisations patronales :**

FDSEA de la Vendée ;

Union des CUMA des Pays de la Loire ;

Syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de la Vendée.

### **Syndicats de salariés :**

FGA CFDT ;

FGTA FO ;

CFTC-Agri.