

Accord professionnel
**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON CADRES
(Manche)
(28 juillet 2009)**

(Etendu par arrêté du 7 décembre 2009,
Journal officiel du 15 décembre 2009)

AVENANT N° 3 DU 11 DÉCEMBRE 2015

NOR : AGRS1697065M

Entre :

La FDSEA de la Manche ;

La fédération des CUMA de Basse-Normandie, comité Manche,

D'une part, et

L'union régionale des syndicats CFTC-Agri Basse-Normandie ;

Le SGA-CFDT Manche ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

L'union départementale FO ;

L'USRAF-CGT Normandie,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées aux dispositions relatives aux régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de mettre à jour l'accord collectif départemental du 28 juillet 2009. Cette mise à jour tient compte également des évolutions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par un avenant en date du 15 septembre 2015,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés non affiliés à l'AGIRC, ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et 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 ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord d'entreprise dans les conditions de l'article 13 de l'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.

Toutefois, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, et ayant acquis préalablement l'ancienneté requise dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, peuvent bénéficier des garanties dès leur date d'embauche dès lors que cette dernière intervient au plus tard dans les 4 mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent. Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Article 3.1

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés au présent article.

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 afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime. Cette notice définit, notamment, les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 3.2

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions précédentes, 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, conformément notamment aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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 d'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 d'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 d'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 l'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).

La demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois. Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, qui devront produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont pas dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié. »

Article 2

L'article 4 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 3

Les dispositions de l'article 5 « Garanties obligatoires » sont supprimées et remplacées comme suit :

« Article 5.1

Niveau des garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans le tableau de l'annexe I du présent accord.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 5.2

Contrat "olidaire" et "esponsable"

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 4

Les dispositions de l'article 6 « Garanties facultatives au choix du salarié » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Article 6.1

Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par l'accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement d'une cotisation identique à celui des garanties obligatoires, auprès du même organisme que celui assurant le régime obligatoire. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leur famille.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation.

Article 6.2

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les salariés peuvent également étendre à titre facultatif la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille, composée de leurs ayants droit tels que définis ci-après :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;

- le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

La cotisation résultant de cette garantie facultative est à la seule charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié. »

Article 5

Le titre et les dispositions de l'article 7 « Cotisations » sont supprimés et remplacés comme suit :

« Article 7

Financement du régime complémentaire frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du régime obligatoire frais de santé définies par le présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

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

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ses salariés ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent régime, il devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre. »

Article 6

Le titre et les dispositions de l'article 8 « Règlement des prestations » sont modifiés et remplacés comme suit :

« Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Après affiliation de l'assuré, l'organisme assureur délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur. »

Article 7

L'article 9 « Tiers payant » est supprimé et remplacé par un nouvel article comme suit :

« Article 9

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles doivent 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 en application du présent accord sera affecté 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.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité 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, le sommeil ou 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 à l'article 11. »

Article 8

Les dispositions de l'article 10.2 « Maintien des garanties au profit des anciens salariés » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les salariés cessant leur activité et les ayants droit d'un salarié décédé ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur, dans des conditions définies par ce dernier, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 10.3 ci-après, ou le décès du salarié. Dans ce cadre, l'organisme assureur procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé. »

Article 9

Les dispositions de l'article 10.3 « Portabilité » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les salariés couverts collectivement par les garanties du présent régime 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 définies par les textes légaux (dispositions figurant en annexe II).

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 lesquelles les prestations demandées sont dues.

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 couverture ;
- dès que l'ancien salarié 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 ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

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.

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité. »

Article 10

Le titre et les dispositions de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » sont modifiés et remplacés comme suit :

« Article 11

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Article 11.1

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

Le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est obligatoirement maintenu au profit du salarié, et le cas échéant de ses ayants droit, pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, ce 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 suivants :

- 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.

A l'issue de 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 de payer l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

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.

Article 11.2

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est maintenu obligatoirement au profit des salariés, 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 un dispositif de protection sociale complémentaire, que ces indemnités soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

Article 11

Le titre et les dispositions de l'article 12 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » sont modifiés et remplacés comme suit :

« Article 12

Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de complémentaire santé (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une "commission paritaire de suivi de l'accord".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de trois représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FDSEA de la Manche. »

Article 12

Les dispositions de l'article 13 « Antériorité des régimes d'entreprise » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les employeurs relevant d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé départemental ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé, elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet. »

Article 13

L'article 14 « Clause de réexamen » est supprimé.

Article 14

Il est créé un nouvel article 14 « Recours contre les tiers responsables », rédigé comme suit :

« En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur 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 15

Le présent avenant prendra effet au premier jour du mois civil suivant la parution de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Article 16

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui sera déposé à l'unité territoriale de la Manche de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Basse-Normandie.

Fait à Saint-Lô, le 11 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé

Garanties santé. – Régime général à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE LA MSA (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires, signataires CAS ⁽²⁾	255 % BR
Honoraires, non signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS par bénéficiaire
Chambre particulière	40 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS ⁽²⁾	250 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non-signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non-signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non-signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS ou la MSA	100 % BR + 12 % PMSS par an par bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la SS ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	220 % BR

Grille optique ITELIS

Garanties exprimées en inclusion du remboursement du régime obligatoire

CLASSE de défaut visuel	DÉFAUT VISUEL		DANS le réseau	HORS RÉSEAU	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre progressif
classe 1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Frais réels (*)	100 €	200 €
classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4		105 €	250 €
	De 2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2			
classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4		135 €	265 €
	De 4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4			
classe 4	De 6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4	150 €	300 €	
	De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4,25			
classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres		200 €	325 € (**)
Monture			150 €		
Limitation de consommation : un équipement tous les 2 ans pour les adultes, et un équipement par an pour les enfants ou en cas de changement du défaut visuel dès 0,25 dioptries.					
(*) Dans la limite des plafonds du contrat responsable.					
(**) 300 € pour les enfants.					

ANNEXE II

Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, 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.