

Accord professionnel
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Franche-Comté)

AVENANT N° 9 DU 29 JANVIER 2016
PORTANT RÉVISION TOTALE DE L'ACCORD DU 18 FÉVRIER 2009
INSTAURANT UN RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
NOR : AGRS1697205M

Entre :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA) de Franche-Comté
Fédération régionale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de Franche-Comté
Entrepreneurs des territoires Franche-Comté
Union régionale de l'horticulture et de la pépinière de Franche-Comté
Fédération départementale des coopératives laitières de l'Ain
Fédération départementale des coopératives laitières du Doubs
Fédération départementale des coopératives laitières du Jura
Fédération des coopératives d'utilisation de matériel agricole de ramassage de lait du Doubs

D'une part, et

Union régionale CFDT de Franche-Comté
Fédération CFTC de l'agriculture
SNCEA CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour but de mettre en conformité l'accord régional du 18 février 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de Franche-Comté avec d'une part, les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, révisé par avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et d'autre part, avec les nouvelles dispositions légales concernant la complémentaire santé.

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. Les dispositions des articles 1 à 12, ainsi que l'annexe I, abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord du 18 février 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de Franche-Comté.

Dès lors, les dispositions et articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 18 février 2009.

« Préambule

Par le biais du présent accord, les signataires du présent accord réaffirment leur volonté de :

- permettre aux salariés des entreprises du champ géographique et professionnel défini à l'article 1, de bénéficier de garanties d'assurance complémentaire santé identiques ;
- garantir à ces salariés une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord constitue l'annexe 9 de la convention collective interdépartementale des exploitations agricoles, entreprises de travaux agricoles et forestiers, et CUMA du Doubs, de la Haute-Saône, du Jura et du Territoire de Belfort du 1^{er} novembre 1998 et l'annexe III de la convention collective des entreprises d'horticulture, pépinières et maraîchage de Franche-Comté du 1^{er} avril 1986.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable aux salariés non cadres (définis ci-après) et employeurs :

- des exploitations et entreprises agricoles implantées sur le territoire des départements du Doubs, de Haute-Saône, du Jura et du Territoire de Belfort, ayant une activité définie à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, 1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage) et 4° (à l'exception des établissements de conchyliculture) ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) implantées sur le territoire des départements du Doubs, de Haute-Saône, du Jura et du Territoire de Belfort.

Le présent accord est également applicable aux salariés cadres et non cadres :

- des coopératives fruitières fromagères implantées sur le territoire des départements de l'Ain, du Doubs et du Jura ;
- des entités de ramassage de lait des coopératives fruitières fromagères constituées, détenues ou gérées par des sociétés coopératives agricoles fromagères (SCAF) relevant des dispositions du code rural et de la pêche maritime implantées sur le territoire des départements de l'Ain, du Doubs et du Jura ;
- des entités de commercialisation des coopératives fruitières fromagères constituées et détenues par des sociétés coopératives agricoles fromagères (SCAF) dont l'objet est de commercialiser la fabrication de ces dernières relevant des dispositions du code rural et de la pêche maritime implantées sur le territoire des départements de l'Ain, du Doubs et du Jura ;
- des groupements d'employeurs composés de coopératives fruitières fromagères implantées sur le territoire des départements de l'Ain, du Doubs et du Jura ;
- des CUMA de ramassage de lait du Doubs.

L'implantation sur le territoire des départements susvisés est déterminée par rapport au lieu du siège des bâtiments principaux d'exploitation de l'entreprise.

Les employeurs de ces exploitations et entreprises (ci-après dénommés “les employeurs”) appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties collectives frais de santé instituées par le présent accord.

Les employeurs relevant actuellement d’une convention ou 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 ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d’accès (ancienneté, franchise...) ;
- 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 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 2

Entrée en vigueur et durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d’extension, et dans tous les cas, au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

Article 3

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l’article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l’initiative de l’une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L’ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d’envisager l’éventuelle conclusion d’un avenant de révision.

L’éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu’il modifiera.

Conformément à l’article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l’une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l’objet d’un dépôt conformément à l’article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 4

Salariés bénéficiaires

Article 4.1

Définition des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés entrant dans le champ d'application défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 4.2

Cas de dispense

Par exception aux dispositions ci-dessus 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 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 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 les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié, ni par l'employeur.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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 d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans tous les cas, l'employeur doit 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.

Article 4.3

Salariés multi-employeurs

Dans le cas d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. 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.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs.

Article 4.4

Extension des garanties aux ayants droit

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord, ou l'employeur, pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

Les ayants droit au sens du présent accord sont définis comme suit :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire 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 (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire 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 fera 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 bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé 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, 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, se trouvant 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 bénéficiaire nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 5

Garanties

Article 5.1

Socle conventionnel obligatoire

Les signataires du présent accord ont décidé de prévoir un socle conventionnel minimum de garanties obligatoire.

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel obligatoire sont présentés dans le tableau figurant à l'annexe I du présent accord sous la dénomination de "régime socle".

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

En tout état de cause, la couverture complémentaire santé dont bénéficient les salariés bénéficiaires du présent accord ne saurait être moins favorable à ce socle obligatoire.

Article 5.2

Options facultatives

Les partenaires sociaux ont souhaité que deux options soient proposées à titre facultatif aux salariés :

- d’une part, la possibilité d’étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime à la famille du salarié (conjoint et enfants) ;
- d’autre part, la possibilité d’améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire. La nature et le montant des prestations de ce régime optionnel sont présentés dans le tableau figurant à l’annexe I du présent accord sous la dénomination de “régime optionnel”.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à l’une, l’autre ou les deux options demeure entièrement à la charge du salarié.

Les employeurs ont la possibilité de mettre en place à titre obligatoire, s’ils le souhaitent, l’une des garanties optionnelles facultatives du présent dispositif frais de santé, permettant ainsi d’améliorer les prestations des garanties collectives du socle minimum obligatoire applicable aux salariés.

Article 5.3

Clés de lecture du tableau de garanties joint en annexe

Toutes les garanties 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 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié.

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

Article 5.4

Contrat solidaire et responsable

Le présent régime 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, du 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/SD5B/2013/344 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 6

Financement du régime

Le financement du contrat collectif d'assurance, souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties du socle minimum obligatoire 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 santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du socle conventionnel obligatoire, il prend en charge la totalité du coût correspondant à ces garanties optionnelles.

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 ces derniers ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du socle conventionnel, ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale).

Article 7

Suspension du contrat de travail

Article 7.1

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 (à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail) 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.

L'employeur doit informer l'organisme assureur ou son délégataire dès le début de la suspension du contrat de travail, en précisant sa durée.

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.

Article 7.2

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.

Article 8

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 à l'article 9 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^{er} 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'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 9

Portabilité gratuite

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

Article 9.1

Durée et 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 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 et prévoyance prévu par le présent accord, aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 9.2

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 garantie. Toutefois, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités, au titre de l'arrêt de travail, d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au cours de la même période.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties collectives plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 9.3

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 de garanties, des conditions prévues aux articles 8 et suivants, 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 prolongé d'autant.

Article 9.4

Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations, ainsi les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 9.5

Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties du présent accord, est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution.

Ainsi, le principe est que les prestations de protection sociale complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat d'assurance de groupe ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure dudit contrat.

Article 9.6

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 10

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises couvertes par le présent accord 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 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 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 musculosquelettiques 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 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 de 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 ci-dessus.

Article 11

Information des assurés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur – auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord - laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 12

Commission paritaire de suivi de l'accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture visés par le présent accord (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".

Elle est composée d'un représentant titulaire et d'un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations patronales signataires.

Elle se réunira au moins une fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et à toute formalité résultant des travaux de ladite commission. »

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension, et dans tous les cas, au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

Article 3

Dépôt et extension

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Fait à Ecole-Valentin, le 29 janvier 2016.

(Suivent les signatures.)

NATURE DES FRAIS	RÉGIME SOCLE	RÉGIME OPTIONNEL
	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire au socle
Frais médicaux Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités Dépassement d'honoraires : – médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) – médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité) Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues Analyses, examens de laboratoire Radiologie ⁽¹⁾ , électroradiographie ⁽¹⁾ , imagerie médicale ⁽¹⁾ et ostéodensitométrie ⁽¹⁾ Actes de prévention ⁽²⁾ Autres actes techniques ⁽¹⁾ Dépassement d'honoraires : – médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) – médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité) Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	30 % BR 80 % BR 30 % BR 40 % BR De 0 % à 40 % BR 30 % BR de 30 à 65 % BR 30 % BR 80 % BR 30 % BR	120 % BR 70 % BR 23 € par consultation limité à 4 fois par an et par famille
Pharmacie Médicaments à service médical rendu « majeur ou important » Médicaments à service médical rendu « modéré » Médicaments à service médical rendu « faible » Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	35 % BR 70 % BR 85 % BR	40 € par an et par famille
Hospitalisation Frais de soins et de séjour Honoraires Dépassement d'honoraires : – médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) – médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité) Forfait journalier hospitalier Chambre particulière (par jour, par an et par bénéficiaire)	0 % ou 20 % BR 0 % ou 20 % BR 220 % BR 100 % BR FR 25 € par jour	Médicale et chirurgicale : 280 % BR Psychiatrie/ Maternité : 80 % BR FR 53 € par jour limité à 60 jours par an

NATURE DES FRAIS	RÉGIME SOCLE	RÉGIME OPTIONNEL
	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire au socle
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)		52 € par jour limité à 30 jours par an
Prime de naissance	1/3 PMSS	
Optique		
Equipement : verres + monture (dont 150 € maxi pour les montures)	par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾	par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾
Monture + 2 verres simples ⁽⁴⁾	230 €	140 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe	255 €	140 €
Monture + 2 verres complexes ⁽⁴⁾ ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe	280 €	140 €
Lentilles remboursées par le régime de base	40 % + crédit de 210 € par an	Crédit de 140 € par an
Lentilles non remboursées par le régime de base	Crédit de 100 € par an	Crédit de 140 € par an
Dentaire		
Frais de soins	100 % BR	
Honoraires	100 % BR	
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implanto-portée)	140 % + crédit de 300 €	160 %
Couronne implanto-portée	140 % + crédit de 300 €	160 %
Inlays onlays	100 % BR	
Inlay core	100 % BR	
Orthodontie remboursée par le régime de base	200 % BR	50 % BR
Implantologie (hors couronne implanto-portée)		200 € par an et par bénéficiaire
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	0 % BR ou 40 % BR	400 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	390 %	Crédit de 350 € par oreille et par an
Cures thermales		
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance		35 % ou 30 % BR
Forfait thermal complémentaire		Crédit de 150 € par an et par bénéficiaire
Divers		
Transports remboursés par le régime de base	35 % BR ou 30 % BR	

NATURE DES FRAIS	RÉGIME SOCLE	RÉGIME OPTIONNEL
	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire au socle
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	FR	
Vaccins non remboursés par le régime de base		40 € par an et par famille
<p>(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux. Si garantie différente, ajouter lignes de garanties avec distinctions CAS/Non CAS.</p> <p>(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, polio-myélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).</p> <p>(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.</p> <p>(4) Verres simples : sphère comprise entre - 6 + 6 dioptries et/ou cylindre < = 4 dioptries</p> <p>Verres complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres simple foyer (sphère > - 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 dioptries) ; - verres multifocaux ; - verres progressifs. <p>Verres très complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries. <p>(4) Verres unifocaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries. <p>Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.</p> <p>Verres multifocaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries). <p>(5) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).</p>		