

Convention collective

IDCC : 9791. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLYCLTURE,
D'ÉLEVAGES SPÉCIALISÉS OU NON,
CUMA ET EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES
(Deux-Sèvres)
(8 novembre 2002)**

(Etendue par arrêté du 1er avril 2004,
Journal officiel du 14 avril 2004)

AVENANT N° 2 DU 10 NOVEMBRE 2015

NOR : AGRS1697226M
IDCC : 9791

Entre :

FNSEA des Deux-Sèvres

FD des CUMA des Deux-Sèvres

Syndicat horticole de la région Poitou-Charentes

D'une part, et

SGA CFDT des Deux-Sèvres

UD CGT-FO des Deux-Sèvres

UD CGT des Deux-Sèvres

UD CFTC des Deux-Sèvres

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Révision totale de l'accord du 5 juin 2009

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 du présent avenant abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord départemental du 5 juin 2009.

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 5 juin 2009 modifié, de l'accord national modifié par un avenant n° 4 en date du 15 septembre 2015, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de réduire la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à 3 mois ; de modifier les garanties ; ainsi que la clause relative au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser la répartition de la cotisation.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective du secteur des exploitations agricoles de polyculture d'élevages spécialisées ou non, les CUMA et les exploitations spécialisées du département des Deux-Sèvres.

En conséquence, l'accord départemental du 5 juin 2009 est modifié comme suit.

« Article 1^{er} »

Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés agricoles relevant du champ d'application du présent accord ci-après défini, non affiliés à l'AGIRC des secteurs des exploitations agricoles de polyculture d'élevages spécialisées ou non, les CUMA et les exploitations spécialisées du département des Deux-Sèvres pour les activités suivantes :

Champ d'application professionnel

Les salariés y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

- les exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient (polyculture, cultures et élevages spécialisés, horticulture, maraîchage, pépinières, champignonnières...), ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Champ d'application territorial

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l'article 1^{er}, effectués dans des entreprises situées sur les territoires suivants :

- exploitations agricoles : département des Deux-Sèvres ;
- CUMA : département des Deux-Sèvres.

Les employeurs relevant actuellement 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 ;
- de respect de la transférabilité des droits.

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 2

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

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 deux 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 trois 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 d'un 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 trois 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 d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

Article 4

Bénéficiaires

4.1. Ouvrant droit

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit 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 cadre 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 et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;

- les salariés travaillant dans les exploitations arboricoles qui dépendent de la convention collective des arboriculteurs de l'ouest ;
- les salariés des entreprises des territoires des Deux-Sèvres qui dépendent de la convention collective polyculture élevage de la Vienne, des CUMA de la Vienne et des entreprises des territoires de la Vienne et des Deux-Sèvres ;

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert trois mois d'ancienneté.

4.2. Couverture facultative

4.2.1. Couverture des salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté

Les salariés non cadres ayant moins de 3 mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord et ne bénéficiant pas, de ce fait, à titre obligatoire du régime peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié. L'assureur procédera à la collecte de la cotisation.

4.2.2. Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou l'entreprise agricole est institué ou modifié par l'un des actes juridiques mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- le conjoint : personne liée à l'ouvreur droit 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 l'ouvreur droit 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 de l'ouvreur droit, 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 ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance 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 (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 de l'ouvreur droit 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.

4.3. Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 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, et ayant au moins 3 mois d'ancienneté 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, et ayant au moins 3 mois d'ancienneté 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 et ayant au moins 3 mois d'ancienneté 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 ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'état, 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.

4.4. Niveau des garanties

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

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l’alinéa 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l’annexe I comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l’alinéa 4.1 du présent accord.

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

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires du présent accord ont décidé d’établir un tableau de garanties frais de santé composé :

- d’un niveau minimum obligatoire de garanties.

4.5. Contrat “solidaire” et “responsable”

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.

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.

4.6. Portabilité loi Evin (frais de santé)

Dans le cadre des dispositions de la “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’art. 6.5 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l’assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, 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 ouvrant droit et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 5

Financement du dispositif frais de santé

5.1. Montant de la cotisation

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties de l'accord 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.

En tout état de cause, 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 ces derniers ou ;
- de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent accord.

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale).

5.2. 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 frais de 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.

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 à l'article 4.3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

5.3. Mise en œuvre du principe de solidarité

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 aux articles 5.3 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 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.

5.3.1. 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 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 aux 5.3.2 et 5.3.3.

5.3.2. 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 trois (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.

5.3.3. 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.

5.4. 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 :

5.4.1. 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 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.

5.4.2. Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole.

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.

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).

5.4.3. formalités de déclaration

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.

5.4.4. 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 6

Transférabilité des droits

Les salariés bénéficiaires du présent accord, ayant acquis la condition d'ancienneté dont le contrat de travail a pris fin et qui sont recrutés dans un délai de 6 mois par une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1^{er} peuvent transférer leurs droits acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Article 7

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions 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 8

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 9

Commission paritaire de suivi de l'accord

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs une fois par an, dans le courant du deuxième trimestre afin notamment :

- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime,

soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte. »

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Article 3

Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Niort, le 10 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC

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 € 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⁾	400 % BR
Honoraires – non signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Frais de séjours	200 % BR
Maternité	1/3 PMSS par bénéficiaire
Chambre particulière	50 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	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⁾	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – non signataires CAS ⁽²⁾	180 % 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⁾	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non signataires CAS ⁽²⁾	180 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE LA MSA (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)					
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie			100 % BR		
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA			100 % BR		
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : – couronnes – bridges – inter de bridges – couronnes sur implant – prothèses dentaires amovibles – réparations sur prothèses – inlays-cores			210 % BR + 12 % PMSS par an et par bénéficiaire		
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA			300 % BR		
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA			600 € par an par bénéficiaire		
Frais d'optique					
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) ⁽³⁾					
Monture			150 €		
Classe :					
Myopie ou hypermétropie (en dioptrie)		Astigmatisme (en dioptrie)	Verre simple foyer Verre progressif		
Classe 1 :					
De 0 à 2		Inférieur ou égal à 2	100 € par verre	200 € par verre	
Classe 2 :					
De 0 à 2 ou de 2,25 à 4		De 2,25 à 4 ou inférieur ou égal à 2	105 € par verre	250 € par verre	
Classe 3 :					
De 2,25 à 4 ou de 4,25 à 6		De 2,25 à 4 ou inférieur ou égal à 4	135 € par verre	265 € par verre	
Classe 4 :					
De 6,25 à 8 ou de 0 à 8		Inférieur ou égal à 4 ou supérieur ou égal à 4	150 € par verre	300 € par verre	
Classe 5 :					
Supérieur ou égal à 8,25		Supérieur ou égal à 8,25	200 € par verre	325 € ⁽³⁾ par verre	
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA			455 % BR + 8 % PMSS par an et par bénéficiaire		
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)			8 % PMSS par an et par bénéficiaire		
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins			70 % BR		
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)			30 € par séance (maxi 2 séances par an et par bénéficiaire)		
Actes de prévention ⁽⁴⁾			Pris en charge		

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE LA MSA
(sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements
de la sécurité sociale ou de la MSA)

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale.

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

CAS : contrat d'accès aux soins.

FR : frais réels.

MR : montant remboursé par la sécurité sociale.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, période réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après.

(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.