

Convention collective

**IDCC : 8532. – ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Bretagne)
(13 juin 1991)**

(Etendue par arrêté du 16 décembre 1991,
Journal officiel du 31 décembre 1991)

AVENANT N° 58 DU 17 NOVEMBRE 2015

NOR : AGRS1697234M

IDCC : 8532

Entre :

Entrepreneurs des territoires – fédération de Bretagne

Syndicat des prestataires de services avicoles

D'une part, et

FGA CFDT

UR CFTC

SNCEA CFE-CGC

FNAF CGT

FGTA FO

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Le présent avenant constitue un article de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. Ces dispositions abrogent et remplacent en totalité les termes de l'ancien article 26 *bis* de la convention collective.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 26 *bis* sont rédigées ainsi qu'il suit :

« Article 26 *bis*

Frais de santé pour les salariés non cadres

I. – Champ d'application

Sont concernées par le présent article les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective du 13 juin 1991.

II. – Dispositif frais de santé

2.1. Bénéficiaires

Les dispositions du présent article, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés non-cadres (salariés non affiliés à l'AGIRC) ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans une même entreprise visée à l'article I. - Champ d'application.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application de la convention collective, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les trois mois qui suivent leur cessation d'activité.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de reprise d'ancienneté.

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 article collectif étendu plus favorable que le présent article.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application de la présente convention collective du 13 juin 1991 ;
- l'employeur de l'entreprise agricole,

pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

2.2. Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé, institué ou modifié par l'un des actes juridiques mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié, les définitions ci-dessous leur sont applicables :

- 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 deux 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’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 – 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 le décès du bénéficiaire ;
- 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.

2.3. Dispenses d’adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions du paragraphe 2.1 du présent article 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’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l’embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;

- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu’ayants droit, d’une couverture collective relevant de l’un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d’adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d’adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d’Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
 - contrats d’assurance de groupe dits “Madelin” ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs 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.

2.4. Niveau des garanties du dispositif frais de santé

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

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé au paragraphe 2.1 du présent article ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus dans le tableau ci-dessous comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié visé au paragraphe 2.1 du présent article.

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.

| REMBOURSEMENT | |
|--|--------------------------------------|
| Soins courants | |
| Généraliste/spécialiste ⁽¹⁾ | 130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS) |
| Acte technique | 100 % BR |
| Radiologie (radio, scanner, IRM...) | 100 % BR |
| Sages-femmes | 100 % BR |
| Auxiliaire médical | 100 % BR |

| REMBOURSEMENT | |
|---|--|
| Analyse médicale | 100 % BR |
| Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, chiropractie) | 25 € par 3 séances par an et par bénéficiaire |
| Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale) | Néant |
| Actes de prévention ⁽²⁾ | 100 % BR |
| Pharmacie | |
| SMR majeur | 100 % BR |
| SMR modéré | 100 % BR |
| SMR faible | 100 % BR |
| Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base | Néant |
| Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base | Néant |
| Hospitalisation (conventionné ou non) | |
| Frais de séjour | 100 % BR |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | 100 % BR |
| Dépassements d'honoraires | 100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS) |
| Forfait journalier | 100 % FR |
| Forfait de 18 € sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €) | 100 % FR |
| Chambre particulière | |
| Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie) | 40 € par jour pendant 60 jours maximum par an puis 25 € par jour |
| Maternité | 40 € par jour pendant 60 jours maximum par an puis 25 € par jour |
| Psychiatrie | 40 € par jour pendant 60 jours maximum par an puis 25 € par jour |
| Frais accompagnant (moins de 16 ans) | 2 % PMSS par jour |
| Maternité ⁽³⁾ | 1/3 PMSS ⁽³⁾ |
| Frais de transport | 100 % BR |
| Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport) | Néant |
| Dentaire | |
| Soins dentaires | 100 % BR |
| Inlays et onlays (acceptés par le régime de base) | 100 % BR |
| Inlay cores (acceptés par le régime de base) | 125 % BR |
| Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base) | 210 % BR + 350 € par an et par bénéficiaire |
| Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3] | Néant |

| REMBOURSEMENT | |
|---|--|
| Parodontologie (refusée par le régime de base) | Néant |
| Orthodontie (acceptée par le régime de base) | 250 % BR |
| Orthodontie (refusée par le régime de base) | Néant |
| Optique | |
| Fréquence de prise en charge | Tous les 2 ans ⁽⁴⁾ |
| Monture seule | 455 % BR |
| 2 verres simples classe (a) | 250 € |
| 2 verres complexes classe (b) | 250 € |
| 2 verres très complexes classe (c) | 250 € |
| 1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) | 250 € |
| 1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) | 250 € |
| 1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) | 250 € |
| Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base) | 100 % BR + 100 € par an et par bénéficiaire |
| Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil) | Néant |
| Prothèse hors dentaire | |
| Prothèse auditive | 455 % BR |
| Autres prothèses et petit appareillage | 100 % BR |
| Gros appareillage | 100 % BR |
| Fournitures médicales et pansements | 100 % BR |
| <p>BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur. CAS : convention d'accès aux soins. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels.</p> <p>(1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS). (2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.</p> <p>Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries. (d) Y compris forfait monture.</p> | |

2.5. 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, 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.

2.6. Portabilité loi Evin (frais de santé)

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de 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 article, 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. 3.4 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.

III. – Dispositions supplémentaires

3.1. Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties définies par le présent article – 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'art. 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 article,

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

3.2. 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 article 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 article, sauf article express 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 2.3 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.

3.3. Mise en œuvre du principe de solidarité

Les 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 au paragraphe ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxe de la couverture frais de santé en application du présent article 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.

3.3.1. 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 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 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 articles 3.3.2 et 3.3.3 ci-dessous.

3.3.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées

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 premiers

mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

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

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

3.3.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

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.

3.4. Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés entrant dans le champ d'application du présent article 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 :

3.4.1. 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 du 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 article aient été ouverts chez le dernier employeur.

3.4.2. Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise qui l'employait. 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.

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).

3.4.3. 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 au paragraphe 3.4, 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.

3.4.4. 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.

3.5. 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 santé

du présent article, 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.

3.6. 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 article, 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.

3.7. Information des assurés

Les parties rappellent que les employeurs 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 article – 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 seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations. »

Article 2

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016 et sera déposé à l'unité territoriale d'Ille-et-Vilaine de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Bretagne.

Fait à Loudéac, le 17 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)