

Accord collectif départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES
(Var)

ACCORD DU 4 DÉCEMBRE 2015
INSTITUANT UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS AGRICOLES NON AFFILIÉS À L'AGIRC DU VAR
NOR : AGRS1697243M

Entre
FDSEA du Var
FDCUMA du Var

D'une part, et
FGA CFDT
FNAF CGT
FGTA FO
CFTC-Agri
SNCEA CFE-CGC

D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

L'accord départemental du 11 septembre 2009 a institué une assurance complémentaire « frais de santé » pour les salariés agricoles non cadres du Var. Cet accord a été dénoncé par la FDSEA du Var le 27 avril 2015.

Lors de la commission mixte du vendredi 4 décembre 2015 à Brignoles, les partenaires sociaux ont décidé de :

- permettre aux salariés des entreprises et exploitations agricoles et des coopératives d'utilisation du matériel agricole du Var de bénéficier d'une couverture santé offrant un niveau de garanties supérieur aux garanties minimales obligatoires de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau départemental.

Cet accord a pour objet de formaliser cette décision en abrogeant les effets de la survie de l'accord départemental du 11 septembre 2009 instituant une assurance complémentaire « frais de santé » pour les salariés agricoles non cadres du Var et en s'y substituant totalement.

Article 1^{er}

Champs d'application professionnel et territorial

Le champ d'application professionnel et territorial de cet accord concerne les employeurs et les salariés, y compris les apprentis :

- des exploitations agricoles de cultures et d'élevages de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accoupage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des groupements pastoraux, des groupements d'employeurs agricoles ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, 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 des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration dont le siège social est situé dans le département du Var. Sont également concernés les salariés et apprentis d'établissements autonomes situés dans le département.

Article 2

Abrogation des effets de l'accord départemental du 11 septembre 2009

L'accord départemental du 11 septembre 2009 instituant une assurance complémentaire « frais de santé » pour les salariés agricoles non cadres du Var est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 3

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 1 an, renouvelable par décision des partenaires sociaux avant le 30 septembre de chaque année.

Article 4

Entrée en vigueur

L'accord entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* s'il est publié après le 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2016 aux salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Dans le cas où cet accord serait étendu postérieurement au 1^{er} janvier 2016, les entreprises non adhérentes aux organisations signataires pourront également appliquer le présent accord de manière volontaire pour leurs salariés dès le 1^{er} janvier 2016.

Le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Dès son entrée en vigueur ou son application à titre volontaire, et en tout état de cause au 1^{er} janvier 2016 pour les salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires, il s'appliquera en lieu et place des dispositions de l'accord départemental du 11 septembre 2009 instituant une assurance complémentaire « frais de santé » des salariés non cadres des exploitations agricoles du Var, dénoncé par la fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Var, et dont l'application devait cesser au plus tard le 22 août 2016.

Article 5

Révision, dénonciation

Les conditions de révision ou de dénonciation de cet accord se feront conformément aux dispositions légales.

Article 6

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties « frais de santé » s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif santé :

Les cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Les VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Article 7

Définition des ayants droit

Pour l'application des dispositions du présent dispositif santé, il faut entendre par ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparés de corps et 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 salarié 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 salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre 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 salarié, de son conjoint, de son partenaire de Pacs, ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de pacs 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 salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié 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 8

Assiette de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 9

Assiette de calcul des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale telles que définies par l'article L. 424-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de quatre fois le montant du plafond de la sécurité sociale (tranches A et B) déclarées soit au cours des 12 mois précédant l'événement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul de ses prestations.

Lorsque la période de référence des 12 derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué *pro rata temporis*.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO (association des régimes de retraite complémentaire) intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité – temporaire ou permanente – professionnelle), l'invalidité ou le décès.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité.

Article 10

Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 6 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 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 inférieure ou 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 ou apprentis à temps partiel 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 l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à l'un de ceux visés ci-après à condition de le justifier chaque année :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif obligatoire (la dispense d'adhésion ne peut donc 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.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. C'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense. En cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 23 du présent accord qui tranche le litige.

Le salarié devra, pour continuer à bénéficier de la dispense, produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-fourniture de ces justificatifs à la date anniversaire de la dispense initiale, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, objet du présent accord, le premier jour du mois civil suivant cette date anniversaire.

Article 11

Niveau des garanties de l'assurance complémentaire « frais de santé »

Le présent régime couvre le salarié seul.

Il a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » définis par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni

la participation forfaitaire et la franchise prévues par les II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe I du présent accord.

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

- en % 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 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le tableau détaillé des garanties « frais de santé » figure en annexe I.

Article 12

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 DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 NOR : AFSS 1502895C.

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 13

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 effectivement déclenché les droits au 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 ;
- 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 applicables aux salariés actifs.

Cette adhésion est purement facultative. Les démarches sont à la charge du seul bénéficiaire et l'adhésion n'emporte aucune obligation pour l'ex-employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 14

Financement du dispositif « frais de santé »

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

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

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture « frais de santé » à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles, il devra effectuer les démarches nécessaires auprès de l'assureur et 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 celle du présent accord,

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre.

Article 15

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 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 10 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.

Article 16

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 à l'article 17 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation « 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.

Article 17

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 et prévoyance, 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, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas 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 articles 18 et 19 du présent accord.

Une information régulière de l'organisme assureur du choix des actions et de leur financement sera transmise à la commission paritaire de suivi instituée à l'article 23 du présent accord.

Article 18

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

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

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pour 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 et directement auprès de l'assureur de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 19

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

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

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

Article 20

Portabilité

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

Article 20.1

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 retraite/chômage ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur la durée de maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

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

Article 20.2

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 mentionnées 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 sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Article 20.3

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 des garanties, des conditions prévues aux présents articles 19, 19.1 et 19.2, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale la possibilité de 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, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties (notamment les justificatifs de versement des allocations chômage de chaque mois pour lesquels 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.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongé d'autant.

Article 20.4

Cotisations

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

Article 21

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi « Evin » du 31 décembre 1989, 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 questionnaire médical, 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 de 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 ou prévoyance auprès de l'assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 22

Information des assurés

Les parties signataires rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leur salarié un exemplaire de la notice d'information qui leur sera remise par l'organisme assureur auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord.

Cette notice 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 23

Commission paritaire de suivi

Une commission paritaire de suivi, constituée des organisations professionnelles signataires se réunira au moins deux fois par an afin notamment d'examiner les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

Cette commission paritaire de suivi pourra ainsi faire des propositions aux partenaires sociaux de la commission mixte, celle-ci restant seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Article 24

Dépôt et demande d'extension

Le présent accord, régulièrement signé, est notifié à chacune des organisations représentatives et déposé auprès des services compétents de l'Etat, ainsi qu'aux greffes des conseils de prud'hommes compétents.

Une fois le délai d'opposition expiré, et à condition qu'il n'y ait pas d'opposition majoritaire, les parties signataires demandent l'extension du présent accord à toutes les exploitations et entreprises agricoles, entrant dans son champ d'application.

Fait à Brignoles, le 4 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

GARANTIES SANTÉ/RÉGIME GÉNÉRAL À ADHÉSION OBLIGATOIRE DU SALARIÉ

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	100 % BR
Dépassements d'honoraires – signataires CAS ⁽²⁾	155 % BR
Dépassements d'honoraires – non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS/bénéficiaire
Chambre particulière	25 €/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⁾	100 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Fournitures médicales et pansements	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	
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 et inter de bridges Couronnes sur implant Prothèses dentaires amovibles Réparations sur prothèses Inlays-cores	210 % BR + 400 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	125 % BR
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	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 à 150 €/an/bénéficiaire (remboursement MSA)
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	70 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	40 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention ⁽⁴⁾	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>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.</p> <p>(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.</p> <p>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.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année.</p>	

NOTES RELATIVES À L'ANNEXE I					
code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère Cylindre		Base
Verres simples					
2203240	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de – 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	102 €
2287916	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de – 6 à + 6		]2-4]		
			]4-6]		
2280660	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	]6-10]	0	109 €
2282793	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de – 6,25 à – 10				
2265330	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de – 6,25 à – 10				
2235776	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -10 à + 10	7,62 €	>10	0	122 €
2295896	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de – 10 à + 10				
2259966	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de – 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	]0-4]	107 €
2226412	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de – 6 à + 6		]2-4]		
			]4-6]		
2284527	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère H Z. de – 6 à + 6	6,86 €	]6-20]	]0-4]	119 €
2254868	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de – 6 à + 6				
2212976	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de – 6 à + 6	6,25 €	]0-6]	]4-6]	117 €
2252668	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de – 6 à + 6				
2288519	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère H Z de – 6 à + 6	9,45 €	]6-20]	]4-6]	130 €
2299523	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de – 6 à + 6				

NOTES RELATIVES À L'ANNEXE I					
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de - 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	121 €
2291183	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de - 4 à + 4		]2-4]		
2245384	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de - 4 à + 4	10,82 €	]4-8]	0	135 €
2295198	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère FIZ de - 4 à + 4		]8-20]		
2227038	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de - 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	]0-6]	133 €
			]2-4]		
2299180	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de - 8 à + 8		]4-6]		
			]6-8]		
2202239	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère FIZ de - 8 à + 8	24,54 €	]8-20]	]0-6]	188 €
2252042	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère FIZ de - 8 à + 8				

Directeur de la publication : Yves Struillou
165160440-001116
Direction de l'information légale et administrative
ISSN en cours
