

Convention collective

**IDCC : 8252. – ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES
ET RURAUX
(Basse-Normandie)
(19 décembre 1989)**

(Etendue par arrêté du 13 août 1990,
Journal officiel du 30 août 1990)

AVENANT N° 63 DU 15 JANVIER 2016

NOR : AGRS1697271M
IDCC : 8252

Entre :

Fédération régionale des entrepreneurs des territoires

D'une part, et

FGA CFDT de Basse-Normandie

CFTC-Agri de Basse-Normandie

FGTA FO

USRAF CGT de Normandie

SNCEA CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Suite à la signature de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l'accord national et aux évolutions législatives relatives à la protection sociale complémentaire, les parties de la présente convention collective ont décidé :

- d'une part de supprimer toute référence à l'organisme assureur désigné en matière de garanties de prévoyance et de santé suite à la censure des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel : les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective disposent de la liberté de choix de leur organisme assureur pour couvrir les risques définis au sein de la convention collective ;
- de mettre en conformité la couverture frais de santé avec les dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 qui redéfinissent le cadre des contrats dits « responsables » et modifient les expressions des garanties des contrats frais de santé.

Les exigences dudit décret relativement au contenu des contrats sont : la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, des planchers et plafonds pour les frais d'optique, le plafon-

nement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS). Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé.

Article 1^{er}

Dans l'article 27 « Régime de prévoyance des salariés non cadres » de la convention collective du 19 décembre 1989, les articles suivants sont modifiés :

1. Dans l'article I « Garantie incapacité de travail », l'alinéa C est supprimé.
2. Dans l'article II « Garantie invalidité », les 2 derniers paragraphes sont modifiés ainsi :

« Les pensions d'invalidité en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime ou résultant d'un arrêt de travail antérieur à cette même date, continuent à être supportées par l'organisme antérieurement désigné. En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

Les revalorisations de cette prestation sont effectuées par décision de l'organisme assureur choisi par l'entreprise. »

3. Dans l'article III « Garantie décès », le premier paragraphe est supprimé.

Le deuxième paragraphe relatif au 1 « Capital décès » est modifié ainsi :

« Le capital est versé en priorité au conjoint survivant non séparé de corps à moins que le salarié ait fixé et notifié à l'organisme assureur une répartition entre son conjoint et ses descendants, cette répartition ne pouvant réduire la part du conjoint à moins de 50 % du capital. »

4. Dans l'article III « Garantie décès », l'alinéa 2 « Rente éducation », est modifié ainsi :

« En cas de décès du salarié justifiant de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chaque enfant à sa charge au moment du décès, perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :

- 50 points s'il a moins de 11 ans ;
- 75 points s'il a au moins 11 ans et moins de 18 ans ;
- 100 points s'il a au moins 18 ans et moins de 26 ans.

Pour les orphelins de plus de 18 ans, le droit à la rente est soumis à la justification de la poursuite de la scolarité. »

5. L'article IV « Dispositions communes » est réécrit ainsi :

« 1. Cotisations

Les cotisations correspondant à la mensualisation (maintien de salaire) et à l'assurance sociale des charges sociales patronales sont à la charge exclusive de l'employeur. L'invalidité hors mensualisation est à la charge exclusive des salariés.

La répartition des cotisations prévoyance (invalidité et décès) est la suivante :

- 50 % employeur ;
- 50 % salarié.

2. Suspension du contrat de travail.

2. le titre « Organisme assureur » est supprimé et le 5 « Suspension du contrat de travail » devient 2.

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par la présente convention collective sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur. »

Article 2

L'article 27 *bis* « Frais de santé pour les salariés non cadres (avenant n° 40 du 4 décembre 2008) » est réécrit ainsi :

« I. – Entreprises concernées

Sont concernées par le présent avenant les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention.

II. – Bénéficiaires

II.1. – Définition des salariés bénéficiaires

Les dispositions de la présente convention collective 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 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application défini plus haut.

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 les dispositions de la présente convention collective ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant 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.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent avenant, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois qui suivent leur cessation d'activité.

II.2. – Définition des ayants droit

Chaque salarié bénéficiaire de la garantie peut demander l'extension de son régime frais de santé au profit de ses ayants droit.

Les ayants droit au sens de la présente convention collective sont définis comme suit :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d’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 “viables” 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.

III. – Cas de dispense

Par exception aux dispositions ci-dessus et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l’article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d’affiliation 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’affiliation concernera les salariés qui relèvent de l’une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l’employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au système de garanties les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l’ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l’embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu’ayants droit d’une couverture collective relevant de l’un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d’affiliation), 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’affiliation 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) ;
- les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un d'eux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.

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

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

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de la dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur.

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

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Salariés multi-employeurs

Dans le cas d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application de la présente convention collective, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives de la présente convention collective, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

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

IV. – Les prestations. – Contrat solidaire et responsable

Le présent régime est conforme aux exigences des contrats dits “solidaires” et “responsables”, notamment celles posées par l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d’assurance maladie complémentaire bénéficiant d’aides fiscales et sociales et de sa circulaire d’application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

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

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 %	100 %
Dépassement d’honoraires			
Médecins adhérents au contrat d’accès aux soins (CAS)		200 %	200 %
Dépassement d’honoraires			
Médecins non adhérents au contrat d’accès aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d’autorité)		100 %	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	De 60 % à 100 % BR	0 à 40 %	100 %
Radiologie ⁽¹⁾ , électroradiographie ⁽¹⁾ , imagerie médicale ⁽¹⁾ et ostéodensitométrie ⁽¹⁾	70 % BR	30 %	100 %
Actes de prévention ⁽²⁾	De 35 à 70 % BR	De 30 à 65 %	100 %
Autres actes techniques ⁽¹⁾	70 % BR	30 %	100 %
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie	–	23 €/consultation limité à 4/an/famille	23 €/consultation limité à 4/an/famille
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu “majeur ou important”	65 % BR	35 %	100 %
Médicaments à service médical rendu “modéré”	30 % BR	70 %	100 %
Médicaments à service médical rendu “faible”	15 % BR	85 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	–	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Vaccins non remboursés par le régime de base	–	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Hospitalisation (y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	400 % (200 % en maternité)	400 % (200 % en maternité)
Dépassement d'honoraires : Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	–	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	–	FR	FR
Chambre particulière (par jour/an/bénéficiaire)	–	78 €/jour limité à 60 jours puis 25 €/jour et 52 €/jour pour la maternité sans limitation	78 €/jour limité à 60 jours puis 25 €/jour et 52 €/jour pour la maternité sans limitation
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	–	52 €/jour limité à 30 jours	52 €/jour limité à 30 jours
Maternité ⁽³⁾	–	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Optique			
Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			
Equipe ment : verres unifocaux ⁽⁴⁾ + monture	60 % BR	330 €	330 €
Equipe ment : verres mixtes ⁽⁴⁾ + monture	60 % BR	410 €	410 €
Equipe ment : verres multifocaux ⁽⁴⁾ + monture	60 % BR	500 €	500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % + forfait de 175 €/an	100 % + 175 €/an
Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Forfait de 175 €/an	Forfait de 175 €/an
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 %	100 %
Honoraires	70 % BR	30 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	340 % + 300 €/an/ bénéficiaire	410 % + 300 €/an/ bénéficiaire
Inlays Onlays-Inlay cores	70 % BR	100 %	170 %
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	250 % ou 280 %	350 %
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	–	200 €/an	200 €/an
Parodontologie	–	100 €/an	100 €/an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 ou 100 %	400 ou 405 %	465 ou 500 %

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Prothèses auditives remboursées par le régime de base (hors entretien)	60 % BR	395 % + crédit 350 €/oreille (1 équipement tous les 3 ans)	455 % + crédit 350 €/oreille (1 équipement tous les 3 ans)
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65 ou 70 % BR	30 à 35 %	100 %
Forfait thermal complémentaire	Frais balnéaires acceptés	150 €/an	150 €/an
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 %	FR	FR
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	–	FR	FR
<p>(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux ;</p> <p>(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge) ;</p> <p>(3) Dans la limite des frais réellement engagés ;</p> <p>(4) Verres unifocaux :</p> <p>– Verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries.</p> <p>– Verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.</p> <p>Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.</p> <p>Verres multifocaux :</p> <p>– Verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries).</p> <p>(5) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique.</p>			

V. – Suspension du contrat de travail

V.1. – 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 3 premiers mois de la suspension du contrat (à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail) sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

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

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

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

V.2. – 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.

VI. – Portabilité “loi Evin”

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 de la présente convention collective, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article VII.2 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.

VII. – Portabilité gratuite

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

VII.1. – Durée et limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la

durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé prévu par la présente convention collective aient été ouverts chez le dernier employeur.

VII.2. – Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie. Toutefois, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités, au titre de l'arrêt de travail, d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au cours de la même période.

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

VII.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 présent article 7, 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.

VIII. – 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.

IX. – 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 de la présente convention collective, 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 3

Durée. – Dénonciation

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation conformément aux dispositions légales.

Article 4

Date d'effet et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet au 1^{er} jour du trimestre suivant la date de parution de l'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} juillet 2016.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région Basse-Normandie du 19 décembre 1989.

Fait à Caen, le 15 janvier 2016.

(Suivent les signatures.)