

Convention collective régionale

**IDCC : 8113. – EXPLOITATIONS DE MARAÎCHAGE, ARBORICULTURE,
HORTICULTURE, PÉPINIÈRES ET CRESSICULTURE
(Ile-de-France)**

(8 septembre 2006)

(Étendue par arrêté du 10 janvier 2007,
Journal officiel du 4 février 2007)

AVENANT N° 11 DU 22 JANVIER 2018

À L'ACCORD DU 30 JANVIER 2008

RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES SALARIÉS NON CADRES

NOR : AGRS1897131M

IDCC : 8113

Entre :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA d'Île-de-France,

D'une part, et

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes
FGTA FO ;

Fédération CFTC de l'Agriculture CFTC-Agri ;

Syndicat francilien de la production agricole et de l'hippisme SFPAH CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet une mise en conformité de l'accord collectif de prévoyance du 30 janvier 2008 des salariés non cadres des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture et de pépinières et de cressiculture de la région Île-de-France,

- avec les avenants n° 4 et n° 5 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ;
- et avec les nouvelles dispositions du contrat responsable.

Il s'agit ainsi :

- 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 du présent accord disposent de la liberté de choix de leur organisme assureur pour couvrir les risques définis au sein de l'accord ;
- d'intégrer le principe de solidarité ;

- 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 plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Article 1^{er}

En conséquence, l'accord collectif de prévoyance du 30 janvier 2008 est réécrit dans sa totalité comme suit :

« Article 1^{er} »

Champ d'application

Le présent accord concerne les salariés non ressortissants de la CCN AGIRC de 1947 qui relèvent de la convention collective des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture, de pépinières et de cressiculture du 8 septembre 2006 (départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95).

Article 2

Incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité de travail temporaire dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières légales, le salarié bénéficie d'une indemnité complémentaire versée par l'organisme assureur de sorte que l'indemnisation globale [indemnité légale plus indemnité complémentaire] soit égale à 90 % du salaire brut pendant 90 jours.

Au-delà de 90 jours, l'organisme assureur verse au salarié une indemnité complémentaire égale à 25 % du salaire brut tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

La rémunération brute prise en compte pour le calcul de l'indemnité journalière correspond au 360^e des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

Les conditions de versement des indemnités journalières complémentaires sont les suivantes :

- le salarié devra justifier de 6 mois continus dans une entreprise appartenant à un secteur d'activité relevant du présent accord ;
- le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de carence de 7 jours en cas d'accident et de maladie de la vie privée et, sans délai de carence, en cas d'arrêt consécutif à un accident de travail, de trajet, ou de maladie professionnelle ;
- l'indemnisation prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une indemnisation nette supérieure à sa rémunération nette d'activité.

En cas de rupture du contrat de travail, avant la fin de la période d'indemnisation, les garanties sont maintenues.

Article 3

Incapacité permanente de travail

Pour bénéficier de cette garantie le salarié devra justifier de 6 mois d'ancienneté dans une entreprise appartenant à un secteur d'activité relevant du présent accord.

En cas d'attribution d'une rente accident de travail pour un taux d'incapacité au moins égal aux 2/3, ou d'une pension d'invalidité des assurances sociales agricoles de catégorie 1, 2 ou 3, l'organisme assureur verse au salarié une pension complémentaire mensuelle égale à 25 % de son salaire brut, et ce jusqu'à son départ à la retraite.

Le salaire mensuel brut de référence est égal à 1/12 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel brut calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci à moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Les prestations allouées par l'organisme assureur au salarié ne peuvent avoir pour effet de porter le total des indemnités nettes à une somme supérieure à la rémunération nette perçue au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Les pensions complémentaires incapacité permanente de travail 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 assureur précédent. 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.

Article 4

Revalorisation des prestations

À la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail temporaire et permanente est examinée par l'organisme assureur choisi par l'entreprise, lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Article 5

Décès

Pour bénéficier de cette garantie le salarié devra justifier de 6 mois d'ancienneté dans une entreprise appartenant à un secteur d'activité relevant du présent accord.

Cette couverture décès comprend trois prestations :

- un capital décès ;
- une rente annuelle d'éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

Pour le bénéfice de la majoration du capital décès et de la rente éducation, sont considérés comme :
"Enfants" :

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès.

A. – Le capital décès

En cas de décès du salarié, un capital décès d'un montant égal à 100 % de son salaire annuel brut, majoré de 25 % par enfant à charge, est versé par l'organisme assureur à la demande du ou des bénéficiaires.

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.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé aux descendants.

En l'absence de ces bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- aux héritiers.

Le cocontractant d'un Pacs est assimilé au conjoint non séparé de corps.

Le salaire pris en compte correspond aux 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu de décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail.

En cas de décès intervenant avant 12 mois d'ancienneté, le capital est calculé sur la base du salaire moyen mensuel du salarié multiplié par 12.

En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié, constatée par le régime de base de la mutualité sociale agricole (3^e catégorie), lui interdisant toute activité rémunérée et l'obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, le capital décès peut lui être versé, sur sa demande, de façon anticipée en 24 mensualités.

B. – La rente d'éducation

En cas de décès du salarié, chaque enfant à charge au moment du décès, perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :

- 3 % du PASS pour un enfant de 0 à 10 ans ;
- 4,5 % du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans ;
- 6 % du PASS pour un enfant de 18 à 26 ans (si poursuite d'études).

PASS = Plafond annuel de la sécurité sociale (39 732 € en 2018).

C. – L'indemnité frais d'obsèques

En cas de décès de son conjoint non séparé de corps, de son concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune, de son cocontractant d'un pacte civil de solidarité ou d'un enfant à charge, le salarié perçoit, sur sa demande déposée dans les 6 mois suivant le décès et à la condition qu'il ait lui-même réglé les frais d'obsèques, une indemnité frais d'obsèques d'un montant égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

Le montant du plafond mensuel de sécurité sociale en 2018 est égal à 3 311 €.

D. – Risques exclus par la garantie décès

La garantie décès couvre tous les risques décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

Article 6

Assurance des charges sociales

L'assurance des charges sociales vise à couvrir les charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité de travail du salarié.

Cette assurance est financée par une cotisation uniquement à la charge de l'entreprise.

En cas de versement d'indemnités journalières complémentaires au salarié, l'organisme assureur, se substituant à l'entreprise, assure le paiement des charges sociales patronales dues sur ces indemnités directement auprès du régime de base de la mutualité sociale agricole.

Article 7

Complémentaire frais de santé

A. – Bénéficiaires

Salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés sans condition d'ancienneté dans une même entreprise ou exploitation agricole entrant dans le champ d'application tel que défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Ayants droit (couverts à titre facultatif)

Les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

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

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

Les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de

l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;

- les enfants du bénéficiaire nés “viabiles” moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

B. – Prestations santé

Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article A du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

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.

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-CO).

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

GARANTIES ACCORD cultures spécialisées IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽⁵⁾		220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽⁵⁾	–	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	–	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours/an) ⁽¹⁾	–	60 €/jour	60 €/jour
Crédit supplémentaire maternité	–	1/3 du PMSS	1/3 DU PMSS
Frais médicaux			
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR

GARANTIES ACCORD cultures spécialisées IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽⁵⁾	–	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽⁵⁾	–	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques ⁽²⁾	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, Gros et petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille
Pharmacie			
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 35 % BR	De 85 à 65 % BR	100 % BR
Optique			
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Verres, monture, lentilles prise en charge acceptée	60 % BR	315 €	60 % BR + 315 €
Lentilles non jetables prise en charge refusée	–	Crédit de 200 €/an/ bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/ bénéficiaire
Dentaire			
Honoraires	70 % BR	30 % BR + FR ⁽³⁾	100 % BR + FR ⁽³⁾
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 €/an/ bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	–	Crédit de 215 €/an/ bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/ bénéficiaire
Inlays et Onlays (accepté par le régime de base)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	–	Crédit de 400 €/an/ bénéficiaire	Crédit de 400 €/an/ bénéficiaire
Polyvalents			
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Cures thermales acceptées :			
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait "acte lourd" ⁽⁴⁾	–	100 % du forfait	100 % du forfait

GARANTIES ACCORD cultures spécialisées IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
BR : base de remboursement. FR : Frais réels. (1) Les frais d'accompagnant sont pris en charge pour l'accompagnement des enfants à charge. Ces frais ne concernent que l'hébergement et les repas de l'accompagnant facturés par l'établissement. (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 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (3) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % de la BR secteur conventionné. (4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2017). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont de coefficient est supérieur à 60). (5) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co).			

C. – Cas de dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 7 A du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale ⁽¹⁾ 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 à la garantie 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 bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas par ailleurs d'une couverture ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année ;
- dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit

(1) Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu'il a été modifié, en dernier, lieu par décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la circulaire N°DSS.SD5B.2013.344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre circulaire questions/réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015.

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’État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’État 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.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d’application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l’organisme assureur. Il s’agira de l’employeur chez lequel le salarié bénéficie en premier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d’exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le premier jour du mois civil suivant.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d’affiliation, il doit en informer l’employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l’assurance complémentaire santé à compter du premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié, ni par l’employeur.

D. – Maintien des garanties

Les garanties santé cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié.

À l’issue de la cessation des garanties ou d’une période de maintien au titre de la portabilité, déclaré à l’organisme assureur, peuvent continuer à bénéficier de cette couverture à titre individuel et moyennant un tarif global majoré dans les limites fixées par la réglementation, sans condition de durée :

Les anciens salariés bénéficiaires, à condition d’en faire la demande dans les 6 mois de la rupture du contrat de travail :

- d’une rente incapacité de travail ou d’invalidité ;
- d’une pension de retraite ;
- s’ils sont privés d’emploi, d’un revenu de remplacement ;
- les ayants droit de l’assuré décédé, à condition d’en faire la demande dans les 6 mois du décès.

Article 8

Suspension du contrat de travail

1. Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à une maladie ou à un accident :

En cas de suspension du contrat de travail pour l'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, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période et pendant la période de suspension restant à courir, il peut demander à l'organisme assureur à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en s'acquittant directement de la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

2. Suspension du contrat pour motif de maladie, accident (toutes origines) ou maternité :

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 le présent accord en cas de décès et incapacité permanente professionnelle et la garantie complémentaire santé 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, et la cotisation forfaitaire santé est due intégralement.

Article 9

Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe du présent avenant pour information.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié, auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

Article 10

Assiette et répartition des cotisations

A. – Régime de prévoyance :

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).

Les cotisations correspondant aux obligations légales liées à la mensualisation prévue par les articles L. 1226-1 et D. 1226-2 du code du travail (maintien de salaire), à l'assurance des charges sociales patronales et au décès sont à la charge exclusive de l'employeur.

Les cotisations incapacité temporaire de travail hors mensualisation sont à la charge exclusive des salariés.

La répartition des cotisations de la garantie incapacité permanente de travail est la suivante :

- 75,61 % employeur ;
- 24,39 % salarié.

B. – Complémentaire frais de santé :

Pour la garantie complémentaire frais de santé, les cotisations sont dues par les salariés définis à l'article 7 (hors les cas de dispenses évoqués audit article 7) dès le jour de leur embauche.

Les prestations santé prenant effet dès le jour de leur embauche.

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties obligatoires frais de santé définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 62,06 % minimum à la charge de l'employeur ; (la part employeur étant fixée à 22 € toutes charges comprises) ;
- 37,94 % maximum à la charge du salarié.

Les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice de leur garantie à leur conjoint et/ou leurs enfants à charge à titre facultatif, en complétant un bulletin d'affiliation.

Article 11

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, selon les mêmes modalités que l'accord national du 10 juin 2008.

Article 12

Commission paritaire de suivi

Chacune des organisations représentatives des employeurs et des salariés désigne un représentant pour siéger au sein de la commission paritaire suivi du présent accord.

Elle se réunira une fois par an en vue d'examiner les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord.

Elle définit ses modalités de fonctionnement (envoi des convocations et secrétariat des réunions).

Article 13

Durée – Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut faire l'objet d'une révision ou dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent accord. »

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2019.

Article 3

Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 22 janvier 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Dispositions légales sur la portabilité *(art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)*

« Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé et le régime de prévoyance, 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 :

1. – 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 du 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 le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

2. – Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

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

4. – Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

5. – L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

6. – L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail. »