

CartoAgri, accord de branche

Prévoyance (accord national du 10 juin 2008)

Texte consolidé et accords nationaux en vigueur

Texte	Accord national du 10 juin 2008 relatif à la protection sociale complémentaire en agriculture et à la création d'un régime de prévoyance
État	En vigueur, étendu
Textes en vigueur	8 dont 0 territoriaux
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052061863

Version consolidée au 28 octobre 2026. Document de travail établi automatiquement par DIS21 (CartoAgri) à partir de la base officielle KALI de la DILA, mise à jour du 22 octobre 2026, sous licence ouverte : les articles en vigueur à cette date y sont reproduits dans l'ordre du texte. Seul le texte publié au Bulletin officiel et sur Légifrance fait foi ; ce document ne constitue pas un conseil juridique. Carte et mises à jour : <https://www.cartoagri.fr/>

Sommaire

Texte de base consolidé

Accords et avenants nationaux en vigueur 7 textes

Accord national du 10 juin 2008 relatif à la protection sociale complémentaire en agriculture et à la création d'un régime de prévoyance

10 juin 2008, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#)

La réalité du dialogue social en agriculture n'est plus à démontrer et a su faire preuve d'innovation en créant des dispositifs originaux et même parfois précurseurs. Dans cette continuité, les partenaires sociaux agricoles ont décidé de conduire une réflexion sur la problématique de la protection sociale complémentaire dans un cadre national, réflexion intégrant les particularités agricoles, le contexte économique et la volonté d'apporter un élément d'attractivité supplémentaire.

Les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés ont pris en compte les différents niveaux de dialogue social existant dans les secteurs de la production agricole, la structuration de ces secteurs composés très majoritairement de petites entreprises, et la volonté d'offrir aux salariés la possibilité d'accéder à des prestations sociales complémentaires à celles versées par le régime obligatoire de la mutualité sociale agricole dans les meilleures conditions fiscales et sociales.

Les partenaires sociaux ont souhaité permettre à tous les salariés de la production agricole de bénéficier d'un niveau minimal de protection sociale complémentaire, harmonisé sur l'ensemble du territoire, tout en reconnaissant le dialogue social de branche départemental, régional ou national et tout en garantissant la possibilité de maintenir ces différents niveaux de dialogue.

Les organisations signataires ont décidé de mettre en place un régime de prévoyance assurant un minimum de prestations en matière de garantie décès, incapacité temporaire et permanente, et également en matière d'assurance complémentaire frais de santé. Il peut être dérogé à ce régime de prévoyance national par un accord collectif étendu de branche ou conventionnel offrant un régime supérieur et dans les conditions définies dans le présent accord.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (DROM-COM), aux salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 (ci-après dénommés " les salariés ") visés aux articles 4.1 et 5.1 du présent avenant au titre respectivement des garanties collectives frais de santé et prévoyance, aux coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi qu'aux exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions, ci-après, de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime :

- 1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) ;
- 2° (à l'exception des entreprises du paysage) ;
- 3° (à l'exception des exploitations et scieries agricoles) et ;
- 4° (à l'exception des établissements de conchyliculture).

Sous réserve des dispositions de l'article 4.4 du présent accord, les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés " les employeurs ") appliquent a minima le socle de garanties collectives frais de santé et prévoyance instituées par ledit accord.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables que ledit accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé et prévoyance ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté, franchise ...) ;
- de financement minimum de l'employeur ;
- de financement au titre du fonds de solidarité à hauteur de 1 % minimum.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé et ou de prévoyance ; elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au

titre de l'accord précité.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé et prévoyance défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

(1) L'article 1er est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2222-1 du code du travail lesquelles accordent un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur dudit accord aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs habilitées à négocier dans les collectivités de Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon pour conclure des accords dans le même champ si elles le souhaitent et prévoient que les accords collectifs nationaux ne peuvent s'appliquer à Wallis-et-Futuna et à la Polynésie française dans lesquelles s'applique le régime de spécialité législative.

(Arrêté du 5 novembre 2025 - art. 1)

(2) L'article 1er est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail relatif à la hiérarchie des normes conventionnelles en application duquel l'accord de branche prévaut sur l'accord d'entreprise sauf lorsque ce dernier assure des garanties au moins équivalentes.

(Arrêté du 5 novembre 2025 - art. 1)

Article 2 Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

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

Article 3 Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 4 Dispositif frais de santé

Article 4.1 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent avenant, au titre des garanties santé, s'appliquent à tous les salariés visés au champ d'application et ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif santé :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise, cadres relevant de la convention collective du 2 avril

1952 et du régime Agirc-Arrco, 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 l'accord précité ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'accord.

Parallèlement :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui de l'accord ;
- l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole,

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

Article 4.2 Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou à l'entreprise agricoles est institué ou modifié par l'un des actes juridiques mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (notamment les accords collectifs d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord) met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié, les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire (1) 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.

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 4.1 du présent accord.

Article 4.3 Cas de dispenses d'adhésion au dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale (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'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant 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 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 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 l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - , dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - , régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

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

(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.

Article 4.4 Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Toutes 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 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

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

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

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

- d'un niveau minimum obligatoire de garanties dénommé "socle national minimum obligatoire" ;
- de niveaux de garanties supérieurs au précédent, sous la forme de trois options facultatives dénommées "options nationales facultatives".

Cette structuration des niveaux de garanties a pour objectif d'organiser sur l'ensemble du territoire national une harmonisation des différentes couvertures frais de santé des salariés, compte tenu des négociations collectives en agriculture et des accords collectifs applicables en conséquence. Elle permettra également d'anticiper la diversité des besoins des salariés, tant sur le plan du montant des remboursements de leurs frais médicaux que de la variété des garanties qui leur sera proposée.

Ainsi, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ainsi que les employeurs auront la possibilité de mettre en place, s'ils le souhaitent, à titre obligatoire l'une des garanties optionnelles facultatives du présent dispositif frais de santé, permettant ainsi d'améliorer les prestations des garanties collectives du socle minimum obligatoire applicables aux salariés.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles des secteurs d'activité définis à l'article L. 722-1,3°, du code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts) et des entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin pourront mettre en place, par la conclusion d'accords collectifs, des options différentes de celles prévues au présent article.

En tout état de cause, la couverture frais de santé dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties du "socle national minimum obligatoire", conformément aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er (b) .

La nature et le montant des prestations de la couverture socle et optionnelle sont détaillés dans les tableaux en annexe I du présent accord.

(a) Au cinquième alinéa de l'article 4.4, en remplacement des mots « (régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires), lire les mots « (régime de base de la sécurité sociale et régime local d'Alsace-Moselle et garanties complémentaires) ».

Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

(b) Au douzième alinéa de l'article 4.4, en remplacement des mots « aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er. », lire les mots « aux modalités décrites aux alinéas 11 et 12 de l'article 1er. »

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

Article 4.5 Contrat solidaire et responsable

Le présent régime s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits " responsables ", institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

En cas de modifications législatives et/ ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

À ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Article 4.6 Bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-1,5°, du code de la sécurité sociale et du 6° du I-A de l'article 1er de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord ainsi que la cotisation qui la finance, des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du code rural et de la

pêche maritime, sont adaptées compte tenu du niveau des garanties assuré par ce régime local.

Article 4.7 Portabilité loi Evin (frais de santé)

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 bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 6.5 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 1er 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. (a)

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.

(a) Le quatrième alinéa de l'article 4.7 est étendu sous réserve des dispositions de l'article 1er du décret du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

Article 4.8 Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur ...).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par

l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

A défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, le montant de référence lié au versement santé ne peut être inférieur au seuil fixé annuellement par arrêté.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS.

Article 5 Dispositif prévoyance

Article 5.1 Bénéficiaires

Les dispositions du présent avenant, au titre des garanties prévoyance, s'appliquent à tous les salariés visés au champ d'application et ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, ayant au moins 6 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 prévoyance :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

Article 5.2 Définition des ayants droit

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

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire (1) 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 "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.

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 5.1 du présent accord.

Article 5.3 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 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 5.4 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. 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 4 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 selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur, intervenu entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité, temporaire ou permanente, professionnelle), l'invalidité et 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 selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur intervenu entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité.

Article 5.5 Niveau des garanties du dispositif prévoyance

Le « socle national minimum obligatoire » de la couverture prévoyance, au titre du présent accord, comporte les garanties décrites aux articles 5.5 ci-après.

Toutefois, dans l'objectif d'apporter aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs des différents secteurs agricoles au niveau territorial considéré les outils leur permettant de renégocier leur accord en prévoyance, des options au socle national minimum obligatoire ont été déterminées nationalement. Ces options ne constituent nullement un droit à adhésion facultative aux salariés mais permettront aux acteurs du dialogue social (ou aux employeurs) de constituer leur système de garanties collectives obligatoires, s'ils décident de l'établir à un niveau supérieur au socle national.

En tout état de cause, la couverture prévoyance dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties du "socle national minimum obligatoire", conformément aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er (a) .

La nature et le montant des prestations sont récapitulés dans le tableau en annexe II du présent accord pour le socle national minimum obligatoire et celui en annexe III pour les options nationales.

Par ailleurs, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles des secteurs d'activité définis à l'article L. 722-1,3°, du code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts) et des entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin pourront mettre en place, par la conclusion

d'accords collectifs, des options différentes de celles prévues en annexe III.

5.5.1 Garanties en cas de décès

En cas de décès toutes causes ou accidentel du salarié, il est versé un capital, dont le montant est égal à 100 % du salaire annuel de référence, au (x) bénéficiaire (s) qu'il a désigné (s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaires, à ses ayants droit ou, à défaut, à ses héritiers conformément à la législation et à la réglementation applicables.

Par ailleurs, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) (1), le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

5.5.2 Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT)

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par la sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elles sont égales à 15 % du salaire journalier de référence.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la sécurité sociale, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation prévues en application des dispositions légales ou conventionnelles (si ces dernières sont plus favorables que les obligations légales) relatives à la mensualisation. La mensualisation légale est applicable au titre des dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail (2).

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du 1er jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 8e jour d'arrêt de travail, dans tous les autres cas.

Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

- à compter du 61e jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 71e jour d'absence, dans tous les autres cas.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur est maintenue tant que les indemnités journalières sont servies par la sécurité sociale. Elle cesse à la date du décès du salarié et, au plus tard, au 1 095e jour d'arrêt de travail.

5.5.3 Garanties en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP)

La prestation susceptible d'être servie pour une incapacité permanente de travail est une rente mensuelle versée en complément des prestations versées par la sécurité sociale, au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles. Elle est égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

L'attribution de la rente complémentaire est conditionnée au versement par la sécurité sociale d'une rente accident du travail pour incapacité permanente d'origine professionnelle, entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. L'attribution de la rente complémentaire cesse si le taux d'incapacité devient inférieur à 66,66 %.

La prestation IPP est servie tant que la rente d'incapacité de la sécurité sociale est versée au salarié. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base et, au plus tard, à la date à laquelle il peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein.

5.5.4 Garanties en cas d'invalidité de 2e ou 3e catégorie

Les salariés bénéficient d'une pension d'invalidité de 2e ou 3e catégorie (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée), en complément de celle versée par la sécurité sociale (telle que définie aux articles L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale), égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

Le versement de la prestation cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base.

(1) La perte totale et irréversible d'autonomie est nommée aussi IAD (invalidité absolue et définitive). Cela correspond à une invalidité de 3e catégorie de la sécurité sociale ou à une incapacité permanente professionnelle consécutive à un AT/ MP au taux de 66,66 %.

(2) Conformément à l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la loi n° 88-1202 du 30 décembre 1988, modifié par la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008.

(a) Au troisième alinéa de l'article 5.5, en remplacement des mots « aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er. », lire les mots « aux modalités décrites aux alinéas 11 et 12 de l'article 1er. »

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

Article 5.6 Règle de cumul des prestations prévoyance

En aucun cas les prestations versées en application du présent accord ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la sécurité sociale et par tout autre organisme assureur, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel ou prestation de l'assurance chômage, permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Si tel était le cas, les prestations versées en application du présent accord seraient réduites à due concurrence du dépassement constaté.

Article 5.7 Exclusions des garanties prévoyance

Sont garantis en application du dispositif prévoyance du présent accord tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du dispositif prévoyance (incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité) ne disposent pas de clauses d'exclusion.

Article 5.8 Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, feront l'objet d'une revalorisation selon les modalités définies par l'organisme assureur.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif d'assurance, auprès duquel l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole a décidé de s'assurer, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 6.6 du présent accord, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite décès ...).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur.

Article 5.9 Reprise du passif des garanties prévoyance

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur par l'employeur, les prestations en cours de service à la date de ce changement continueront à être revalorisées selon les modalités prévues à l'article 5.8 ci-avant.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur devra organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 6 Dispositions communes au dispositif frais de santé et prévoyance

Article 6.1 Financement du dispositif frais de santé et prévoyance

6.1.1 Dispositif frais de santé

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

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

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou

s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du socle national minimum obligatoire, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du socle national minimum obligatoire (garanties supérieures, identiques ou non, aux options nationales facultatives stipulées au présent accord),

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

6.1.2 Dispositif prévoyance

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties collectives complémentaires prévoyance du socle national minimum obligatoire, définies par le présent accord, 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.

Par dérogation à ce qui précède, les salariés prennent à leur charge la totalité de la cotisation due au titre de la garantie invalidité de 2e et 3e catégorie de la sécurité sociale (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) mise en place en application du présent accord.

Par ailleurs, la part salariale susmentionnée au premier alinéa est affectée au financement exclusif de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) définie à l'article 5.5.2 du présent accord, en raison du principe selon lequel les indemnités journalières complémentaires versées au salarié directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur demeurent, en application des articles L. 136-2, I, L. 242-1 et R. 242-1 du code de la sécurité sociale, soumises aux cotisations de la sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS, au prorata du financement patronal (1) .

Pour rappel, l'employeur financera l'intégralité du coût du maintien de salaire prévu en application des dispositions légales (art. L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail) ou conventionnelles (si ces dernières sont plus favorables aux obligations légales).

En tout état de cause, si les options détaillées en annexe III du présent accord sont mises en place obligatoirement au sein notamment d'un accord collectif, la répartition du financement de ces garanties entre l'employeur et le salarié est laissée à la discrétion des signataires dudit accord ou de l'employeur.

(1) Conformément aux dispositions du n° 1.3 de la circulaire ACOSS 2007-30 du 8 février 2007.

Article 6.2 Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit.

Pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 4.3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 6.3 Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies aux articles 6.3.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxes de la couverture frais de santé et prévoyance 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.

6.3.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes.

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 € à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.3.2 et 6.3.3.

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

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

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

6.3.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé et prévoyance 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, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

6.3.4 Mutualisation du fonds de solidarité national

Il est institué un fonds au niveau national destiné à recueillir la cotisation visée à l'article 6.3. Les accords des secteurs de la production agricole ayant un champ professionnel et/ou territorial plus restreint que l'accord national (dénommés « accords locaux ») peuvent participer à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. Chaque année, les partenaires sociaux définissent les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche.

Article 6.5 Portabilité à titre gratuit (frais de santé et prévoyance)

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

6.5.1 Durée., Limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

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

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de la 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 et prévoyance prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

6.5.2 Garanties maintenues

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

6.5.3 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 6.5, 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 prolongée d'autant.

6.5.4 Cotisations

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

Article 6.6 Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution.

Ainsi, le principe est que les prestations de protection sociale complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat d'assurance de groupe ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure dudit contrat.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité, telle que définie dans le présent accord.

Article 6.7 Maintien de la couverture

Article 7 Clause de réexamen

Le régime de prévoyance mis en oeuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garantie que de financement et de choix des organismes assureurs.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date, dans l'hypothèse où les partenaires sociaux ne procéderaient pas à la désignation d'un nouvel organisme assureur.

En cas de changement d'organisme assureur, l'organisme concerné transférera au nouvel assureur les provisions mathématiques correspondant aux prestations en cours de service à la date de résiliation.

Ainsi, le nouvel assureur procédera au versement desdites prestations jusqu'à leur terme.

Les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, organiseront les modalités de la poursuite des revalorisations avec le nouvel organisme assureur et tous autres organismes pouvant assurer ce type de prestation.

(ancien article 9)

Article 8 Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en oeuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé qui définit entre les organismes assureurs désignés et les partenaires sociaux, notamment :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, les revalorisations instituées, les provisions constituées ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises et les salariés couverts.

Il est par ailleurs mis en place par les organisations professionnelles signataires un conseil paritaire de surveillance qui a pour mission de :

- faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments transmis par les différents organismes assureurs désignés dans l'accord à leur commission paritaire de suivi ;
- faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de prévoyance mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime transmis par les commissions paritaires de suivi ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Le conseil paritaire de surveillance est composé de 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord national et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FNSEA. La commission peut inviter des représentants des organismes assureurs et toutes personnes jugées utiles.

(ancien article 10)

Article 9 Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du préavis.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

(ancien article 11)

Annexes

Annexe 1

Tableau des garanties frais de santé

Les prestations du présent contrat 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 (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 54 à 57.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250041_0000_0012.pdf/BOCC

ANNEXE II

Socle national minimum obligatoire du dispositif prévoyance

		Socle national minimum obligatoire
Décès	Décès (toutes causes et accidentel)	
Capital décès	100 % du salaire annuel brut TA + TB (1)	
Arrêt de travail	Incapacité temporaire de travail (ITT)	
Prestation	15 % du salaire journalier brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Franchises	6 mois à 1 an d'ancienneté :	
- au 61e jour d'absence pour AT/ MP (2) (hors accident de trajet)		
- au 71e jour dans tous les autres cas		
1 an d'ancienneté :		
- en relais de la mensualisation (donc à compter de la fin de la 2e période d'indemnisation due au titre de la mensualisation, c'est-à-dire au 68e jour pour une ancienneté de 1 à 6 ans...)		
Lors d'un nouvel arrêt, si le salarié a épuisé ses droits au titre de la mensualisation :		
- dès le 1er jour d'absence pour AT/ MP (hors accident de trajet)		
- au 8e jour dans tous les autres cas		
Incapacité permanente professionnelle (IPP)		
Garantie si taux IPP >= 66,66 %	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Invalidité (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée)		
2e/ 3e catégorie de la sécurité sociale	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
(1) La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisation limitée au plafond de la sécurité sociale. Ce plafond est de 3 170 € pour 2015 (il est revalorisé chaque année). La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisation, déduction faite de la tranche A, et limitée à 3 plafonds de la sécurité sociale. (2) Accident du travail (AT) et maladie professionnelle (MP).		

Annexe III

Options nationales du dispositif prévoyance

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique BO Convention collective, **page 110.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20160049_0000_0019.pdf/ BOCC

Accords et avenants nationaux en vigueur

Avenant n° 1 du 6 janvier 2009 à l'accord du 10 juin 2008

6 janvier 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 6 janvier 2009 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-20](#)

Article 1 Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire à l'exception des départements d'outre-mer, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1,1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage), 3° (à l'exception de l'Office national des forêts) et 4° du code rural, ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Article 2 Compléments apportés à l'accord

Les partenaires sociaux signataires décident d'apporter les compléments suivants :

Article 7

Adhésion et antériorité

1. « Antériorité des régimes de prévoyance d'entreprises »

Après les termes « Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance » il est inséré :

« (au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) ».

2. Il est inséré un dernier paragraphe rédigé comme suit :

« Est considéré comme étant plus favorable l'accord départemental, interdépartemental, régional ou national de branche ou conventionnel au sens du présent article, qui prévoit :

- pour les garanties prévoyance :
- , l'amélioration d'une prestation ou l'octroi d'une nouvelle prestation pour au moins une des garanties prévoyance prévues par l'accord et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord ;
- , et/ ou amélioration des conditions d'accès et les prestations au moins équivalentes au contenu du présent accord ;
- , et/ ou amélioration de la clé de répartition et les prestations au moins équivalentes au contenu du présent accord,
- pour les frais de santé :
- , l'amélioration des conditions d'accès et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord ;
- , et/ ou amélioration de la clé de répartition et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord ;
- , et/ ou mise en place d'une couverture familiale obligatoire pour mêmes prestations et avec participation employeur ;
- , et/ ou mise en place d'une couverture enfant obligatoire pour mêmes prestations et avec participation employeur ;
- , et/ ou amélioration d'une des prestations et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord.

Le conseil paritaire de surveillance prévu dans l'accord national sera chargé de vérifier le caractère plus favorable des accords conventionnels signés. »

Article 2 Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application est régi comme suit :

- en ce qui concerne les garanties décès, incapacité temporaire du travail et incapacité permanente professionnelle, le salarié et tous les employeurs cotisent auprès des organismes concernés ;
- en ce qui concerne l'assurance complémentaire frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Les organisations syndicales signataires décident que cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Article 3 Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le lendemain du dépôt de l'accord.

Article 4 Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales. Son extension est demandée.

Avenant n° 2 du 26 juin 2009 à l'accord national du 10 juin 2008

26 juin 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 28 novembre 2009 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-38](#)

Article 1 Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire, à l'exception des départements d'outre-mer, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1,1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage), 3° (à l'exception de l'Office national des forêts) et 4° du code rural, ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Article 2 Modifications apportées à l'accord

Les partenaires sociaux signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les paragraphes ci-après concernant certains salariés à temps partiel sont modifiés.

Ainsi le 9e paragraphe :

« Les salariés à temps partiel ayant plus de 1 an d'ancienneté peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé, et donc de ne bénéficier que partiellement du régime de prévoyance nationale, dès lors que leur durée du travail inscrite au contrat de travail est inférieure à 80 heures par mois. »,
est remplacé par le paragraphe suivant :

- nouvelle rédaction : « Les salariés à temps partiel ou les apprentis ayant plus de 1 an d'ancienneté peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé, et donc de ne bénéficier que partiellement du régime de prévoyance nationale, dès lors que leur cotisation est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération. »

Le dernier paragraphe de l'article 3 :

« En cas d'avenant au contrat de travail portant la durée du travail du salarié à une durée supérieure à 80 heures par mois, le salarié à temps partiel devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant celui de l'entrée en vigueur de sa nouvelle durée du travail. »

est remplacé par le paragraphe suivant :

- nouvelle rédaction : « En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, ou de l'apprenti si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé. »

Article 4

Garanties

Garantie incapacité temporaire de travail

Le paragraphe ci-après est supprimé :

« Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaires à la charge de l'employeur, en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, bénéficiera des indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail après un délai de franchise (délai de carence) de 60 jours à compter du premier jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle - à l'exclusion des accidents de trajet - et, à compter du 70e jour d'absence dans tous les autres cas. »
Dans le paragraphe commençant par « Lors d'un nouvel arrêt de travail... », le versement de l'indemnité journalière sera versé à compter du 8e jour d'absence dans les cas autres que pour accident du travail ou maladie professionnelle au lieu du 11e jour d'absence.

- nouvelle rédaction du paragraphe : « Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a déjà bénéficié dans les 12 mois précédents du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière sera effectué à compter du premier jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle - à l'exclusion des accidents de trajet - et, à compter du 8e jour d'absence dans tous les autres cas. »

Article 8

Cotisations

2. Taux et répartition

Les 2 premiers paragraphes sont inchangés.

Compte tenu de l'évolution du plafond de la sécurité sociale pour 2009 et de l'évolution législative sur les taxes en matière de CMUC prise en compte par certains organismes assureurs dès 2009 les paragraphes sur les taux de cotisations sont modifiés.

Nouvelle rédaction : « Pour les employeurs ayant une activité définie à l'article L. 722-1,1° (à l'exception des rouisseurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° du code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1,2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Le taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire de frais de santé est :

- égal à 0,91 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 26,02 € par mois au 1er janvier 2009 ;
- réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs dans la limite d'un montant de 5 € par mois, et 85 % à la charge des salariés.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2009 et 2010 dans le cadre de la réglementation applicable au 1er janvier 2009.

Ils seront ensuite indexés en fonction de l'indice national de consommation médicale totale (moyenne sur les 3 dernières années) pour maintenir l'équilibre (avec pour objectif un rapport sinistres sur cotisations proche de 85 %), sauf si les résultats de cette assurance et l'évolution de la réglementation intervenant après avril 2009 ne justifient pas une telle indexation.

Pour les employeurs ayant une activité définie à l'article L. 722-1,3° (à l'exception de l'Office national des forêts), et pour les rouisseurs-teilleurs de lin.

Le taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire de frais de santé est :

- égal à 1,14 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 32,59 € par mois au 1er janvier 2009 ;
- réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs dans la limite d'un montant de 5 € par mois, et 85 % à la charge des salariés.

Les taux de cotisations ci-dessus seront maintenus jusqu'au 30 juin 2011 et suivront sur cette période, si les résultats techniques le nécessitent (rapport sinistres sur primes supérieur à 95 %), l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (sauf modifications législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations du régime obligatoire de l'assurance maladie).

Pour l'Alsace et la Moselle, les taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire de santé sont fixés à :

- 0,49 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour les entreprises définies à l'article L. 722-1,1° et 4°, les entreprises de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1,2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole ;
- 0,89 % pour les entreprises définies à l'article L. 722-1,3° (à l'exception de l'Office national des forêts), et pour les rouisseurs-teilleurs de lin ;
- avec les mêmes répartitions que ci-dessus. »

Article 3 Précision apportée à l'avenant n° 1 du 6 janvier 2009

Les dispositions suivantes (avenant n° 1 du 6 janvier 2009 - article 2 de l'article 2 « Compléments apportés à l'accord ») :

« Le cas particulier d'un salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application est régi comme suit :

- en ce qui concerne les garanties décès, incapacité temporaire du travail et incapacité permanente professionnelle, le salarié et tous les employeurs cotisent auprès des organismes concernés ;
- en ce qui concerne l'assurance complémentaire de frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Les organisations syndicales signataires décident que cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié. »

sont intégrées dans l'accord national du 10 juin 2008 comme dernier paragraphe de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sous l'intitulé « Cas particulier - salarié à employeurs multiples. »

Article 4 Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le lendemain de son extension.

Article 5 Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales. Son extension est demandée.

Avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord du 10 juin 2008 relatif à la prévoyance

9 juillet 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2014 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2013-39](#)

Préambule

Les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles, après examen des résultats du régime national de protection sociale complémentaire établis à partir des éléments d'information et de suivi demandés aux organismes assureurs, ont décidé de réviser certaines dispositions de l'accord.

Au vu des constats sur certaines difficultés de gestion, des résultats déficitaires du régime et afin de se conformer aux nouvelles dispositions législatives en prenant en compte d'ores et déjà certaines dispositions de la loi du 14 juin 2013, les organisations signataires conviennent des modifications ci-après.

L'entrée en vigueur de toutes les dispositions de la loi du 14 juin 2013 n'étant pas identique et les incidences de certaines d'entre elles nécessitant des études approfondies en termes de répercussions sur :

- le contenu de l'accord ;
- la construction du régime de protection sociale complémentaire ;
- la mutualisation ;
- les modalités de gestion ;
- les conditions tarifaires,

les organisations syndicales et professionnelles se réuniront avant la fin de l'année pour un examen de l'accord.

Article 1er Champ d'application du présent avenant

Le présent avenant est applicable sur l'ensemble du territoire à l'exception des départements d'outre-mer, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux 1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage), 3° (à l'exception de l'office national des forêts) et 4° (à l'exception de la conchyliculture) de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Article 2 Modifications apportées à l'accord

Les partenaires sociaux signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

L'article 3 est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissant à 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 ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif étendu dans les conditions fixées à l'article 7 ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

Les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévu au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des

prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé, et donc à ne bénéficier que partiellement du régime de prévoyance nationale :

- les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération ;
- les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

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 de 6 mois d'ancienneté. En cas d'exclusion, seule la cotisation pour les garanties décès incapacité temporaire et permanente professionnelle est due par l'employeur et par le salarié.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 mois et 12 mois d'ancienneté doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

• Cas particulier d'un salarié à employeurs multiples :

Le cas particulier d'un salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application est régi comme suit :

- en ce qui concerne les garanties décès, incapacité temporaire du travail et incapacité permanente professionnelle, le salarié et tous les employeurs cotisent auprès des organismes concernés ;
- en ce qui concerne l'assurance complémentaire frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés ; les organisations syndicales signataires décident que cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié. »

Les dispositions « Garantie décès » de l'article 4 sont modifiées comme suit :

« Garantie décès

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus, il est versé à ses ayants droit, concubins, titulaire d'un Pacs ou au (aux) bénéficiaire (s) qu'il a désigné (s), un capital décès égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès. En cas de décès avant 12 mois d'ancienneté, le capital décès est calculé sur la base du salaire moyen mensuel du salarié multiplié par 12 mois. »

Les dispositions « Garantie incapacité temporaire de travail » de l'article 4 sont modifiées comme suit :

« Garantie incapacité temporaire de travail

Sauf dispositions plus avantageuses pouvant bénéficier au salarié, après 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de la maladie ou d'accident, le salarié bénéficiera d'une indemnité journalière égale à 15 % du salaire journalier de référence versée pour chaque jour d'absence intervenant après le dernier jour d'absence ayant donné lieu à un complément de rémunération par l'employeur en application des dispositions conventionnelles sur la mensualisation ou en application de l'accord national du 10 décembre 1977 sur la mensualisation, étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la loi du 30 décembre 1988, et ce jusqu'à la reprise du travail et au plus tard jusqu'au 1 095e jour d'arrêt de travail.

Le versement de l'indemnité journalière intervient à condition pour le salarié :

- d'avoir justifié par certificat médical dans les 48 heures de cette incapacité ;
- d'être pris en charge par la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de l'Union européenne.

Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a déjà bénéficié dans les 12 mois précédents du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière sera effectué à compter du premier jour

d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du huitième jour d'absence dans tous les autres cas.

Les indemnités journalières définies ci-dessus s'ajoutent aux allocations que l'intéressé perçoit de la MSA.

En tout état de cause, les indemnités journalières dues au titre du présent accord cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

Le salaire journalier de référence est égal au salaire journalier calculé par la MSA.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaires à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficiera des indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail après un délai de franchise (délai de carence) de 60 jours à compter du premier jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du 70e jour d'absence dans tous les autres cas. »

Les dispositions « Garantie incapacité permanente professionnelle » de l'article 4 sont modifiées comme suit :

« Garantie incapacité permanente professionnelle

Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise ou plus bénéficie, en cas d'incapacité permanente de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une rente versée chaque mois égale à 10 % du salaire mensuel brut de référence.

Cette rente s'ajoute à celle versée par la mutualité sociale agricole.

Le versement de la rente débute dès le versement d'une rente accident du travail par la mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. La rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières qu'il percevait avant la décision de la MSA au titre de l'incapacité temporaire prévue dans le présent accord.

Le salaire mensuel brut de référence est égal au 12e 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 a moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise. »

Les paragraphes suivants des dispositions « Garantie incapacité permanente professionnelle » sont inchangés.

L'article 5 « Assurance complémentaire frais de santé » est modifié comme suit :

« Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus dans l'entreprise bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord. »

Tableau annexé sans changement.

Le 2 de l'article 8 « Cotisations » est modifié comme suit :

« 2. Taux de cotisations et répartition

Pour tous les employeurs et les salariés, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 0,45 %, pour les garanties décès, incapacité temporaire et permanente, réparti comme suit :

- 50 % à la charge des employeurs, soit 0,225 % ;
- 50 % à la charge des salariés, soit 0,225 %.

La couverture des prestations incapacité temporaire définies à l'article 4 est assurée par une cotisation fixée à 0,22 % et prise en charge intégralement par les salariés sur leur participation globale.

Pour les employeurs ayant une activité définie aux 1° (à l'exception des rouisseurs teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, ou une activité de travaux agricoles relevant du 2° (à l'exception des entreprises du paysage) du même article ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole, le taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire frais de santé est :

- égal à 1,12 % du plafond annuel de sécurité sociale, soit 34,56 € par mois au 1er janvier 2013 en fonction du plafond applicable en 2013 ;
- réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs, dans la limite d'un montant de 5,50 € par mois, et 85 % à la charge des salariés.

Pour les employeurs ayant une activité définie au 3° (à l'exception de l'Office national des forêts) de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime et pour les rouisseurs teilleurs de lin, le taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire frais de santé est :

- égal à 1,14 % du plafond annuel de sécurité sociale, soit 35,18 € par mois au 1er janvier 2013 en fonction du plafond

applicable en 2013 ;

- réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs, dans la limite d'un montant de 5,50 € par mois, et 85 % à la charge des salariés.

Pour l'Alsace et la Moselle, les taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire santé sont fixés à :

- 0,60 % du plafond annuel de sécurité sociale pour les entreprises définies aux 1° et 4° de l'article L. 722-1 précité, les entreprises de travaux agricoles relevant du 2° (à l'exception des entreprises du paysage) du même article, ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole ;

- 0,89 % pour les entreprises définies au 3° (à l'exception de l'Office national des forêts) du même article et pour les rouisseurs tailleurs de lin ;

- avec les mêmes répartitions que ci-dessus. »

Le 4 de l'article 8 « Cotisations » est modifié comme suit :

« 4. Suspension du contrat de travail

Suspension du contrat pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail 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, 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 il peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont il relève à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

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

Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour 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 en cas de décès et incapacité permanente professionnelle et complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement et la cotisation pour les autres garanties est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur. »

Il est ajouté à la fin de l'article 8 une section 5 sur la portabilité :

« 5. 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 (dispositions figurant pour information en annexe à l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013).

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 lesquelles les prestations demandées sont dues. »

Article 3 Antériorité

Les accords existants d'entreprise ainsi que les accords collectifs au niveau départemental, régional ou national sur la protection sociale complémentaire conclus conformément aux dispositions de l'accord du 10 juin 2008 devront être mis en conformité avec les dispositions du présent avenant avant le 1er janvier 2015 et en tout état de cause à la date fixée pour certaines dispositions par les textes législatifs ou réglementaires si celle-ci est antérieure au 1er janvier 2015.

Article 4 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 5 Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Annexe

« Annexe

Dispositions légales sur la portabilité (art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale, issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013)

Art. L. 911-8., Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, 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 1er alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au 1er alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l'accord du 10 juin 2008 relatif à la prévoyance

15 septembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-45](#)

Préambule

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles, précurseurs dans leur volonté de couvrir les salariés non cadres des secteurs d'activité relevant du champ d'application du présent avenant contre les risques frais de santé et prévoyance, ont mis en place depuis le 10 juin 2008 un accord national portant sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Cet accord créait un niveau minimal de garanties harmonisé sur l'ensemble du territoire et organisait également la codésignation des assureurs et gestionnaires du régime.

Conscients des vertus du dialogue social quel que soit le niveau considéré (négociation d'accords aux niveaux national dans un secteur professionnel plus réduit, régional, interrégional, départemental, interdépartemental et d'entreprise), il a importé aux négociateurs nationaux de permettre aux autres organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles de déroger à ce régime de prévoyance national, par la conclusion d'accords collectifs d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint offrant un régime supérieur aux garanties minimales obligatoires et dans les conditions prévues par l'accord du 10 juin 2008.

Toutefois, compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migration suite à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité (cf. CJUE, 3 mars 2011, AG2R c/ Beaudout, aff. C-437/2009) et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;

- de l'exigence de prendre en compte, en termes d'équilibre du dispositif, depuis le 1er juin 2015, la portabilité à titre gratuit en matière de prévoyance ;
- de l'obligation de respecter la couverture minimale de garanties dite « panier de soins ANI », telle que définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- de la nécessité de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de 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 (a)* , de nouvelles négociations ont été engagées au niveau des secteurs professionnels en agriculture, afin de réviser, pour l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires, l'accord national du 10 juin 2008 et d'assurer une parfaite sécurité juridique au nouveau système de protection sociale complémentaire des salariés non cadres (ci-après dénommé dispositif frais de santé et prévoyance).

Considérant les éléments qui précèdent, et la nécessité, pour les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles, d'assurer la pérennité du régime mis en place par l'accord de 2008, , le présent avenant organise l'architecture de la couverture conventionnelle en matière de protection sociale complémentaire des salariés non cadres dans les secteurs de la production agricole.

Cela se traduit par une meilleure répartition des garanties santé et prévoyance entre le niveau national et les autres niveaux d'un champ professionnel et territorial plus restreint, avec un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives, ainsi qu'un dispositif prévoyance national définissant, également, des garanties minimales obligatoires.

En outre, compte tenu de la diversité des accords de protection sociale complémentaire actuellement applicables en agriculture en raison notamment d'une décentralisation du dialogue social s'expliquant par un lien très fort entre activité agricole et territoire, les signataires du présent avenant ont souhaité permettre aux négociateurs locaux, quel que soit le niveau où s'exerceront leurs prérogatives (national, régional, départemental...), de mettre en place au sein de leur accord des garanties à adhésion obligatoire correspondant aux options déterminées nationalement.

Ainsi, il s'agit, pour le dispositif frais de santé du présent avenant, d'options nationales qui pourront être souscrites facultativement par les salariés ou mises en place obligatoirement par accord collectif (quel que soit le champ d'application considéré en agriculture), décision unilatérale de l'employeur ou référendum.

Pour le dispositif prévoyance, des garanties optionnelles sont prévues par le présent avenant afin de permettre aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs des différents secteurs agricoles au niveau territorial considéré de renégocier leur accord en adaptant leurs garanties aux options déterminées nationalement. Néanmoins, ces options ne sauraient ouvrir un droit à adhésion facultative aux salariés mais permettront aux acteurs du dialogue social de constituer leur système de garanties collectives obligatoires s'ils décident de l'établir à un niveau supérieur au socle minimum du présent avenant. En outre, ces options pourront également être souscrites par l'exploitation ou l'entreprise agricoles.

L'objectif des signataires est, en considérant la pluralité des accords applicables en agriculture, d'harmoniser sur l'ensemble du territoire national la diversité des niveaux de couverture dont bénéficient les salariés au moyen d'options définies nationalement. Cette démarche s'insère dans le cadre des futures négociations en matière de protection sociale complémentaire impulsées par la présente et les réformes impactant les régimes.

(a) Au 9e alinéa du préambule, au lieu de « et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015 », lire « et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ».

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

Article 1er Révision totale de l'accord national du 10 juin 2008

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Les dispositions des articles 1er à 6.7 ainsi que les annexes I et II du présent avenant abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord national du 10 juin 2008 (modifié par ses trois premiers avenants) sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance tels que définis par ses signataires.

Autrement dit, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 10 juin 2008.

« Article 1er

Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les départements et régions

d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (DROM-COM), aux salariés non cadres (ci-après dénommés " les salariés ") visés aux articles 4.1 et 5.1 du présent accord, au titre respectivement des garanties collectives frais de santé et prévoyance, , aux coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi qu'aux exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions, ci-après, de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime :

1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) ;

2° (à l'exception des entreprises du paysage) ;

3° (à l'exception de l'Office national des forêts) ;

4° (à l'exception des établissements de conchyliculture).

Les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés " les employeurs ") appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties collectives frais de santé et prévoyance (1) institué par le présent accord.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé et prévoyance ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté, franchise...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé et/ ou de prévoyance, elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé et prévoyance défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

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

Article 3

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à

défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 4

Dispositif frais de santé

Article 4.1

Bénéficiaires

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

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint que celui du présent accord ;
 - l'employeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricoles,
- pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

Article 4.2

Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou à l'entreprise agricoles est institué ou modifié par l'un des actes juridiques mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (notamment les accords collectifs d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord) met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié, les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire (2) 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.

Article 4.3

Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale (3) et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant 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 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 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 l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - , dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - , régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - , contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
 - , régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - , caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

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

Article 4.4

Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Toutes 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 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

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

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

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

- d'un niveau minimum obligatoire de garanties dénommé "socle national minimum obligatoire" ;
- de niveaux de garanties supérieurs au précédent, sous la forme de trois options facultatives dénommées "options nationales facultatives".

Cette structuration des niveaux de garanties a pour objectif d'organiser sur l'ensemble du territoire national une harmonisation des différentes couvertures frais de santé des salariés, compte tenu des négociations collectives en agriculture et des accords collectifs applicables en conséquence. Elle permettra également d'anticiper la diversité des besoins des salariés, tant sur le plan du montant des remboursements de leurs frais médicaux que de la variété des garanties qui leur sera proposée.

Ainsi, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ainsi que les employeurs auront la possibilité de mettre en place, s'ils le souhaitent, à titre obligatoire l'une des garanties optionnelles facultatives du présent dispositif frais de santé, permettant ainsi d'améliorer les prestations des garanties collectives du socle minimum obligatoire applicables aux salariés.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles des secteurs d'activité définis à l'article L. 722-1,3°, du code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts) et des entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin pourront mettre en place, par la conclusion d'accords collectifs, des options différentes de celles prévues au présent article.

En tout état de cause, la couverture frais de santé dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties du "socle national minimum obligatoire", conformément *aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er (c)* .

La nature et le montant des prestations de la couverture socle et optionnelle sont détaillés dans les tableaux en annexe I du présent accord.

Article 4.5

Contrat solidaire et responsable

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables », notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, 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 (d) .

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 4.6

Bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-1,5°, du code de la sécurité sociale et du 6° du I-A de l'article 1er de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord ainsi que la cotisation qui la finance, des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, sont adaptées compte tenu du niveau des garanties assuré par ce régime local.

Article 4.7

Portabilité loi Evin (frais de santé)

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 bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la

demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 6.5 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 1er 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. (e)

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.

Article 5

Dispositif prévoyance

Article 5.1

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties prévoyance, 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 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricoles et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif prévoyance :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

Article 5.2

Définition des ayants droit

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

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire (4) 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.

Article 5.3

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 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 5.4

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. 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 4 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 (5) intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité, temporaire ou permanente, professionnelle), l'invalidité et 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 5.5

Niveau des garanties du dispositif prévoyance

Le "socle national minimum obligatoire" de la couverture prévoyance, au titre du présent accord, comporte les garanties décrites aux articles 5.5 ci-après.

Toutefois, dans l'objectif d'apporter aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs des différents secteurs agricoles au niveau territorial considéré les outils leur permettant de renégocier leur accord en prévoyance, des options au socle national minimum obligatoire ont été déterminées nationalement. Ces options ne constituent nullement un droit à adhésion facultative aux salariés mais permettront aux acteurs du dialogue social (ou aux employeurs) de constituer leur système de garanties collectives obligatoires, s'ils décident de l'établir à un niveau supérieur au socle national.

En tout état de cause, la couverture prévoyance dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties du "socle national minimum obligatoire", conformément aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er (c) .

La nature et le montant des prestations sont récapitulés dans le tableau en annexe II du présent accord pour le socle national minimum obligatoire et celui en annexe III pour les options nationales.

Par ailleurs, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles des secteurs d'activité définis à l'article L. 722-1,3°, du code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts) et des entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin pourront mettre en place, par la conclusion d'accords collectifs, des options différentes de celles prévues en annexe III.

Article 5.5.1

Garanties en cas de décès

En cas de décès toutes causes ou accidentel du salarié, il est versé un capital, dont le montant est égal à 100 % du salaire annuel de référence, au (x) bénéficiaire (s) qu'il a désigné (s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaires, à ses ayants droit ou, à défaut, à ses héritiers conformément à la législation et à la réglementation applicables.

Par ailleurs, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) (6) , le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

Article 5.5.2

Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT)

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par la sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elles sont égales à 15 % du salaire journalier de référence.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la sécurité sociale, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation prévues en application des dispositions légales ou conventionnelles (si ces dernières sont plus favorables que les obligations légales) relatives à la mensualisation. La mensualisation légale est applicable au titre des dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail (7) .

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du 1er jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 8e jour d'arrêt de travail, dans tous les autres cas.

Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

- à compter du 61e jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 71e jour d'absence, dans tous les autres cas.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur est maintenue tant que les indemnités journalières sont servies par la sécurité sociale. Elle cesse à la date du décès du salarié et, au plus tard, au 1 095e jour d'arrêt de travail.

Article 5.5.3

Garanties en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP)

La prestation susceptible d'être servie pour une incapacité permanente de travail est une rente mensuelle versée en complément des prestations versées par la sécurité sociale, au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles. Elle est égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

L'attribution de la rente complémentaire est conditionnée au versement par la sécurité sociale d'une rente accident du travail pour incapacité permanente d'origine professionnelle, entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. L'attribution de la rente complémentaire cesse si le taux d'incapacité devient inférieur à 66,66 %.

La prestation IPP est servie tant que la rente d'incapacité de la sécurité sociale est versée au salarié. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base et, au plus tard, à la date à laquelle il peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein.

Article 5.5.4

Garanties en cas d'invalidité de 2e ou 3e catégorie

Les salariés bénéficient d'une pension d'invalidité de 2e ou 3e catégorie (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée), en complément de celle versée par la sécurité sociale (telle que définie aux articles L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale), égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

Le versement de la prestation cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base.

Article 5.6

Règle de cumul des prestations prévoyance

En aucun cas les prestations versées en application du présent accord ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la sécurité sociale et par tout autre organisme assureur, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel ou prestation de l'assurance chômage, permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Si tel était le cas, les prestations versées en application du présent accord seraient réduites à due concurrence du dépassement constaté.

Article 5.7

Exclusions des garanties prévoyance

Sont garantis en application du dispositif prévoyance du présent accord tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du dispositif prévoyance (incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité) ne disposent pas de clauses d'exclusion.

Article 5.8

Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord seront revalorisées annuellement au 1er janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif d'assurance, auprès duquel l'employeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricoles a décidé de s'assurer, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 6.6 du présent accord, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès ...).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé au minimum en fonction de la valeur du point ARRCO.

Article 5.9

Reprise du passif des garanties prévoyance

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur par l'employeur, les prestations en cours de service à la date de ce changement continueront à être revalorisées selon les modalités prévues à l'article 5.8 ci-avant.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur devra organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 6

Dispositions communes au dispositif frais de santé et prévoyance

Article 6.1

Financement du dispositif frais de santé et prévoyance

Article 6.1.1

Dispositif frais de santé

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

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

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du socle national minimum obligatoire, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du socle national minimum obligatoire (garanties supérieures, identiques ou non, aux options nationales facultatives stipulées au présent accord), ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale).

Article 6.1.2

Dispositif prévoyance

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

complémentaires prévoyance du socle national minimum obligatoire, définies par le présent accord, 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.

Par dérogation à ce qui précède, les salariés prennent à leur charge la totalité de la cotisation due au titre de la garantie invalidité de 2e et 3e catégorie de la sécurité sociale (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) mise en place en application du présent accord.

Par ailleurs, la part salariale susmentionnée au premier alinéa est affectée au financement exclusif de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) définie à l'article 5.5.2 du présent accord, en raison du principe selon lequel les indemnités journalières complémentaires versées au salarié directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur demeurent, en application des articles L. 136-2, I, L. 242-1 et R. 242-1 du code de la sécurité sociale, soumises aux cotisations de la sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS, au prorata du financement patronal (8) .

Pour rappel, l'employeur financera l'intégralité du coût du maintien de salaire prévu en application des dispositions légales (art. L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail) ou conventionnelles (si ces dernières sont plus favorables aux obligations légales).

En tout état de cause, si les options détaillées en annexe III du présent accord sont mises en place obligatoirement au sein notamment d'un accord collectif, la répartition du financement de ces garanties entre l'employeur et le salarié est laissée à la discrétion des signataires dudit accord ou de l'employeur.

Article 6.2

Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit.

Pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 4.3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 6.3

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies aux articles 6.3 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance 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 6.3.1

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques 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 de 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 d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise 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 6.3.2 et 6.3.3.

Article 6.3.2

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

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

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

Article 6.3.3

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé et prévoyance 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, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

Article 6.5

Portabilité à titre gratuit (frais de santé et prévoyance)

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

Article 6.5.1

Durée., Limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

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

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de la 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 et prévoyance prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 6.5.2

Garanties maintenues

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

Article 6.5.3

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 6.5, 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 prolongée d'autant.

Article 6.5.4

Cotisations

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

Article 6.6

Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution.

Ainsi, le principe est que les prestations de protection sociale complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat d'assurance de groupe ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure dudit contrat.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité, telle que définie dans le présent accord.

Article 6.7

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent 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 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 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'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 6.8

Information des assurés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur, auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 7

Commission paritaire de suivi

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une "commission paritaire de suivi de l'accord".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire nationale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Elle est composée de deux représentants et de un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et à toutes formalités résultant des travaux de ladite commission.

La commission paritaire de suivi de l'accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant. »

(1) Les garanties minimales obligatoires, au titre du présent accord, sont dénommées : « Socle national minimum obligatoire » pour les frais de santé et pour la prévoyance.

(2) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 4.1 du présent accord.

(3) 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.

(4) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 5.1 du présent accord.

(5) *ARRCO : association des régimes de retraites complémentaires.*

(6) *La perte totale et irréversible d'autonomie est nommée aussi IAD (invalidité absolue et définitive). Cela correspond à une invalidité de 3e catégorie de la sécurité sociale ou à une incapacité permanente professionnelle consécutive à un AT/ MP au taux de 66,66 %.*

(7) *Conformément à l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la loi n° 88-1202 du 30 décembre 1988, modifié par la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008.*

(8) *Conformément aux dispositions du n° 1.3 de la circulaire ACOSS 2007-30 du 8 février 2007.*

(a) *Le 1er alinéa de l'article 4.1 est étendu sous réserve de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.*

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

(b) *Au cinquième alinéa de l'article 4.4, en remplacement des mots « (régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires), lire les mots « (régime de base de la sécurité sociale et régime local d'Alsace-Moselle et garanties complémentaires) ».*

Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

(c) *Au douzième alinéa de l'article 4.4 et au troisième alinéa de l'article 5.5, en remplacement des mots « aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1er. », lire les mots « aux modalités décrites aux alinéas 11 et 12 de l'article 1er. »*

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

(d) *Au 1er alinéa de l'article 4.5, au lieu de « et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015 », lire « et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ».*

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

(e) *Le quatrième alinéa de l'article 4.7 est étendu sous réserve des dispositions de l'article 1er du décret du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.*

(Arrêté du 3 décembre 2015 - art. 1)

Article 2 Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

Article 3 Dépôt et publicité

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la DIRECCTE ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

Les parties demandent l'extension du présent avenant.

Annexes

Annexe I

Dispositif frais de santé

Les garanties du « Socle » et des « options » comprenant les prestations du régime de base de la sécurité sociale		Socle national minimum obligatoire	Options nationales facultatives		
Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3			
Soins courants					
Généraliste/ spécialiste		100 % BR	150 % BR (non CAS) (1) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) (1) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) (1) 220 % BR (CAS)
Actes techniques		100 % BR	150 % BR (non CAS) (1) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) (1) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) (1) 220 % BR (CAS)
Radiologie (radio, scanner, IRM ...)		100 % BR	150 % BR (non CAS) (1) 170 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) (1) 210 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) (1) 210 % BR (CAS)
Sages-femmes		100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaire médical		100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses médicales		100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, chiropratie)		Néant	15 €/4 séances par an par bénéficiaire	30 €/4 séances par an par bénéficiaire	30 €/4 séances par an par bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)		Néant	30 € par an par bénéficiaire	50 € par an par bénéficiaire	50 € par an par bénéficiaire
Actes de prévention (2)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie	SMR majeur	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	SMR modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	SMR faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		Néant	20 € par an par bénéficiaire	30 € par an par bénéficiaire	40 € par an par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		Néant	20 € par an par bénéficiaire	30 € par an par bénéficiaire	40 € par an par bénéficiaire
BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur. CAS : convention d'accès aux soins. (1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS). (2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.					

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale		Socle national minimum obligatoire	Options nationales facultatives		
Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3			
Hospitalisation (conventionnée ou non)					
Frais de séjour		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires		100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 250 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 250 % BR (CAS)
Forfait journalier		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait de 18 € sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	25 € par jour	30 € par jour	40 € par jour	75 € par jour pendant 60 jours maximum par an puis 25 € par jour
Maternité	25 € par jour	55 € par jour	80 € par jour	80 € par jour	
Psychiatrie	25 € par jour	30 € par jour	40 € par jour	75 € par jour (45 jours par an)	
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		Néant	25 € par jour	35 € par jour	50 € par jour pendant 10 jours maximum par an puis 30 € par jour
Maternité (2)		1/3 PMSS (2)	1/3 PMSS (2)	40 % PMSS (2)	40 % PMSS (2)
Frais de transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		Néant	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € par an par bénéficiaire

BR : base de remboursement.
 TM : ticket modérateur.
 CAS : convention d'accès aux soins.
 PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
 FR : frais réels.
 (1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS).
 (2) Dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale	Socle national minimum obligatoire	Options nationales facultatives		
Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3		
Dentaire				
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	100 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Inlays cores (acceptés par le régime de base)	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € par an par bénéficiaire
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base)	210 % BR + 300 € par an	210 % BR + 360 € par an	210 % BR + 450 € par an	
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)	Néant	150 € par an	300 € par an par bénéficiaire	300 € par an par bénéficiaire
[y compris implantologie pour les options 1,2 et 3]				
Parodontologie (refusée par le régime de base)	Néant	80 € par an	90 € par an	100 € par an
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	125 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	Néant	100 € par an par bénéficiaire	200 € par an par bénéficiaire	200 € par an par bénéficiaire

BR : base de remboursement.

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale	Socle national minimum obligatoire	Options nationales facultatives		
Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3		
Optique				
Fréquence de prise en charge	Tous les 2 ans (1)	Tous les 2 ans (1)	Tous les 2 ans (1)	Tous les 2 ans (1)
Monture seule	455 % BR	60 % BR + 100 €	60 % BR + 150 €	60 % BR + 150 €
2 verres simples classe (a)	200 €	60 % BR + 200 € (d)	60 % BR + 300 € (d)	60 % BR + 300 € (d)

2 verres complexes classe (b)	200 €	60 % BR + 500 € (d)	60 % BR + 600 € (d)	60 % BR + 600 € (d)
2 verres très complexes classe (c)	200 €	60 % BR + 500 € (d)	60 % BR + 600 € (d)	60 % BR + 600 € (d)
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b)	200 €	60 % BR + 350 € (d)	60 % BR + 450 € (d)	60 % BR + 450 € (d)
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c)	200 €	60 % BR + 350 € (d)	60 % BR + 450 € (d)	60 % BR + 450 € (d)
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)	200 €	60 % BR + 500 € (d)	60 % BR + 600 € (d)	60 % BR + 600 € (d)
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	Néant	Néant	Néant	300 €

BR : base de remboursement.

(1) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries.

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

(d) Y compris forfait monture.

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale	Socle national minimum obligatoire	Options nationales facultatives		
Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3		
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive	100 % BR	400 % BR + 200 € par an	400 % BR + 200 € par an	400 % BR + 200 € par an
Autres prothèses et petit appareillage	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Gros appareillage	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € par an (fauteuil roulant)
Fourniture médicale et pansement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
BR : base de remboursement.				

Annexe II

Socle national minimum obligatoire du dispositif prévoyance

		Socle national minimum obligatoire
Décès	Décès (toutes causes et accidentel)	
Capital décès	100 % du salaire annuel brut TA + TB (1)	
Arrêt de travail	Incapacité temporaire de travail (ITT)	
Prestation	15 % du salaire journalier brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Franchises	6 mois à 1 an d'ancienneté :	
- au 61 ^e jour d'absence pour AT/ MP (2) (hors accident de trajet)		
- au 71 ^e jour dans tous les autres cas		
1 an d'ancienneté :		

- en relais de la mensualisation (donc à compter de la fin de la 2e période d'indemnisation due au titre de la mensualisation, c'est-à-dire au 68e jour pour une ancienneté de 1 à 6 ans...)	
Lors d'un nouvel arrêt, si le salarié a épuisé ses droits au titre de la mensualisation :	
- dès le 1er jour d'absence pour AT/ MP (hors accident de trajet)	
- au 8e jour dans tous les autres cas	
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
Garantie si taux IPP $\geq$ 66,66 %	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)
Invalidité (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée)	
2e/ 3e catégorie de la sécurité sociale	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)

(1) La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisation limitée au plafond de la sécurité sociale. Ce plafond est de 3 170 € pour 2015 (il est revalorisé chaque année). La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisation, déduction faite de la tranche A, et limitée à 3 plafonds de la sécurité sociale.

(2) Accident du travail (AT) et maladie professionnelle (MP).

Annexe III

Options nationales du dispositif prévoyance

(Cliché non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique BO Convention collective, **page 225.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20150045_0000_0022.pdf/ BOCC

Avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à l'accord du 10 juin 2008

28 septembre 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-49](#)

Préambule

Le 15 septembre 2015, les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont conclu l'avenant n° 4 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, afin d'adapter le régime collectif obligatoire de protection sociale complémentaire aux différentes évolutions législatives.

Cependant, l'avenant n° 4 ayant été étendu, le 3 décembre 2015, avec une réserve sur le respect des dispositions légales à compter du 1er janvier 2016 (rappel de l'obligation légale de l'employeur d'affilier tous ses salariés dès le premier jour) et la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé le 30 décembre 2015, ont nécessité une nouvelle adaptation de l'accord national.

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, les partenaires sociaux ont décidé de leur faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi.

Ainsi, les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à travailler à une adaptation des outils (contrat de travail, TESA) aux nouvelles modalités d'application de la couverture collective obligatoire.

De plus, les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à solliciter les organismes assureurs afin

de proposer une couverture santé individuelle et facultative aux salariés en contrats de travail de courte durée.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (DROM-COM), aux salariés non cadres (ci-après dénommés « les salariés ») visés à l'article 4.1 et 5.1 du présent accord, au titre respectivement des garanties collectives frais de santé et prévoyance, aux coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi qu'aux exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions, ci-après, de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime :

- 1° (A l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) ;
- 2° (A l'exception des entreprises du paysage) ;
- 3° (A l'exception de l'office national des forêts) et ;
- 4° (A l'exception des établissements de conchyliculture).

Article 2 Modifications apportées à l'accord

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

L'article 4.1 est modifié comme suit :

« Article 4.1
Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 4.8 du présent accord.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord ;
 - l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole,
- pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié. »

L'article 4.8 est ajouté après l'article « 4.7. Portabilité loi Evin (frais de santé) » :

« Article 4.8
Dispositif versement santé (1)

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de

remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur ...).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

A défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 € (ou 5 € pour le salarié relevant du régime local d'Alsace Moselle).

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS.

L'annexe I « Dispositif frais de santé », est modifiée comme suit :

Le tableau est remplacé par le tableau fourni ci-après, en annexe 1.

L'annexe III « Options nationales du dispositif prévoyance » est modifiée comme suit :

Les parties signataires ont décidé d'introduire une nouvelle option nationale au dispositif prévoyance. Cette option intégralement financée par les employeurs permet d'améliorer la mensualisation légale en abaissant le délai de franchise à 3 jours.

Cette option est ouverte exclusivement à la négociation locale. Elle ne peut pas être ouverte aux entreprises en souscription directe en dehors d'un accord local la prévoyant.

Le tableau de l'annexe III est remplacé par le tableau fourni ci-après, en annexe 2. »

(1) L'article 4.8. relatif au dispositif versement santé est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L.

Article 3 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 4 Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est -demandée.

Annexes

Annexe 1

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)
https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20160049_0000_0019.pdf/ BOCC

Annexe 2

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)
https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20160049_0000_0019.pdf/ BOCC

Avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord du 10 juin 2008

17 avril 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2018 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2018-20](#)

Préambule

Le 15 septembre 2015, les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont conclu l'avenant n° 4 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance (complété par un avenant n° 5 signé le 28 septembre 2016), instituant des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité.

Par le présent avenant n° 6, les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont décidé d'élargir la mutualisation du fonds social de solidarité institué au niveau national aux accords dits « locaux ».

Par ailleurs, les partenaires sociaux ont souhaité apporter des améliorations aux garanties frais de santé.

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier le montant de référence lié au versement santé, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Enfin, les partenaires sociaux ont également décidé de modifier le mode de revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance.

Article 1er Modifications apportées à l'accord

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

- les paragraphes 3 et 4 de l'article 5.4 « Assiette de calcul des prestations » sont modifiés comme suit :
« Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur, intervenu entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité, temporaire ou permanente, professionnelle), l'invalidité et 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 selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur intervenu entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de

l'invalidité. »

L'article 5.8 est réécrit comme suit :

« Article 5.8

Revalorisation annuelle des prestations du dispositif de prévoyance »

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, feront l'objet d'une revalorisation selon les modalités définies par l'organisme assureur.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif d'assurance, auprès duquel l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole a décidé de s'assurer, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 6.6 du présent accord, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite décès ...).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur. »

L'article 6.3 est réécrit comme suit :

« Article 6.3

Mise en œuvre du principe de solidarité »

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies aux articles 6.3.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxes de la couverture frais de santé et prévoyance 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 6.3.1

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes.

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 € à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.3.2 et 6.3.3.

Article 6.3.2

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;

- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

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

Article 6.3.3

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé et prévoyance 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, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur ».

Article 6.3.4

Mutualisation du fonds de solidarité national

Il est institué un fonds au niveau national destiné à recueillir la cotisation visée à l'article 6.3. Les accords des secteurs de la production agricole ayant un champ professionnel et/ ou territorial plus restreint que l'accord national (dénommés « accords locaux ») peuvent participer à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. Chaque année, les partenaires sociaux définissent les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche ».

La rubrique « Calcul du versement santé » de l'article 4.8 est réécrite comme suit :

« Calcul du versement santé :

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, le montant de référence lié au versement santé ne peut être inférieur au seuil fixé annuellement par arrêté.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

L'annexe 1 « Dispositif frais de santé » est modifiée comme suit :

Le tableau des garanties est remplacé par le tableau ci-après, en annexe 1 du présent avenant.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Annexe

Annexe 1

Dispositif frais de santé

Nature des risques		Remboursement Régime de base		Remboursement garanties complémentaires santé (incluant le remboursement du régime de base)			
MSA Hors Alsace/ Moselle	MSA Alsace/ Moselle	Socle obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3		
Frais médicaux							
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)		70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non DPTM) 170 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)		70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non DPTM) 170 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM ...) (1)		70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non DPTM) 170 % BR (DPTM)	190 % BR (non DPTM) 210 % BR (DPTM)	190 % BR (non DPTM) 210 % BR (DPTM)
Sages-femmes		70 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux		60 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses médicales		60 % ou 100 %	90 % à 100 %	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie		-	-	30 €/1 séance par an par bénéficiaire	30 €/2 séances/ an par bénéficiaire	30 €/4 séances/ an par bénéficiaire	30 €/4 séances/ an par bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)		0 € à 150 €/ an par bénéficiaire	0 € à 150 €/ an par bénéficiaire	0 € à 150 €/ an par bénéficiaire	30 € à 180 €/ an par bénéficiaire	50 € à 200 €/ an par bénéficiaire	50 € à 200 €/ an par bénéficiaire
Actes de prévention (2)		35 % à 70 %	35 % à 90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie							
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »		65 % BR	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »		30 % BR	80 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »		15 % BR	15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		-	-	Néant	20 €/ an/ bénéficiaire	30 €/ an/ bénéficiaire	40 €/ an/ bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	-	Néant	20 €/ an/ bénéficiaire	30 €/ an/ bénéficiaire	40 €/ an/ bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)							
Frais de séjour		80 % à 100 %	100 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical		80 % à 100 %	100 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires		-	-	100 % BR (non DPTM) (1) 155 % BR (DPTM)	100 % BR (non DPTM) (1) 155 % BR (DPTM)	100 % BR (non DPTM) (1) 250 % BR (DPTM)	100 % BR (non DPTM) (1) 250 % BR (DPTM)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)		-	100 %	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)		-	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 €/ jour	30 €/ jour	40 €/ jour	75 €/ jour pendant 60 jours maximum/ an puis 25 € par jour

Maternité	-	-	25 €/ jour	55 €/ jour	80 €/ jour	80 €/ jour	
Psychiatrie	-	-	25 €/ jour	30 €/ jour	40 €/ jour	75 €/ jour pendant 45 jours an	
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-		Néant	25 €/ jour	35 €/ jour	50 €/ jour pendant 10 jours maximum/ an puis 30 € par jour
Maternité (3)	-	-		1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
Frais de transport	65 %	65 %		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	65 % à 90 %		65 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 €/ an par bénéficiaire
Dentaire							
Soins dentaires	70 %	90 %		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	90 %		125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	90 %		125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 €/ an par bénéficiaire
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	90 %		210 % BR + 300 €/ an par bénéficiaire	210 % BR + 360 €/ an par bénéficiaire	210 % BR + 450 €/ an par bénéficiaire	
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1,2 et 3]	-	-		Néant	150 €/ an/ bénéficiaire	300 €/ an/ bénéficiaire	300 €/ an/ bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-		Néant	80 €/ an/ bénéficiaire	90 €/ an/ bénéficiaire	100 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	90 % à 100 %		160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-		Néant	100 €/ an/ bénéficiaire	200 €/ an/ bénéficiaire	200 €/ an/ bénéficiaire
Optique							
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)				Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	90 %		455 % BR	60 %/90 % BR + 100 €	60 %/90 % BR + 150 €	60 %/90 % BR + 150 €
2 verres simples classe (a) (5)	60 %	90 %		60 %/90 % BR + 200 €	60 %/90 % BR + 200 €	60 %/90 % BR + 300 €	60 %/90 % BR + 300 €
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	90 %		60 %/90 % BR + 350 €	60 %/90 % BR + 500 €	60 %/90 % BR + 600 €	60 %/90 % BR + 600 €
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	90 %		60 %/90 % BR + 350 €	60 %/90 % BR + 500 €	60 %/90 % BR + 600 €	60 %/90 % BR + 600 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %	90 %		60 %/90 % BR + 275 €	60 %/90 % BR + 350 €	60 %/90 % BR + 450 €	60 %/90 % BR + 450 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	90 %		60 %/90 % BR + 275 €	60 %/90 % BR + 350 €	60 %/90 % BR + 450 €	60 %/90 % BR + 450 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	90 %		60 %/90 % BR + 350 €	60 %/90 % BR + 500 €	60 %/90 % BR + 600 €	60 %/90 % BR + 600 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	0 % ou 90 %		100 % BR + 100 €/ an par bénéficiaire	100 % BR + 150 €/ an par bénéficiaire	100 % BR + 200 €/ an par bénéficiaire	100 % BR + 200 €/ an par bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-		Néant	Néant	Néant	300 €/ an/ par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire							
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	90 %		100 % BR	400 % BR + 200 €/ an par bénéficiaire	400 % BR + 200 €/ an par bénéficiaire	400 % BR + 200 €/ an par bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	90 %		100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR

Gros appareillage	100 %	100 %	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 €/ an (fauteuil roulant)
Fourniture médicale et pansement	60 %	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Légende :
BR : base de remboursement.
TM : ticket modérateur.
DPTM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO).
(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire (1) Médecin adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO).
(3) Dans la limite des frais réellement engagés.
(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.
Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre <= + 4,00 dioptries.
Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.
(5) Y compris forfait monture.

Avenant n° 7 du 22 septembre 2020 à l'accord du 10 juin 2008

22 septembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2021 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2021-14](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements des tableaux de garanties.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1er

L'actuelle annexe 1 « Dispositif frais de santé » de l'accord du 10 juin 2008 est remplacée par l'annexe 1 jointe au présent avenant.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension, et au plus tard le 1er janvier 2021.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Annexe

Annexe 1

Dispositif frais de santé

Les prestations du présent contrat 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 (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds » du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins « 100 % santé » en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins « 100 % santé », des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20210014_0000_0041.pdf BOCC