CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Centre-Val de Loire (accord régional du 3 juillet 2009), Indre (36)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture en Centre-Val de Loire pour les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017
État	En vigueur, étendu
Départements	Cher (18), Eure-et-Loir (28), Indre (36), Indre-et-Loire (37), Loir-et-Cher (41), Loiret (45)
Textes en vigueur	10
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000053371817

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

Accord et avenants en vigueur : Indre (36) 10 textes

Les accords territoriaux complètent ou adaptent la convention nationale pour ce département ; en cas de doute, reportez-vous aux textes officiels.

Accord et avenants en vigueur : Indre (36)

Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture en Centre-Val de Loire pour les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017

3 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2009-43

Les partenaires sociaux agricoles de la région Centre ont souhaité permettre à tous les salariés non cadres de la production agricole de bénéficier d'une protection sociale complémentaire, harmonisée sur l'ensemble de la région Centre.

Les organisations signataires ont décidé de mettre en place une protection sociale complémentaire assurant des prestations en matière de garantie complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable sur la région Centre-Val de Loire, 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, visés à l'article 3 du présent accord, et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1,1° du code rural (à l'exception des rouisseurs teilleurs de Lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Les articles L. 722-1 et L. 722-2 du code rural sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (annexe 1).

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il s'imposera à compter du 1er janvier 2010 :
- aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires, quelle que soit la date d'extension ;
- et à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application si la date d'extension est antérieure au 1er janvier 2010.

Si la date d'extension est postérieure au 1er janvier 2010, l'accord s'imposera à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au Journal officiel.

Le présent accord pourra toutefois, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Même après extension, les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tous autres dispositions et régime ayant le même objet.

Les employeurs relevant 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 ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :
- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté …) ;
- 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 : elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistant, 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 du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif

frais de santé 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)

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, s'appliquent à tous les 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, et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du présent accord :
- 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 frais de santé 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.

Toutefois l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, 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.

Dispenses d'affiliation

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

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
-, dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit 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 Garantie complémentaire frais de santé

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de garantie complémentaire frais de santé assurant à tous les bénéficiaires les prestations définies dans le présent accord.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (annexe II).

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe II comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 4 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers. (1)

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale. (Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 5 Offres à adhésion individuelle et facultative

Salariés non affiliés à l'AGIRC n'ayant pas l'ancienneté requise

• Entreprise :

Toute entreprise peut adhérer de façon volontaire à une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe 2) et affilier tous ses salariés en prenant en charge à minima 50 % du coût global de la complémentaire santé.

• Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du présent régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son/ ou ses ayant (s) droit.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe II.

Article 5 bis Offres supplémentaires à adhésion individuelle et facultative

Les salariés affiliés à titre obligatoire, par application de l'article 3 du présent accord, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif d'une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe 2).

L'option choisie s'applique alors au salarié et à son ou ses ayant(s) droit.

L'option choisie a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des bénéficiaires défini par le salarié pour les garanties de base : salariés et ayants droit.

Une même famille ne peut pas souscrire simultanément aux deux options supplémentaires.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription de l'option par le salarié.

La cotisation de ces options supplémentaires est entièrement financée par le salarié.

Article 6 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/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 (NOR : AFSS1502895C).

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 7 Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “ loi Evin ”, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent 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 10 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 applicable aux salariés actifs ;
- 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.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

(ancien article 11)

Article 8 Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif régional 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 dispositif régional obligatoire frais de santé, 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 dispositif régional obligatoire frais de santé (garanties supérieures, identiques ou non, aux options régionales facultatives stipulées au présent accord) ;

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

Cas particulier du 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 couverture.

Les signataires décident que cet employeur est celui qui a embauché en premier le salarié, 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 3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs.

Article 9 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 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

9.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :
- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités 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 aide de 150 à 500 € par an, 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 9.2 et 9.3.

9.2 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.

9.3 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 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.

Article 10 Portabilité à titre gratuit

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant doit 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 en annexe au présent avenant pour information.

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

Article 11 Clause de réexamen et dénonciation

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.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités de dénonciation prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail.

(ancien article 9)

Article 12 Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non affiliés à l'AGIRC 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 régionale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord régional 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 FRSEA Centre-Val de Loire Val de Loire.

Article 13 Dépôt et extension

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

Annexes

Annexe I
Deux articles du code rural cités à l'article 1er « Champ d'application » du présent accord

Article L. 722-1 du code rural

Le régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles est applicable aux personnes non salariées occupées aux activités ou dans les exploitations, entreprises ou établissements énumérés ci-dessous :
1° Exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, exploitations de dressage, d'entraînement,

haras ainsi qu'établissements de toute nature dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou structures d'accueil touristique, précisées en tant que de besoin par décret, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
2° Entreprises de travaux agricoles définis à l'article L. 722-2 ;
3° Travaux forestiers et entreprises de travaux forestiers définis à l'article L. 722-3 ;
4° Etablissements de conchyliculture et de pisciculture et établissements assimilés ainsi qu'activités de pêche maritime à pied professionnelle telle que définie par décret en Conseil d'Etat, sauf pour les personnes qui relèvent du régime social des marins ;
5° Activité exercée en qualité de non salariés par les mandataires des sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat ;
6° Entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de 2 ouvriers de façon permanente.

Article L. 722-2 du code rural

Sont considérés comme travaux agricoles :
1° Les travaux qui entrent dans le cycle de la production animale ou végétale, les travaux d'amélioration foncière agricole ainsi que les travaux accessoires nécessaires à l'exécution des travaux précédents ;
2° Les travaux de création, restauration et entretien des parcs et jardins.

Annexe 2
Garanties frais de santé

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale ou de la MSA dans la limite des frais engagés.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. legifrance. gouv. fr, rubrique « Publications officielles » « Bulletins officiels des conventions collectives ».)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20240027 _ 0000 _ 0032. pdf/ BOCC

Annexe III
Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, 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 premier 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.

(ancienne annexe V)

Avenant n° 1 du 29 mars 2010 relatif aux frais de santé (Centre)

29 mars 2010, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 29 mars 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2010-42

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable sur la région Centre 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 rouisseurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage) 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 :
1. Les partenaires sociaux signataires décident d'apporter les modifications suivantes à l'article 3 de l'accord régional relatif aux salariés bénéficiaires :
- au 4e paragraphe relatif aux dispenses d'affiliation, un cas de dispense d'affiliation est ajouté : « les bénéficiaires de la CMU-C peuvent demander à être dispensés d'affiliation ». Ce cas de dispense est ajouté après le deuxième cas de dispense : « Les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé... ».

2. Les partenaires sociaux signataires décident d'apporter les modifications suivantes à l'article 7 de l'accord régional relatif à l'adhésion et l'antériorité :
- au 2e paragraphe, les termes « d'un accord de prévoyance » sont remplacés par « d'un régime de prévoyance » ;
- au 2e paragraphe, après les termes « les entreprises disposant déjà d'un régime de prévoyance », il est inséré « (au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) » ;
- au 7e paragraphe, les termes « l'accord d'entreprise » sont remplacés par « le régime de prévoyance d'entreprise » ;
- au 8e et dernier paragraphe, la phrase « La commission paritaire de suivi et de surveillance prévue dans l'accord régional sera chargée de vérifier le caractère plus favorable des accords conventionnels signés. » est supprimée.

3. Les partenaires sociaux signataires décident d'ajouter un article 5 bis après l'article 5, intitulé « Offres supplémentaires à adhésion individuelle et facultative », rédigé de la façon suivante :
« Les salariés bénéficiaires à titre obligatoire, par application de l'article 3 du présent accord, et (ou) à titre facultatif, par application de l'article 5, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif d'une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe IV).
L'option choisie s'applique alors au salarié et à son (ou ses) ayant (s) droit moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article 8 « Cotisations ».
L'option supplémentaire choisie a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des bénéficiaires défini par le salarié pour les garanties de base : salarié et ayants droit.
Une même famille ne peut pas souscrire simultanément aux deux options supplémentaires.
Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion.

4. Les partenaires sociaux signataires décident d'apporter les modifications suivantes à l'article 8 de l'accord régional relatif aux cotisations :
- après le « 1. Taux de cotisations et répartition », il est créé un titre : « a) Régime frais de santé obligatoire » ;
- après le 5e paragraphe, il est créé un titre et les paragraphes suivants :
« b) Options facultatives améliorant le régime frais de santé obligatoire
Les taux de cotisations mensuelles pour le salarié des deux options facultatives sont :
- hypothèse A : 1,28 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- hypothèse B : 1,46 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.
La répartition est identique à celle du régime obligatoire, sur la base de la cotisation du régime obligatoire pour l'employeur, afin que sa participation ne dépasse pas en pourcentage et en euros celle du régime obligatoire : 15 % à la charge des employeurs du taux de cotisation mensuel égal à 0,93 % du plafond mensuel de sécurité sociale, et le solde de cotisation restant est entièrement à la charge des salariés.
Le montant de la part salariale de cotisation dépassant celle du régime obligatoire sera entièrement acquittée par le salarié, et l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation.
Le salarié peut choisir ces options facultatives pour ses ayants droit :

	Hypothèse A	Hypothèse B
Extension conjoint	1,51 %	1,68 %

Extension par enfant (gratuité à partir du 3e)	0,91 %	1,02 %
Extension famille	2,07 %	2,38 %

La cotisation globale acquittée pour les ayants droit sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur CRIA prévoyance procédera à la collecte de la cotisation.
Le choix du salarié sera définitif et ne pourra plus être modifié, sauf :
- s'il choisit une option améliorant ses garanties frais de santé ou celles de ses ayants droit. La modification sera applicable à compter du 1er janvier de l'année suivante ;
- s'il y a modification de la structure familiale (mariage, décès, naissance, divorce...). La modification sera applicable à compter du premier jour du mois suivant la survenance de l'événement.
Ces taux de cotisations 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 garantie et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation. »

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.

Annexe

Annexe IV

Garanties option A

Désignation des actes	Remboursement régime de base MSA ou SS	Remboursement option A	Remboursement total régime de base MSA ou SS + oPTION A
Frais médicaux			
Consultations, visites (médecin ou spécialiste)	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR 70 % de la BR	100 % de la BR 30 % de la BR	160 % de la BR 100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	100 % de la BR	160 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds		Pris en charge	Pris en charge
Frais de transport remboursés SS ou MSA	65 %	35 %	100 % de la BR
Forfait ostéopathie, étiopathie, chiropractie et ostéodensitométrie		Forfait de 25 € par séance dans la limite de 125 € par an et par famille	Forfait de 25 € par séance dans la limite de 125 € par an et par famille
Pharmacie			
Pharmacie	15 % à 100 %	Vignette : – blanche : 35 % – bleue : 65 % – orange : 85	100 % du TFR
Frais d'optique			

Verres, montures, lentilles (y compris jetables) remboursés SS	65 % de la BR	500 % de la BR ramené à 390 % de la BR pour les enfants à charge de moins de 16 ans + forfait de 12 % PMSS par an et par bénéficiaire	565 % de la BR ramené à 455 % de la BR pour les enfants à charge de moins de 16 ans + forfait de 12 % PMSS par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées SS ou MSA	70 % de la BR	200 % de la BR + forfait 11 % PMSS par an et par bénéficiaire	270 % de la BR + forfait 11 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires non prises en charge SS ou MSA		Forfait de 8 % PMSS par prothèse	Forfait de 8 % PMSS par prothèse
Inlays et onlays non pris en charge SS ou MSA		Forfait de 400 € par inlay ou onlay	Forfait de 400 € par inlay ou onlay
Implantologie		Forfait de 400 € par implant	Forfait de 400 € par implant
Parodontologie non prise en charge SS ou MSA		Forfait de 200 € par acte	Forfait de 200 € par acte
Orthodontie remboursée SS ou MSA (enfants à charge)	100 % de la BR	300 % BR	400 % de la BR
Orthodontie non prise en charge SS ou MSA (enfants à charge et adultes)		Forfait de 400 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 400 € par an et par bénéficiaire
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	De 65 % à 100 % de la BR	De 35 % à 0 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives	65 % de la BR	100 % de la BR	165 % de la BR
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale) (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 % à 20 % de la BR	100 % de la BR
Dépassements		150 % de la BR	150 % de la BR
Chambre particulière (hors maternité)		80 € par jour	80 € par jour
Forfait accompagnement pour un enfant à charge		40 € par jour	40 € par jour
Forfait hospitalier (hors maternité)		Pris en charge	Pris en charge
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds		Pris en charge	Pris en charge
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Hospitalisation maternité : – frais de soins et séjour – dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR	– Forfait de 33,33 % PMSS par maternité et par bénéficiaire	100 % de la BR Forfait de 33,33 % PMSS par maternité et par bénéficiaire
Prime de naissance ou d'adoption		Forfait de 8 % PMSS par naissance ou adoption	Forfait de 8 % PMSS par naissance ou adoption
Actes de prévention (conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable)			
Intégralité des 7 actes de prévention		100 % de la BR	100 % de la BR
BR : base de remboursement du régime de base (MSA/ SS). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. Prestations effectuées dans le parcours de soins. Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la participation forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement. Une éventuelle diminution de l'indemnisation du régime de base ne sera pas compensée.			

Garanties option B

Désignation des actes	Remboursement régime de base MSA ou SS	Remboursement Option B	Remboursement total régime de base MSA ou SS + Option B
Frais médicaux			
Consultations, visites (médecin ou spécialiste)	70 % de la BR	200 % de la BR	270 % de la BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR 70 % de la BR	200 % de la BR 30 % de la BR	260 % de la BR 100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	200 % de la BR	260 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	200 % de la BR	270 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds		Pris en charge	Pris en charge
Frais de transport remboursés SS ou MSA	65 %	35 %	100 % de la BR
Forfait ostéopathie, étiopathie, chiropractie et ostéodensitométrie		Forfait de 25 € par séance dans la limite de 125 € par an et par famille	Forfait de 25 € par séance dans la limite de 125 € par an et par famille
Pharmacie			
Pharmacie	De 15 % à 100 %	Vignette : – blanche : 35 % – bleue : 65 % – orange : 85 %	100 % du TFR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles (y compris jetables) remboursés SS ou MSA	65 % de la BR	500 % de la BR ramené à 390 % de la BR pour les enfants à charge de moins de 16 ans + forfait 15 % PMSS par an et par bénéficiaire	565 % de la BR ramené à 455 % de la BR pour les enfants à charge de moins de 16 ans + forfait de 15 % PMSS par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées SS ou MSA	70 % de la BR	300 % de la BR + forfait de 15 % PMSS par an par bénéficiaire	370 % de la BR + forfait de 15 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires non prises en charge SS ou MSA		Forfait de 10 % PMSS par prothèse	Forfait de 10 % PMSS par prothèse
Inlays et onlays non pris en charge SS ou MSA		Forfait de 400 € par inlay ou onlay	Forfait de 400 € par inlay ou onlay
Implantologie		Forfait de 400 € par implant	Forfait de 400 € par implant
Parodontologie non prise en charge SS ou MSA		Forfait de 200 € par acte	Forfait de 200 € par acte
Orthodontie remboursée SS ou MSA (enfants à charge)	100 % de la BR	300 % de la BR	400 % de la BR
Orthodontie non prise en charge SS ou MSA (enfants à charge et adultes)		Forfait de 400 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 400 € par an et par bénéficiaire
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	De 65 % à 100 % de la BR	De 35 % à 0 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives	65 % de la BR	200 % de la BR	265 % de la BR

Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale) (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 % à 20 % de la BR	100 % de la BR
Dépassements		150 % de la BR	150 % de la BR
Chambre particulière (hors maternité)		80 € par jour	80 € par jour
Forfait accompagnement pour un enfant à charge		40 € par jour	40 € par jour
Forfait hospitalier (hors maternité)		Pris en charge	Pris en charge
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds		Pris en charge	Pris en charge
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Hospitalisation maternité : – frais de soins et séjour – dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR	– Forfait de 33,33 % PMSS par maternité et par bénéficiaire	100 % de la BR Forfait de 33,33 % PMSS par maternité et par bénéficiaire
Prime de naissance ou d'adoption		Forfait de 8 % PMSS par naissance ou adoption	Forfait de 8 % PMSS par naissance ou adoption
Actes de prévention (conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable)			
Intégralité des 7 actes de prévention		100 % de la BR	100 % de la BR
BR : base de remboursement du régime de base (MSA/ SS). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. Prestations effectuées dans le parcours de soins. Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la participation forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement. Une éventuelle diminution de l'indemnisation du régime de base ne sera pas compensée.			

Avenant n° 2 du 26 novembre 2013 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre)

26 novembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-13

Article 1er Taux de cotisation et répartition

Le 1 de l'article 8 de l'accord est modifié comme suit :

« 1. Taux de cotisation et répartition

a) Régime frais de santé obligatoire

Le taux de cotisation mensuelle pour la garantie complémentaire frais de santé est égal à 0,98 % du plafond mensuel de sécurité sociale (PMSS), qui est de 3 129 € en 2014 réparti comme suit :
– 15 % à la charge des employeurs dans la limite du montant en euros par mois fixé par l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ;
– 85 % à la charge des salariés.

Le salarié bénéficiaire de la garantie complémentaire frais de santé a la possibilité de choisir des options facultatives pour ses ayants droit, dont la cotisation sera entièrement à sa charge et s'ajoute à la cotisation ci-dessus, sur la même base de remboursement de frais de santé que les salariés (cf. annexe II) :
- 1re option : garantir le remboursement des frais de santé engagés par le conjoint, au taux de cotisation de 1,19 % du PMSS ;
- 2e option : garantir le remboursement des frais de santé engagés par les enfants à charge, au taux de cotisation de 0,79 % du PMSS par enfant à charge, avec gratuité à partir du 3e enfant ;
- 3e option : garantir le remboursement des frais de santé engagés par le conjoint et par les enfants à charge, au taux de cotisation de 1,80 % du PMSS.

Ces pourcentages sont applicables pour une période de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur de l'accord, dans le cadre de la réglementation applicable au 1er janvier 2010.

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 garantie et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation. »

Le paragraphe b « Options facultatives améliorant le régime frais de santé obligatoire » est modifié comme suit :

« Les taux de cotisation mensuelle pour le salarié des deux options facultatives sont revalorisés comme suit :
- hypothèse A : 1,36 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- hypothèse B : 1,51 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

La répartition est identique à celle du régime obligatoire, sur la base de la cotisation du régime obligatoire pour l'employeur, afin que sa participation ne dépasse pas en pourcentage et en euros celle du régime obligatoire : 15 % à la charge des employeurs du taux de cotisation mensuel égal à 0,98 % du plafond mensuel de sécurité sociale, et le solde de cotisation restant est entièrement à la charge des salariés.

Le montant de la part salariale de cotisation dépassant celle du régime obligatoire sera entièrement acquitté par le salarié, et l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation.

Le salarié peut choisir ces options facultatives pour ses ayants droit :

(En pourcentage.)

	Hypothèse A	Hypothèse B
Extension conjoint	1,65	1,83
Extension par enfant (gratuité à partir du 3e)	0,97	1,08
Extension famille	2,41	2,77

La suite du paragraphe b n'est pas modifiée.

Article 2 Modifications de certaines garanties du régime complémentaire frais de santé

Le taux de la garantie frais d'optique, indiqué à l'annexe II de l'accord, pour le régime obligatoire des salariés, est modifié de la manière suivante :

« Remboursement régime de base (MSA) + complémentaire obligatoire de base :
- monture : 4 % du PMSS (une monture tous les 2 ans) ;
- verres ou lentilles (y compris jetables) remboursés par la sécurité sociale : 455 % de la base de remboursement + forfait de 6 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire. »

Les taux de la garantie frais d'optique, indiqués à l'annexe IV, pour le régime facultatif, sont modifiés de la manière suivante :

« Option A :
- monture : 5 % du PMSS (une monture tous les 2 ans) ;
- verres ou lentilles (y compris jetables) remboursés par la sécurité sociale : 565 % de la base de remboursement, ramenés à 455 % de la base de remboursement pour les enfants à charge de moins de 16 ans + forfait de 7 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire.

Option B :
- monture : 6 % du PMSS (une monture tous les 2 ans) ;
- verres ou lentilles (y compris jetables) remboursés par la sécurité sociale : 565 % de la base de remboursement, ramenés à 455 % de la base de remboursement pour les enfants à charge de moins de 16 ans + forfait de 8 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire.

Les bases de remboursement des frais médicaux sont modifiées comme suit :

Frais médicaux	Pourcentage de la BR
Consultations, visites (médecin ou spécialiste)	240
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	230
Analyses, examens de laboratoire	230
Radiographie, électroradiologie	240

Article 3 Entrée en vigueur

Le présent avenant prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suivra son extension.

Article 4 Dépôt., Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE du Centre.

Avenant n° 3 du 26 novembre 2013 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre)

26 novembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juin 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-13

Article 1er Modification de l'article 3

L'article 3 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

1. Au 2e alinéa, les mots : « 9 mois » sont remplacés par les mots : « 6 mois ».

2. Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » est modifié comme suit :
a) Le 2e alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
«, 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 équivalent.
Cette exclusion prend fin en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées 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 ».
b) Au 7e alinéa, après les mots : « Les salariés à temps partiel » sont ajoutés les mots « et les apprentis ».
c) Le 8e alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
«, les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté ».
d) Sont ajoutés les 9e et 10e alinéas suivants :
« 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.
Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 3 du 26 novembre 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. »

(Le reste sans changement.)

Article 2 Modification de l'article 8

Le 3 de l'article 8 « Suspension du contrat de travail » est modifié comme suit :

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

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail pour maladie ou accident, les garanties frais de santé continuent à être accordées, sans versement de la cotisation correspondante pendant les 3 premiers mois civils entiers de la suspension du contrat de travail. Au-delà de cette période, les garanties frais de santé peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante directement à CRIA Prévoyance.

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 du régime complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de

cotisation de la part de l'employeur et du salarié 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. »

Article 3 Ajout à l'article 8

L'article 8 est complété comme suit :

« 4. Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant doit 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 (cf. annexe V).

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 4 Création d'une annexe V

Il est créé une annexe Vrédigée comme suit :

« Annexe V

Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, 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 premier 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. »

Article 5 Entrée en vigueur

Le présent avenant prendra effet :
- concernant la modification du 2e alinéa de l'article 3 de l'accord (conditions d'ancienneté des salariés bénéficiaires), au 1er janvier 2014 ;
- concernant les autres modifications, au 1er juin 2014.

Article 6 Dépôt., Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE du Centre.

Avenant n° 4 du 15 janvier 2015 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre)

15 janvier 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 Légifrance PDF officiel du BO n°2015-12

Préambule

Au vu des résultats du régime complémentaire « Frais de santé », les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre en place un taux d'appel concernant les cotisations inhérentes aux salariés ayant 6 mois d'ancienneté et plus, affiliés à titre obligatoire, ainsi que d'augmenter les cotisations correspondantes à l'extension facultative des garanties aux ayants droit et aux garanties optionnelles.

En conséquence, l'accord régional du 3 juillet 2009 est modifié comme suit :

Article 1er Taux de cotisation et répartition

Le paragraphe « 1. Taux de cotisation et répartition » de l'article 8 « Cotisations » de l'accord est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Taux de cotisations et répartitions

A., Régime frais de santé obligatoire et extensions facultatives

Le taux de cotisation mensuelle pour la garantie complémentaire « Frais de santé » est égal à 0,98 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (3 170 € pour 2015) réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs dans la limite de 5,50 € par mois et 85 % à la charge des salariés.

Un taux d'appel inférieur au taux conventionnel peut être mis en place après accord entre les partenaires sociaux et l'organisme assureur.

Le salarié bénéficiaire de la garantie complémentaire « Frais de santé » a la possibilité de choisir des options facultatives pour ses ayants droit, dont la cotisation est entièrement à sa charge et s'ajoute à la cotisation ci-dessus, sur la même base de remboursement de frais de santé que les salariés (cf. annexe II) :

Première option : garantir le remboursement des frais de santé engagés par le conjoint, au taux de cotisation de 1,35 % du PMSS.

Deuxième option : garantir le remboursement des frais de santé engagés par les enfants à charge, au taux de cotisation de 0,89 % du PMSS pour 1 enfant et de 1,78 % du PMSS pour 2 enfants, avec gratuité à compter du troisième enfant à charge.

Troisième option : garantir le remboursement des frais de santé engagés par la famille (conjoint et enfants à charge), au taux de cotisation de 2,04 % du PMSS.

Ces pourcentages sont 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 garantie et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation.

B., Options facultatives améliorant le régime « Frais de santé obligatoire »

Les taux de cotisations mensuelles supplémentaires pour le salarié des deux options facultatives sont revalorisés comme suit :
- hypothèse A : + 0,43 % du PMSS ;
- hypothèse B : + 0,60 % du PMSS.

La répartition est identique à celle du régime obligatoire, sur la base de la cotisation du régime obligatoire pour l'employeur, afin que sa participation ne dépasse pas en pourcentage et en euros celle du régime obligatoire : 15 % à la charge des employeurs du taux de cotisation mensuel égal à 0,98 % du PMSS, et le solde de cotisation restant est entièrement à la charge des salariés.

Le montant de la part salariale de cotisation dépassant celle du régime obligatoire est entièrement acquitté par le

salarié, et l'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation.

Le salarié peut choisir ces options facultatives pour ses ayants droit :

	Hypothèse A	Hypothèse B
Extension conjoint	+ 0,52 % du PMSS	+ 0,72 % du PMSS
Extension par enfant (gratuité à partir du troisième)	+ 0,20 % du PMSS	+ 0,33 % du PMSS
Extension famille	+ 0,72 % du PMSS	+ 1,10 % du PMSS

La cotisation globale acquittée pour les ayants droit est entièrement financée par le salarié, et l'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation correspondante.

Le choix du salarié est définitif et ne peut plus être modifié, sauf :
- s'il choisit une option améliorant ses garanties « Frais de santé » ou celles de ses ayants droit. La modification est alors applicable à compter du 1er janvier de l'année suivante ;
- s'il y a une modification de la structure familiale (mariage, décès, naissance, divorce, etc.). La modification est alors applicable à compter du premier jour du mois suivant la survenance de l'évènement.

Les taux de cotisations sont 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 garantie et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant prend effet à compter du 1er janvier 2015.

Article 3 Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera établi en nombre suffisant pour être déposé, selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, au pôle « Politique du travail » de la DIRECCTE du Centre.

Avenant n° 5 du 9 novembre 2015 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif à la protection sociale complémentaire frais de santé pour les salariés non affiliés à l'AGIRC en région Centre-Val de Loire

9 novembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-39

Préambule

Au vu des dernières modifications légales et réglementaires sur les régimes frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC en région Centre-Val de Loire.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la santé des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, qui a créé par avenant n° 4 un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives.

En conséquence, l'accord régional frais de santé du 3 juillet 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

L'article 2 est complété des dispositions suivantes :

« Les employeurs relevant 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 ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté …) ;
- 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 : elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistant, 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 du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé 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) »

(1) Le troisième alinéa de l'article 2 est étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 2

Les trois premiers paragraphes de l'article 3 sont modifiés de la manière suivante :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :
- à tout salarié non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord,
à l'exclusion des :
- salariés affiliés à l'AGIRC et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de défini dans la convention précitée ;
- VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

Toutefois, l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, 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. »

Les dispositions des « dispenses d'affiliation » de l'article 3 sont supprimées et remplacées par :

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

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
-, dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit 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. »

Le paragraphe du « cas particulier » relatif au « salarié à employeurs multiples » est supprimé et sera transposé à l'article 8.

Article 3

L'article 4 est complété des dispositions suivantes :

« Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe II comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 4 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers. (1) »

(1) Le troisième alinéa de l'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 4

L'article 5 est modifié de la façon suivante :

« Salariés non affiliés à l'AGIRC n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés non affiliés à l'AGIRC qui ne remplissent pas la condition d'ancienneté requise, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif des garanties prévues par le présent accord. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du présent régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son/ ou ses ayant (s) droit.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe II. »

Article 5

L'article 5 bis est modifié de la manière suivante :

« Les salariés bénéficiaires à titre obligatoire, par application de l'article 3 du présent accord, et (ou) à titre facultatif, par application de l'article 5, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif d'une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe II).

L'option choisie s'applique alors au salarié et à son/ ou ses ayant (s) droit.

L'option supplémentaire choisie a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des bénéficiaires défini par le salarié pour les garanties de base : salarié et ayants droit.

Une même famille ne peut pas souscrire simultanément aux deux options supplémentaires.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion par le salarié.

La cotisation de ces options supplémentaires sera entièrement financée par le salarié. »

Article 6

L'article 6 est supprimé et remplacé par :

« Article 6
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/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 (NOR : AFSS1502895C).

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 7

L'article 11 devient l'article 7 qui est modifié de la manière suivante :

« Article 7
Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “ loi Evin ”, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent 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 10 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 applicable aux salariés actifs ;
- 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.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations. »

Article 8

Les points 1 (« Taux de cotisations et répartitions ») et 2 (« Appel et recouvrement des cotisations ») de l'article 8 sont modifiés de la manière suivante, y compris le titre de l'article 8 :

« Article 8
Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif régional 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 dispositif régional obligatoire frais de santé, 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 dispositif régional obligatoire frais de santé (garanties supérieures, identiques ou non, aux options régionales facultatives stipulées au présent accord) ;

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

Cas particulier du 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 express écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 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 9

L'article 9 devient l'article 11, sans changement du titre ni de sa rédaction.

Article 10

Le nouvel article 9 est le suivant :

« Article 9

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 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures. »

Article 11

Création d'un article 9.1 après l'article 9 :

« Article 9.1
Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :
- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités 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 aide de 150 à 500 € par an, 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 9.2 et 9.3. »

Article 12

Le point 3 (« Suspension du contrat de travail ») de l'article 8 devient les articles 9.2 et 9.3 :

« Article 9.2
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 9.3
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 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. »

Article 13

Le point 4 (« Portabilité ») de l'article 8 devient l'article 10 :

« Article 10
Portabilité à titre gratuit

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant doit 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 en annexe au présent avenant pour information.

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

Article 14

L'article 10 devient l'article 12 et change de titre et de rédaction :

« Article 12
Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non affiliés à l'AGIRC 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 régionale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord régional 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 FRSEA Centre-Val de Loire Val de Loire. »

Article 15

L'article 12 devient l'article 13, sans autre changement.

Article 16

L'annexe II présente la nouvelle grille des garanties du dispositif régional frais de santé socle et ses options, dénommées régimes surcomplémentaires 1 et 2 dans le tableau, mises en conformité des dispositions légales et réglementaires.

Par conséquent, l'annexe IV qui présentait les anciennes options est supprimée.

L'annexe III est supprimée.

L'annexe V devient l'annexe III, sans changement de rédaction sur la portabilité.

Article 17 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2016.

Article 18 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE.

Annexe

Annexe II
Garanties santé

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site www. legifrance. gouv. fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 195 à 201**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20160039 _ 0000 _ 0023. pdf/ BOCC

Avenant n° 6 du 23 octobre 2019 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre-Val de Loire)

23 octobre 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 Légifrance PDF officiel du BO n°2020-15

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursement, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursés (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Par ailleurs, l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance a modifié certaines garanties.

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, et avec l'accord national agricole, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1er janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) définis dans l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC en région Centre Val de Loire.

De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la Loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire, et du régime optionnel.

Article 1er

L'annexe 2 est modifiée comme suit : une nouvelle grille de garanties remplace et supprime la grille précédente.

Tableau des garanties

Les remboursements interviennent, y compris le remboursement de la sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient, ainsi que le régime socle pour les régimes surcomplémentaires.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés et de :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20200015 _ 0000 _ 0027. pdf/ BOCC

Article 2 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2020.

Article 3 Dépôt et extension

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

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE.

Avenant n° 7 du 20 mai 2021 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre-Val de Loire)

20 mai 2021, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er août 2022 Légifrance PDF officiel du BO n°2022-17

Préambule

Compte tenu de la généralisation de la complémentaire santé introduite par la loi du 14 juin 2013 dite « Loi de sécurisation de l'emploi » et de l'obligation de couverture de tous les salariés pour ce type de risque, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de supprimer la condition d'ancienneté.

En outre, conformément au décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé, et, au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, les garanties évoluent.

En conséquence l'accord régional est modifié comme suit :

Article 1er Salariés bénéficiaires

Les trois premiers paragraphes de l'article 3 de l'accord régional « Salariés bénéficiaires » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :
- à tout salarié non affilié à l'AGIRC quelle que soit son ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

À l'exclusion :
- des salariés affiliés à l'Agirc et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la

caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'Agirc et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ».

En conséquence, toute référence à une quelconque ancienneté est supprimée.

Les autres dispositions de l'article 3 de l'accord régional sont inchangées.

Article 2 Offres à adhésion individuelle et facultative

L'article 5 de l'accord régional est modifié comme suit :

Le premier paragraphe de l'article 5 de l'accord régional « Offres à adhésion individuelle et facultative » intitulé « Salariés non affiliés à l'Agirc n'ayant pas l'ancienneté requise » étant désormais sans objet, est supprimé.

Ce paragraphe supprimé est remplacé par le paragraphe suivant qui prévoit une nouvelle disposition :
« Entreprise : toute entreprise peut adhérer de façon volontaire à une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe 2) et affilier tous ses salariés en prenant en charge à minima 50 % du coût global de la complémentaire santé. »

L'autre disposition de l'article 5 est inchangée.

L'article 5 bis de l'accord régional est remplacé comme suit :
« Les salariés affiliés à titre obligatoire, par application de l'article 3 du présent accord, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif d'une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe 2).
L'option choisie s'applique alors au salarié et à son ou ses ayant(s) droit.
L'option choisie a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des bénéficiaires défini par le salarié pour les garanties de base : salariés et ayants droit.
Une même famille ne peut pas souscrire simultanément aux deux options supplémentaires.
Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription de l'option par le salarié.
La cotisation de ces options supplémentaires est entièrement financée par le salarié. »

Article 3 Cas particulier du salarié à employeurs multiples

Les dispositions relatives au cas particulier du salarié à employeur multiples mentionnées au sein de l'article 8 de l'accord régional « Financement du dispositif frais de santé » est remplacé comme suit :

« Cas particulier du 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 couverture.

Les signataires décident que cet employeur est celui qui a embauché en premier le salarié, 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 3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs. »

Article 4 Garanties

L'annexe 2 de l'accord régional est supprimée et remplacée par celle ci-jointe.

Article 5 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la parution de l'arrêté d'extension au Journal officiel.

Il est convenu de solliciter son extension.

Article 6 Durée de l'accord. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 7 Notification. Dépôt. Extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent, à l'initiative de la plus diligente, de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre de l'accord régional frais de santé dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de cet accord, quel que soit la taille des entreprises concernées, cet accord ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Annexe

Annexe 2
Garanties (1)

(Annexe non reproduite, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique « Publications officielles » « Bulletins officiels des conventions collectives ».)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20220017 _ 0000 _ 0036. pdf/ BOCC

(1) Les tableaux de garanties sont étendus sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant les périodicités de prise en charge des équipements tel que précisé par l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 9 juin 2022 - art. 1)

Avenant n° 8 du 11 octobre 2023 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre-Val de Loire)

11 octobre 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2023 Légifrance PDF officiel du BO n°2024-27

Préambule

La commission paritaire de l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017, en région Centre-Val de Loire, s'est réunie le 11 octobre 2023.

Dans un contexte d'inflation, et cet accord ayant un compte de résultat bénéficiaire depuis son application, au 1er janvier 2010, les partenaires sociaux ont décidé d'augmenter les montants de remboursement de certains frais de santé sans hausse de cotisations.

Article 1er

Les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1er octobre 2023, les montants des prestations complémentaires santé suivantes (les prestations s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale ou de la MSA) :

• Hospitalisation (sur le régime de base) :
Lit d'accompagnement : 40 € par nuitée.

• Soins de ville (sur le régime de base) :
- spécialistes OPTAM (consultation/visite/consultation en ligne) : 130 % BR ;
- spécialistes non OPTAM (consultation/visite/consultation en ligne) : 110 % BR ;
- actes techniques OPTAM : 130 % BR ;
- actes techniques non OPTAM : 110 % BR ;
- actes d'imagerie médicales OPTAM : 130 % BR ;
- actes d'imagerie médicales non OPTAM : 110 % BR.

• Matériel médical (sur le régime de base et sur le régime de base + option 1) :
- appareillage : 110 % BR.

Pour information, BR signifie base de remboursement de la sécurité sociale.

L'annexe 2 est modifiée et une nouvelle grille de garanties, ci jointe, remplace et supprime la grille précédente.

Article 2 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er octobre 2023.

Article 3 Dépôt et extension

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

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à la DREETS Centre-Val de Loire.

Annexe

Annexe

« Annexe 2
Garanties frais de santé

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale ou de la MSA dans la limite des frais engagés.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. legifrance. gouv. fr, rubrique « Publications officielles » « Bulletins officiels des conventions collectives ».)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20240027 _ 0000 _ 0032. pdf/ BOCC

Avenant n° 9 du 16 octobre 2024 à l'accord du 3 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Centre-Val de Loire)

16 octobre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er novembre 2024 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-26

Préambule

La commission paritaire de l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres en région Centre, s'est réunie le 16 octobre 2024, afin de mettre à jour le titre, le champ d'application (art. 1er) et les salariés bénéficiaires (art. 3), conformément au décret du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective sur les règles des catégories objectives, le changement devant être fait avant le 31 décembre 2024.

Article 1er Modification du titre de l'accord

Le titre de l'accord est modifié et la nouvelle version est :

« Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture en Centre-Val de Loire pour les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ».

Article 2 Modification du champ d'application de l'accord

L'article 1er de l'accord, qui définit le champ d'application, est désormais rédigé de la façon suivante, qui annule et remplace la précédente :

« Article 1er
Champ d'application

Le présent accord est applicable sur la région Centre-Val de Loire, 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, visés à l'article 3 du présent accord, et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1,1° du code rural (à l'exception des rouisseurs teilleurs de Lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Les articles L. 722-1 et L. 722-2 du code rural sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (annexe 1). »

Article 3 Modification de la définition des salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord, qui définit les salariés bénéficiaires, est désormais rédigé de la façon suivante, qui annule et remplace la précédente :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, s'appliquent à tous les 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, et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du présent accord :
- 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 frais de santé 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.

Toutefois l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, 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 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er novembre 2024.

Article 5 Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.
Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.
Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à la DREETS Centre-Val de Loire.