CartoAgri, dossier départemental

Calvados (14)

Accords territoriaux en vigueur : production agricole, CUMA, travaux agricoles et forestiers, prévoyance et frais de santé

Département	Calvados (14)
Textes territoriaux	22
Conventions concernées	Production agricole et CUMA, Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF), Frais de santé des non-cadres, Calvados (accord du 18 juin 2009), Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009), Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009)
Sur la carte	https://www.cartoagri.fr/#dep=14

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

Production agricole et CUMA (IDCC 7024) 5 textes

Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) (IDCC 7025) 5 textes

Frais de santé des non-cadres, Calvados (accord du 18 juin 2009) 7 textes

Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009) 3 textes

Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009) 2 textes

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes 15 documents

Ces accords complètent les conventions nationales, à lire avec elles. Pour chaque convention, CartoAgri propose aussi un PDF réunissant le texte national et les accords de ce département.

Production agricole et CUMA (IDCC 7024)

Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF

Normandie Accord du 3 mars 2026 relatif à l'amélioration du régime de retraite supplémentaire des salariés non cadres

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 Légifrance PDF officiel du BO n°2026-29

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Normandie Accord de substitution du 3 mars 2026 après négociations d'anciens accords territoriaux

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 Légifrance PDF officiel du BO n°2026-29

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Calvados (ex-IDCC 9141 et 9142) Avenant n° 7 du 28 novembre 2024 à l'accord du 18 juin 2009 relatif à la protection sociale complémentaire frais de santé

28 novembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-14

Préambule

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord du 18 juin 2009 aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, selon les dispositions prévues l'accord national par du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Le présent avenant a également pour objet d'aménager l'accord précité à l'aune de la mise en place du régime unifié Agirc-Arrco via l'article 155 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017, qui annule et remplace dans toutes leurs stipulations à compter du 1er janvier 2019, la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire (ARRCO) du 8 décembre 1961.

En outre, l'entrée en vigueur d'un certain nombre d'évolutions réglementaires inhérentes aux remboursements des frais de santé a également rendu nécessaire la mise en conformité dudit régime.

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

Article 1er Modification de l'accord de protection sociale complémentaire frais de santé du 18 juin 2009

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » de l'accord précité sont modifiées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :
- à tout salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sans condition d'ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

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

dans leur entreprise, conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 12 “ Antériorité des régimes d'entreprise ” de l'accord départemental du 25 septembre 2009, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum. »

L'ensemble des autres dispositions de l'article 3 du présent accord demeurent inchangées.

Article 2 Mise en conformité des garanties

Le tableau des garanties figurant en annexe 1 de l'accord est remplacé par le tableau ci-après.

« Annexe 1 Garanties complémentaires santé

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0042.pdf/BOCC

Article 3 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension et au plus tard, le 1er janvier 2025.

Article 4 Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

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.

Calvados Avenant n° 26 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 1er juin 2004

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 Légifrance PDF officiel du BO n°2026-29

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Calvados Avenant n° 50 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 17 janvier 1991

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 Légifrance PDF officiel du BO n°2026-29

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) (IDCC 7025)

Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF

Basse-Normandie (ex-IDCC 8252) Avenant n° 70 du 9 novembre 2021

9 novembre 2021, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 9 novembre 2021 Légifrance PDF officiel du BO n°2022-1

Préambule

Les partenaires sociaux constatent la nécessité d'actualiser les dispositions de la convention collective des Entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989, afin de les mettre en conformité avec les évolutions législatives, réglementaires et conventionnelles.

À ce titre, il convient de prendre en compte la convention collective nationale de travail concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux et les entreprises de travaux et services forestiers du 8 octobre 2020, étendue par arrêté du 18 décembre 2020 publié au Journal officiel du 16 février 2021.

Comme stipulé dans le préambule de la convention collective nationale, la présente convention collective régionale devient un accord collectif étendu, conformément à l'article L. 2232-5-2 du code du travail.

Les partenaires sociaux régionaux conviennent d'actualiser, les classifications professionnelles telles que prévues à la convention collective nationale susvisée.

Une nouvelle grille pour la rémunération y est également appliquée.

Le présent avenant vise à répondre à ces objectifs.

La branche professionnelle étant constituée principalement de petites et moyennes entreprises, les stipulations de la convention collective et accords liés répondent aux contingences visées à l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 1er Grille de classification

Les stipulations de l'article 19 « Calcul des salaires » et l'annexe I « Classification des emplois » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 19 Les classifications

Dans le cadre de la convention collective nationale des ETARF, “ Les partenaires sociaux ont construit un dispositif de classification qui appréhende toutes les composantes actuelles des emplois des ETARF nécessaires au maintien permanent de la compétitivité des entreprises du secteur tout en permettant une évolution professionnelle de l'ensemble des salariés. Ainsi en clarifiant, en harmonisant la structure et les critères de classifications sur le territoire national, les partenaires sociaux veulent favoriser le développement des parcours professionnels.

Pour l'application de la présente classification, il convient de prendre en compte les principes suivants :
- c'est l'emploi réellement tenu qui détermine le niveau de classification. La référence aux diplômes ne sert qu'à déterminer le niveau de connaissances requises pour tenir l'emploi.
Ces connaissances peuvent avoir été acquises par l'expérience ;
- les descriptions d'emplois ont vocation à décrire de manière générale chaque niveau et échelon. Compte tenu de la diversité existant dans la réalité des entreprises en termes d'organisation, de travaux et service, d'emplois et de compétences, ces définitions n'empêchent pas que des différences puissent être constatées entre la classification d'un salarié et ses activités réelles, dès lors que ces différences demeurent marginales par rapport aux caractéristiques principales de son emploi. Cette nouvelle classification ne remplace pas pour autant des fiches de poste. ”

Ainsi, pour les salariés rémunérés au temps, Il est appliqué les classifications et les définitions des emplois définies à l'article 1.1, 1.2, 5.1 et 5.2 de l'annexe I de la convention nationale ETARF du 8 octobre 2020) ».

En conséquence, pour les salariés rémunérés au temps, l'annexe I « Classification des Emplois » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie est abrogée et remplacée par les grilles de classification visées à l'article 1.1, 1.2, 5.1 et 5.2 de l'annexe I de la convention nationale du 8 octobre 2020.

Cette substitution s'effectue pour le présent et pour l'avenir en cas de modifications ultérieures des articles 1.1, 1.2, 5.1

et 5.2 de la grille de classification de l'annexe I de la convention collective nationale de travail étendue (ETARF) du 8 octobre 2020.

Article 2 Rémunérations

Pour les salariés rémunérés au temps, l'article 18 de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie et l'annexe II « Barème des salaires minima » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 18
Salaires minimaux conventionnels

Pour les emplois rémunérés au temps, les salariés sont rémunérés sur la base du salaire minimum fixé en fonction de la grille de classification conventionnelle.

Un accord collectif territorial ou sectoriel peut définir, pour tous ou certains emplois, des rémunérations minimales d'un montant supérieur au montant ressortant des grilles de rémunération visées à l'article 1.1/1.2, 5.1/5.2 de l'annexe II de la convention collective nationale de travail étendue ETARF du 8 octobre 2020. Dans ce cas, il sera fait application pour les emplois concernés de la rémunération minimale fixée par ledit accord collectif régional. »

Par ce présent accord, la grille de rémunération locale applicable en Normandie est fixée à l'annexe II du présent accord.

En conséquence, l'annexe II « Barème des salaires minima » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie est abrogée et remplacée par la grille de rémunérations de l'annexe II du présent accord.

Annexe I Grille de classification

Pour les salariés rémunérés au temps, il est appliqué les classifications et les définitions des emplois définies à l'article 1.1, 1.2, 5.1 et 5.2 de l'annexe I de la convention nationale du 8 octobre 2020.

Annexe II Grille de rémunérations

(En euros.)

Classification	Échelon	Salaire horaire
1.1. Rémunérations concernant le personnel d'exécution des entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Emplois exécutants	1	10,48
	2	10,61
Emplois spécialisés	1	10,85
	2	11,11
Emplois qualifiés	1	11,38
	2	11,79
Emplois hautement qualifiés	1	12,00
	2	12,35
1.2. Rémunérations concernant le personnel bénéficiant du statut de technicien, agent de maîtrise et cadre en entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Technicien agent de maîtrise (TAM 1)	1	13,39
	2	13,95
Technicien agent de maîtrise (TAM 2)	1	14,44
	2	14,97
Cadre I		16,72
Cadre II		19,82
2.1. Rémunérations concernant le personnel administratif d'exécution occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Emplois administratifs exécutant	1	10,48
	2	10,61

Emplois qualifiés	1	10,98
	2	11,22
Emplois hautement qualifiés	1	11,65
	2	12,13
2.2. Rémunérations concernant le personnel administratif technicien administratif et comptable et cadre occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Technicien administratif et comptable	1	12,80
	2	13,52
Cadre I		16,72
Cadre II		19,82

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet à compter de sa signature.

Basse-Normandie (ex-IDCC 8252) Avenant n° 71 du 28 juin 2022

28 juin 2022, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2022 Légifrance PDF officiel du BO n°2022-27

Article 1er

L'annexe II de la convention collective est abrogée et remplacée par la suivante :

« Annexe II Grille de rémunérations

Concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux et les entreprises de travaux et services forestiers.

(En euros.)

Classification	Échelon	Salaire horaire
1.1. Rémunérations concernant le personnel d'exécution des entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Emplois exécutants	1	10,85
	2	11,00
Emplois spécialisés	1	11,13
	2	11,39
Emplois qualifiés	1	11,66
	2	12,08
Emplois hautement qualifiés	1	12,30
	2	12,61
1.2. Rémunérations concernant le personnel bénéficiant du statut de technicien, agent de maîtrise et cadre en entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Technicien agent de maîtrise (TAM 1)	1	13,39
	2	14,05
Technicien agent de maîtrise (TAM 2)	1	14,82
	2	15,56
Cadre I		17,34
Cadre II		20,55
2.1. Rémunérations concernant le personnel administratif d'exécution occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Emplois administratifs exécutants	1	10,85

	2	11,00
Emplois qualifiés	1	11,38
	2	11,66
Emplois hautement qualifiés	1	12,08
	2	12,61
5.2. Rémunérations concernant le personnel administratif technicien administratif et comptable et cadre occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Technicien administratif et comptable	1	13,27
	2	14,05
Cadre I		17,34
Cadre II		20,55

Article 2

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet à compter du 1er juillet 2022.

Basse-Normandie (ex-IDCC 8252) Avenant n° 72 du 1er février 2023

1er février 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er mai 2023 Légifrance PDF officiel du BO n°2023-13

Article 1er

L'annexe II de l'accord collectif 8252 « Entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie » est abrogée et remplacée par la suivante :

« Annexe II
Grille de rémunérations

(En euros.)

Classification	Échelon	Salaire horaire
1.1. Rémunérations concernant le personnel d'exécution des entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Emplois exécutants	1	11,27
2	11,43	
Emplois spécialisés	1	11,55
2	11,83	
Emplois qualifiés	1	12,09
2	12,41	
Emplois hautement qualifiés	1	12,73
2	13,03	
1.2. Rémunérations concernant le personnel bénéficiant du statut de technicien, agent de maîtrise et cadre en entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Technicien agent de maîtrise (TAM 1)	1	13,75
2	14,47	
Technicien agent de maîtrise (TAM 2)	1	15,26
2	16,03	
Cadre I		17,86
Cadre II		21,17
2.1. Rémunérations concernant le personnel administratif d'exécution occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		

Emplois administratifs exécutant	1	11,27
2	11,43	
Emplois qualifiés	1	11,80
2	12,08	
Emplois hautement qualifiés	1	12,50
2	13,03	
2.2. Rémunérations concernant le personnel administratif technicien administratif et comptable et cadre occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Technicien administratif et comptable	1	13,69
2	14,47	
Cadre I		17,86
Cadre II		21,17

Article 2

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui entrera en vigueur le 1er jour du mois civil qui suit la date de la publication de l'arrêté d'extension du présent avenant au Journal officiel.

Normandie Avenant n° 6 du 5 décembre 2024 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres

5 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-14

Préambule

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 17 juin 2009, en fonction des dispositions prévues par « l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. »

De plus, le tableau des garanties santé est mis à jour par le présent avenant conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties.

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

Article 1er Modification de l'article bénéficiaires

L'alinéa 1 « Les salariés » de l'article 2 « Les bénéficiaires » de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009 est annulé et remplacé comme suit :

« 1. Les salariés

Les dispositions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, à l'exclusion :

• Des 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 des techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet le 1er jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois tel que défini ci-dessus. »

Article 2 Tableau des garanties

L'article 4 « Les prestations » est annulé et remplacé comme suit :

« Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats “solidaires et responsables”.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés. »

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0047.pdf/BOCC

Article 3 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2025.

Article 4 Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant. 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.

Normandie Avenant n° 6 du 5 décembre 2024 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance

5 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-14

Préambule

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 17 juin 2009, en fonction des dispositions prévues par « l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. »
Il est également précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1er Modification de l'article « Champ d'application »

L'alinéa 2 « les salariés couverts » de l'article 1er « Champ d'application » de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 27 janvier 2009 est annulé et remplacé comme suit :

« Article 2
Les salariés couverts

Les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 27 janvier 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, à l'exclusion :
des 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 des techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.
»

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.
Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2025.

Article 3 Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant. 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.

Frais de santé des non-cadres, Calvados (accord du 18 juin 2009)

Accord du 18 juin 2009 relatif à la protection sociale complémentaire frais de santé des salariés non cadres des exploitations de production agricole du Calvados

18 juin 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2009-39

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département du Calvados signataires souhaitent mettre en place un régime complémentaire frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres des exploitations de production agricole du département du Calvados de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable, afin notamment de :
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective du 1er juin 2004 de la production agricole du Calvados et de la convention collective du 17 janvier 1991 des exploitations et entreprises de l'horticulture, des pépinières, de l'arboriculture, de la production de fruits et de champignons du Calvados.

Article 1 Champ d'application

Article 1.1 Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres du secteur de la production agricole du département du Calvados relevant des activités suivantes :
- la polyculture ;
- l'élevage dont les élevages de petits et gros animaux spécialisés ou non ;
- l'élevage de chevaux et les haras ;
- le maraîchage et les cultures légumières ;
- les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation ;
- la pêche à pied qui relève des professions agricoles ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole ;
- l'horticulture et les pépinières ;
- l'arboriculture et la production fruitière ;
- les champignonnières.

Article 1.2 Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des entreprises situées sur le territoire du Calvados ainsi que dans les établissements situés également dans le département et qui constituent, contractuellement, le lieu habituel de travail même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe, et indépendamment du domicile des employeurs et des salariés.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et des salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1er janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

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.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

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

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :
- à tout salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sans condition d'ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

À l'exclusion :
- des salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise, conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 12 “ Antériorité des régimes d'entreprise ” de l'accord départemental du 25 septembre 2009, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dûment justifiés, les salariés sont affiliés à la garantie santé dès le 1er jour de leur embauche.

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.

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du 1er mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives 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 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 4 Offre à adhésion individuelle et facultative

Article 4.1 Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 4.2 L'extension famille (enfants et conjoint) facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 5 Garanties

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Article 5.1 Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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 I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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)* (1) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

(1) Au cinquième alinéa de l'article 5.1, en remplacement des mots « (régime général de la sécurité sociale et garanties complémentaires), lire les mots « (régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ».
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 5.2 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.

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 à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 6 Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif départemental 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, 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'art. 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 départemental obligatoire frais de santé.

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

(ancien article 7)

Article 7 Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur.

(ancien article 9)

Article 8 Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 10, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, 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 applicables 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.

(ancien article 10)

Article 9 Maintien des garanties

En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :
- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

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

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé *et prévoyance* (1) est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue en annexe II du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire.

(ancien article 11)

(1) Au treizième alinéa de l'article 8, les mots « et prévoyance » sont exclus du bénéfice de l'extension.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 10 Portabilité à titre gratuit

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi. Dispositions figurant en annexe III 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.

(ancien article 11 bis)

Article 11 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 cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une “ commission paritaire de suivi de l'accord ”.

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

La commission paritaire de suivi est composée de 1 représentant désigné par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental 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 FDSEA du Calvados.

(ancien article 12)

Article 12 Antériorité des régimes d'entreprise

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné sont obligatoires à compter de la prise d'effet du présent accord.

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 départemental 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 coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre 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.

(ancien article 13)

Article 13 Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

(ancien article 14)

Article 14 Dénonciation

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 15)

Article 15 Information des salariés

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

Article 16 Dépôt et extension

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

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Annexe I

Annexe 1
Garanties complémentaires santé

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0042.pdf/BOCC

Annexe II

Annexe II

Offre à adhésion individuelle et facultative

Extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et l'organisme assureur procédera directement à la collecte de la cotisation.

La définition des ayants droit du salarié est précisée ci-dessous.

Définition des ayants droit du salarié :
- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
-, âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
-, âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
-, âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH, (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Annexe III

Annexe III

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, 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 douze 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 premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Avenant n° 1 du 25 juin 2012 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

25 juin 2012, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2013 Légifrance PDF officiel du BO n°2012-38

Article 1er

L'article 3 est supprimé et remplacé comme suit :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier l'ensemble des salariés visés au présent article auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1er, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Le bénéfice du régime frais de santé prend effet le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'ancienneté est acquise, ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Cas d'exclusion :
- les cadres ressortissant à la convention collective nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 13 du présent accord.

Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :
- les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Il est précisé que le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté. Cet employeur prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.

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

La demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

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

Article 2

Le tableau des garanties de l'annexe I est mis à jour et remplacé par celui-ci :

« Tableau des garanties

Garanties	**Régime frais de santé**		
Remboursements (1) régime de base MSA	**Remboursements complémentaires (1) Agri-Prévoyance**		
Soins courants			
Honoraires de généralistes et spécialistes	70 % BR	TM (2)	
Dépassements d'honoraires (secteurs conventionnés 1 et 2)	,	200 % BR limité à 4 fois par an	
Pharmacie	De 15 à 100 % BR	TM	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthopédistes	60 % BR	TM	
Radiologie, électroradiologie	70 % BR	TM	
Actes techniques (3)	De 35 à 70 % BR	TM	
Prothèses			
Prothèses, gros et petits appareillages (dont orthopédie) Fournitures médicales, pansements	60 % ou 100 % BR TM	TM TM	
Prothèses auditives	60 % BR	250 € par an, par oreille	
Optique		Partenaires GROUPAMA	Autres opticiens
Verres (prise en charge acceptée par le régime de base)	60 % BR	100 % prix négociés (5)	395 % BR + forfait de 275 € par an et par bénéficiaire
Montures, lentilles (prise en charge acceptée par le régime de base)	60 % BR	220 € par an	
Dentaire		Partenaires GROUPAMA	Autres chirurgiens dentistes

Soins dentaires (sauf inlay/ onlay)	70 % BR	100 % FR	30 % BR
Inlay/ onlay	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Prothèses acceptées par le régime de base	70 % BR	160 % BR + 300 € par an	140 % BR + crédit de 300 € par an
Orthodontie acceptée par le régime de base	100 % BR	150 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (4)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	TM	
Dépassements d'honoraires	,	200 % BR	
Forfait journalier	,	100 % du forfait dès le 1er jour	
Chambre particulière	,	40 € par jour limité à 60 jours par an, puis 25 € par jour	
Maternité (4)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	,	
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	,	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité	
Polyvalents			
Transport	65 % BR	TM	
Forfait actes lourds « 18 € »	,	100 % du forfait	

(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ ou établissements.
(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.
(3) Y compris actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.
(4) Secteur conventionné ou non.
(5) Prise en charge intégrale des verres sélectionnés par les opticiens partenaires et GROUPAMA dans la limite de deux verres par an et par personne.
BR : base de remboursement à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire.
TM : ticket modérateur.
FR : frais réels.
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les actes de prévention couverts selon la réglementation en vigueur sont les suivants :
1. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).
2. Un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713,4714,0323,0351).
3. Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14e anniversaire.
4. Un bilan du langage oral et/ ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
5. Un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
- audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes seules ou combinées :
- diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- coqueluche : avant 14 ans ;
- hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. »

Article 3

L'article 11 « Suspension du contrat de travail » est supprimé et remplacé comme suit :

« Article 11
Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :
- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour maternité, maladie ou accident (vie privée ou professionnelle) d'une durée d'au moins 1 mois civil complet, le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire sera maintenu sans versement de la cotisation employeur et salarié, pendant 1 095 jours au maximum.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'annexe II de l'accord du 18 juin 2009 continueront de verser la cotisation correspondante auprès d'Agri-Prévoyance.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié formulée à Agri-Prévoyance, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation. Dans ce cas, Agri-Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation directement auprès du salarié. »

Article 4

Le 4e alinéa de l'article 7.1 « Montant de la cotisation » est modifié comme suit :

« Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime complémentaire frais de santé est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale à 0,96 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :
- 20 % à la charge de l'employeur, soit 0,19 % ;
- 80 % à la charge du salarié, soit 0,77 %. »

Article 5

Le paragraphe 2 « Extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative » de l'annexe II est modifié comme suit :

« Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative extension famille est à la seule charge du salarié et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est égale à 1,75 % du PMSS.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et Agri-Prévoyance procédera directement à la collecte de la cotisation. »

Article 6

Les autres clauses de l'accord initial restent inchangées.

Article 7

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

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Le présent accord prendra effet au premier jour du trimestre civil suivant la parution de son arrêté d'extension.

Avenant n° 2 du 4 mars 2014 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

4 mars 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-27

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental du 18 juin 2009. Certaines modifications prennent en compte des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Ainsi :
- le calcul de l'ancienneté est modifié ;
- les cotisations évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- les cas de dispenses d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail sont modifiées.

Article 1er Modification partielle de l'article 3 « Salariés bénéficiaires »

Le 5e alinéa du paragraphe « Affiliation » est modifié comme suit :

« Pour les dispositions du présent accord, la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé. »

Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dispenses d'affiliation

Le salarié se trouvant dans un des cas ci-dessous a la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime.

1. Le salarié bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec un niveau de prestations au moins équivalentes à celles du présent accord.

Le salarié peut demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'il apporte un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire. La dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de modification des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

2. Le salarié bénéficiant de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

3. Le salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément.

4. Les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération brute.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), le

salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause, lorsque par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

5. Les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, 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.

Après l'entrée en vigueur du présent accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 6 mois d'ancienneté.

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

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

Article 2 Article 11 : « Suspension du contrat de travail »

L'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 11
Suspension du contrat de travail

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

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales, ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation.

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

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

Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité, et donnant lieu à versement d'indemnités journalières par le régime de base

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence, pendant 1 095 jours au maximum. Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire de l'assurance frais de santé est due intégralement.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'annexe II de l'accord du 18 juin 2009, continueront de verser la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire. »

Article 3 Article 7.1 : « Montant de la cotisation »

L'article 7.1 est ainsi modifié :

« Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur au moment de la conclusion du présent accord et de ses avenants.

Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime “ complémentaire frais de santé ” est exprimé en

pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égal à 0,99 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :
- 20 % à la charge de l'employeur, soit 0,198 % ;
- 80 % à la charge du salarié, soit 0,792 %. »

Article 4 Article 11 bis : « Portabilité »

Il est ajouté un article 11 bis « Portabilité », dont les dispositions sont les suivantes :

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

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

Article 5 Annexe III

Il est ajouté une annexe III à l'accord du 18 juin 2009.

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé, bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

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

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

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

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

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

6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au 1er alinéa. »

Article 6 Annexe II

Dans l'annexe II « Offres à adhésion individuelle et facultative », le paragraphe 2 « Extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative » est modifié comme suit au 3e alinéa :

« Le taux global de la cotisation mensuelle facultative''extension famille''est à la seule charge du salarié et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Il est égal à 1,80 % du PMSS (incluant le dispositif portabilité). »

Article 7 Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 8 Date d'effet

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

Le présent avenant prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension.

Toutefois, s'agissant des dispositions sur la portabilité, le présent accord s'imposera en tout état de cause à compter du 1er juin 2014, mais les nouveaux taux de cotisation s'appliqueront au premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent accord.

Avenant n° 3 du 17 décembre 2015 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

17 décembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-40

Préambule

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 18 juin 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la production agricole du Calvados.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la prévoyance et la santé des salariés agricoles non cadres, 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 départemental frais de santé du 18 juin 2009 est modifié comme suit :

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont supprimées et l'article 3 est remplacé comme suit :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent *(1)* :
- *à tout salarié non cadre ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, et relevant du champ d'application du présent accord* (2) ;
à l'exclusion :
- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après du présent accord, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif dont le travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1er peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévu par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

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, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé.

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.

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du 1er mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives 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 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. »

(1) Nota : les dispositions de l'article 3, premier paragraphe, concernant l'ancienneté, entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 1er janvier 2016.

(2) Le quatrième alinéa de l'article 1 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

L'article 5 « Garanties » est supprimé. Il est créé un article 5.1 et un article 5.2. L'article 5 est donc remplacé comme suit :

« Article 5
Garanties

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Article 5.1
Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :
- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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 I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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)* (1) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 5.2
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.

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 à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

(1) Au neuvième alinéa de l'article 2, en remplacement des mots « (régime général de la sécurité sociale et garanties complémentaires), lire les mots « (régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ».
(Arrêté du 14 octobre 2016-art. 1)

Article 3

L'article 6 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 4

L'article 7 « Cotisations » devient l'article 6 et son titre et ses dispositions sont modifiés. Les articles 7.1 « Montant de la cotisation » et 7.2 « Appel et recouvrement des cotisations » sont supprimés et remplacés par un article 6 unique intitulé « Financement du dispositif frais de santé ».

Les dispositions de l'article 7 sont donc modifiées en conséquence comme suit :

« Article 6
Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif départemental 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, 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'art. 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 départemental obligatoire frais de santé.

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

Article 5

Les dispositions de l'article 8 « Règlement des prestations » sont supprimées.

Article 6

Les dispositions de l'article 9 et son titre « Tiers payant et utilisation du réseau optique/ dentaire de Groupama » sont modifiées et l'article 9 devient l'article 7. En conséquence l'article 9 est modifié comme suit :

« Article 7
Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur. »

Article 7

L'article 10 « Cessation des garanties » devient l'article 8 et est modifié comme suit :

« Article 8
Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 10, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, 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 applicables 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. »

Article 8

L'article 11 « Suspension du contrat » devient l'article 9 et son titre et ses dispositions sont modifiées comme suit :

« Article 9
Maintien des garanties

En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :
- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

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

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé *et prévoyance* (1) est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue en annexe II du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire. »

(1) Au quinzième alinéa de l'article 8, les mots « et prévoyance » sont exclus du bénéfice de l'extension.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 9

L'article 11 bis « Portabilité » devient l'article 10 et son titre est modifié :

« Article 10
Portabilité à titre gratuit

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi. Dispositions figurant en annexe III 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 10

L'article 12 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » devient l'article 11 et change de titre et de rédaction :

« Article 11
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 cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une “ commission paritaire de suivi de l'accord ”.
Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 1 représentant désigné par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental 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 FDSEA du Calvados. »

Article 11

L'article 13 « Antériorité des régimes d'entreprise » devient l'article 12. Les 2e et 3e alinéas de l'article 12 sont modifiés comme suit :

« Article 12
Antériorité des régimes d'entreprise

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 départemental 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 coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre 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. »

Article 12

L'article 14 « Recours contre des tiers responsables » devient l'article 13 et est modifié comme suit :

« Article 13
Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales. »

Article 13

L'article 15 « Clause de réexamen-dénonciation » est réécrit comme suit et son titre est modifié.

L'article 15 devient l'article 14 :

« Article 14
Dénonciation

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. »

Article 14

Il est ajouté un nouvel article « Information des salariés » qui devient l'article 15 et est rédigé comme suit :

« Article 15

Information des salariés

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

Article 15

L'annexe I présente le nouveau tableau des garanties du dispositif frais de santé départemental mis en conformité avec les dispositions légales et réglementaires.

L'annexe II « Offres à adhésion individuelle et facultative » est modifiée.

L'annexe « Dispositions légales sur la portabilité » devient l'annexe III, sans changement de rédaction.

Article 16

Les autres clauses de l'accord demeurent inchangées.

Article 17 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er juillet 2016, à l'exception des dispositions de l'article 3, premier paragraphe, concernant l'ancienneté, et de l'article 6, du présent avenant, qui entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 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 à l'unité territoriale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Basse-Normandie.

Annexe

Annexe I

Tableau garantie complémentaire santé

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire régime de base inclus
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	200 % BR limité à 4 fois par an	200 % BR limité à 4 fois par an
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y. c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100 % BR limité à 4 fois par an	100 % BR limité à 4 fois par an

Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	De 60 % à 100 % BR	0 à 40 % BR	100 % BR
Radiologie (1), électroradiographie (1), imagerie médicale (1) et ostéodensitométrie (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (2)	De 35 % à 70 % BR	30 à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Hospitalisation (y compris maternité)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 à 20 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 à 20 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y. c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour par an et par bénéficiaire)	-	40 € par jour limité à 60 jour par an puis 25 € par jour	40 € par jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-		
Maternité (4)		1/3 PMSS	1/3 PMSS
Optique			
Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maximum 150 € pour la monture.			
Monture + 2 verres	60 % BR	390 €	60 % BR + 390 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 220 € tous les ans	100 % BR + 220 € tous les ans
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an	210 % BR + crédit de 300 € par an
Inlays Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR

Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	80 % ou 50 % BR	150 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 %	0 à 40 %	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 250 € par an et par oreille	100 % BR + 250 € par an et par oreille
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (3)	-	FR	FR
(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux. Si garantie différente, ajouter lignes de garanties avec distinction CAS/ non CAS. (2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60). (4) Dans la limite des frais réellement engagés.			

Annexe II

Offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultative offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique à celui de la garantie obligatoire.
Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par ce dernier. L'organisme assureur proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.
Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui choisi pour le régime obligatoire dans les conditions prévues par celui-ci.
La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié.

2. Extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.
L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.
Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté

par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et l'organisme assureur procédera directement à la collecte de la cotisation.
La définition des ayants droit du salarié est précisée ci-dessous.
Définition des ayants droit du salarié :
- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
- âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH, (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Annexe III

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, 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 douze 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 premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Avenant n° 4 du 10 octobre 2017 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

10 octobre 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 Légifrance PDF officiel du BO n°2018-41

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements à l'accord protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la production agricole du Calvados du 18 juin 2009 s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Ils ont par ailleurs modifié les dispositions relatives aux salariés bénéficiaires, mis en conformité et amélioré les garanties santé en optique et orthodontie du tableau de garanties figurant en annexe I.

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées dans sa 1re partie (avant la partie « dispenses d'affiliation » :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :
- à tout salarié non cadre sans condition d'ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.
À l'exclusion :
- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles,
- des salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après du présent accord, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.
Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dûment justifiés, les salariés sont affiliés à la garantie santé dès le 1er jour de leur embauche. »

Les cotisations seront appelées en conséquence au pro rata temporis en fonction de la date d'entrée pour le mois considéré.

Article 2

Afin de mettre en conformité l'accord départemental et améliorer les remboursements optiques et orthodontie, le tableau de garantie de l'annexe I est abrogé et remplacé par le tableau ci-joint.

Article 3 Les offres à adhésion individuelles et facultatives

Toute la partie 1 de l'annexe II « Les offres à adhésion individuelles et facultatives » est supprimée. Le titre de l'annexe II devient : « Offre à adhésion individuelle et facultative ».

Le chiffre 2 devant « L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants) » est supprimé.

Article 4 Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau.

Article 5

Les autres clauses de l'accord du 18 juin 2009 précité restent inchangées.

Article 6 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er juillet 2018.

Article 7 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Annexe

Annexe I
Tableau garantie complémentaire santé

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total régime de base inclus
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DIDTM (1)	-	200 % BR	200 % BR limité à 4 fois par an
- médecins non adhérents aux OPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR limité à 4 fois par an
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR
Radiologie (2) électroradiographie (2), imagerie médicale (2) et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	de 35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200 % BR	200 % BR

- médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour/ an/ bénéficiaire)	-	40 € par jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour	40 € par jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-		
Maternité (4)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Optique			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			
Équipement verres unifocaux : 2 verres + 1 monture (5)	60 % BR	350 €	60 % BR + 350 €
Équipement verres mixtes : 2 verres + 1 monture (5)	60 % BR	450 €	60 % BR + 450 €
Équipement verres multifocaux : 2 verres + 1 monture (5)	60 % BR	550 €	60 % BR + 550 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR, 220 € tous les ans	100 % BR + 220 € tous les ans
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	160 % BR 1 - 300 par an	230 % BR + 300 € par an
Inlays Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	230 % ou 200 % BR	300 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	0 % ou 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 250 € par an par oreille	100 % BR + 250 € par an par oreille
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (2). transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR

BR : base de remboursement, FR : frais réels, PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale il est de 3 311 € en 2017 ; 1/3 du PMSS = 1 103,66 €.
(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-Co).
(2) Pour les éventuels dépassements d'honoraires, se référer aux dépassements frais médicaux.
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).
(4) Dans la limite des frais réellement engagés.
(5) Verres unifocaux :
- verres unifocaux simples (catégorie A) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et/ ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe, 1 verre simple et 1 verre très complexe, 1 verre complexe et 1 verre très complexe.
Verres multifocaux :
- verres multifocaux complexes (catégorie C) et très complexes (catégorie F : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres mutlifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries).
(6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2016). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

Avenant n° 5 du 2 octobre 2018 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

2 octobre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2019 Légifrance PDF officiel du BO n°2019-4

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord de protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la production agricole du Calvados du 18 juin 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties.

Article 1er

Le tableau de garanties de l'annexe 1 est remplacé par le tableau ci-après :

« Annexe 1
Tableau de garantie complémentaire santé

Accord santé du Calvados

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
FRAIS MÉDICAUX			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200 % BR	200 % BR limité à 4 fois par an

- médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR limité à 4 fois par an
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR
Radiologie (2) électroradiographie (2), imagerie médicale (2) et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	de 35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, étiopathie, microkinésithérapie	-	30 €/1 séance/ an/ bénéficiaire	30 €/1 séance/ an/ bénéficiaire
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200 % BR	200 % BR
- médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour/ an/ bénéficiaire)	-	40 €/ j limité à 60j/ an puis 25 €/ j	40 €/ j limité à 60j/ an puis 25 €/ j
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-		
Maternité (4)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			
1 monture + 2 verres simples (5)	60 % BR	350 €	60 % BR + 350 €
1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (5)	60 % BR	450 €	60 % BR + 450 €
1 monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (5)	60 % BR	550 €	60 % BR + 550 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 220 € tous les ans	100 % BR + 220 € tous les ans
DENTAIRE			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	160 % BR + 300 €/ an	230 % BR + 300 €/ an

Inlays-Onlays	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	230 % ou 200 % BR	300 % BR
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	0 % ou 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 250 €/ an/ oreille	100 % BR + 250 €/ an/ oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (2), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR

BR : base de remboursement ; FR : frais réels ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale, il est de 3 311 € en 2017 ; 1/3 du PMSS = 1 103,66 €.
(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-CO).
(2) Pour les éventuels dépassements d'honoraires, se référer aux dépassements frais médicaux.
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).
(4) Dans la limite des frais réellement engagés.
(5) prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.
Verres simples (catégorie a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et/ ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries.
Verres complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.
Verres très complexes (catégorie f) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres mutlifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.
(6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2016). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension.

Article 3

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à l'unité territoriale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 18 juin 2009.

Avenant n° 6 du 22 septembre 2020 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

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

Préambule

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

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

Article 1er Mise à jour du tableau des garanties

Le tableau des garanties de l'annexe 1 est modifié comme suit :

« Annexe 1
Garanties complémentaires de base frais de santé

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20210014_0000_0040.pdf/BOCC

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

Article 3

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité territoriale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 18 juin 2009.

Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009)

Accord du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie

10 avril 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2009 Légifrance PDF officiel du BO n°2009-30

Les organisations professionnelles et syndicales visées ci-dessus ont souhaité mettre en place, au sein des entreprises relevant du champ d'application du présent accord, un régime de frais de santé obligatoire ayant pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées, en complétant les prestations versées par le régime social de base.

En application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, il est convenu ce qui suit :

Article 1er Entreprises concernées par l'accord

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application :
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sauf exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous ;
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989.

Article 2 Bénéficiaires

Ce régime de frais de santé est de type « isolé/famille » : il couvre obligatoirement le salarié non cadre et, au choix de ce dernier, l'ensemble de ses ayants droit définis ci-dessous.

1. Les salariés

Les dispositions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, à l'exclusion :
• Des 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 des techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet le 1er jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois tel que défini ci-dessus.

2. Les ayants droit du salarié

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

Sont considérés comme ayants droit du salarié :
- le conjoint, résidant en France, non séparé de droit ou de fait ;
- le cocontractant d'un Pacs résidant en France ;
- le concubin du participant résidant en France, justifiant de 2 années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union) sous réserve que le salarié soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs ;
- les enfants à charge :
-, les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
-, les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
-, les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16e anniversaire ;
-, les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin du salarié, aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.
- Sont considérés comme enfants à charge :
-, tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
-, tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et non indemnisés par les ASSEDIC ;

-, tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21e anniversaire.

Article 3 Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 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).
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

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.

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du premier mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

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

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui

auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites 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 4 Prestations

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés. »

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0047.pdf/BOCC

Article 5 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

5.1. 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.

5.2. En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'article 7 du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire.

Article 6 Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions relatives à la portabilité des droits, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, 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.

Article 6 bis Portabilité

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

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

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

Article 7 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, il devra en assurer la totalité du financement.

Article 8 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 préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin

2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau.

Article 9 Date d'effet

Sous réserve d'extension, les dispositions du présent accord entreront en vigueur le 1er octobre 2009 pour une durée indéterminée.

Article 10 Extension

Le présent accord, dont les parties signataires demandent l'extension, sera déposé au service chargé de l'enregistrement des accords au sein de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la Seine-Maritime.

Annexe

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

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

Avenant n° 4 du 8 janvier 2019 à l'accord du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres

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

Préambule

Lors de la commission du 30 octobre 2018, les partenaires sociaux des ETAR de Basse-Normandie et de Haute-Normandie ont validé le rapprochement des accords santé et prévoyance.

De plus, pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 et l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord régional du 10 avril 2009.

Le présent avenant entérine cette décision ainsi que la modification du nom du présent accord, l'élargissement du champ d'application de l'accord santé des ETAR de Haute-Normandie aux ETAR de Basse-Normandie, ainsi que la

mise à jour du tableau des garanties santé avec des améliorations de prestations.

Article 1er Modification du nom

L'accord collectif de travail du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie est renommé comme suit :

« Accord collectif de travail du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie ».

Article 2 Modification du champ d'application de l'accord collectif des entreprises de travaux agricoles et ruraux du 10 avril 2009

L'article 1er « Entreprises concernées par l'accord » est abrogé et réécrit comme suit :

« Article 1er
Entreprises concernées par l'accord

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application :
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sauf exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous ;
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989.
»

Article 3 Modification du tableau de garantie

L'article 4 « Prestations » est modifié comme suit :

« Article 4
Prestations

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190015_0000_0023.pdf/BOCC

Article 4

Il est ajouté un article 8 « 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 préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau. »

Il n'est pas dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de travail du 10 avril 2009 relatif à la mise en

place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux (Haute-Normandie).

Article 5 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet au premier jour du trimestre suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel et au plus tôt au 1er juillet 2019.

Article 6 Dépôt et extension

Le présent avenant sera 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 à l'unité territoriale de Seine-Maritime de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Avenant n° 5 du 3 novembre 2020 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres de Normandie

3 novembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 Légifrance PDF officiel du BO n°2021-14

Préambule

Pour se mettre en conformité avec les dispositions de la réforme 100 % santé à compter du 1er janvier 2020, de l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et avec les dispositions légales concernant les régimes collectifs de prévoyance (mise en œuvre du principe de solidarité), les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non-cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2019.

Le présent avenant intègre la mise à jour du tableau des garanties santé avec des améliorations de prestations.

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

Article 1er Prestations santé

L'article 4 « Les prestations » est modifié comme suit :

« Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

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

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait “actes lourds”, du forfait journalier hospitalier et

des paniers de soins “100 % santé” en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins “100 % santé”, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20210014_0000_0031.pdf/BOCC

Il n'est pas dérogé aux articles et conditions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime de santé pour les salariés non-cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant ont pris effet le 1er janvier 2020.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant sera 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.

Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009)

Accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie

27 janvier 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2009 Légifrance PDF officiel du BO n°2009-20

Les organisations professionnelles et syndicales, visées ci-dessus, ont souhaité mettre en place, au sein des entreprises relevant du champ d'application du présent accord, un régime de prévoyance obligatoire ayant pour objet de garantir les salariés non cadres en cas d'incapacité temporaire de travail, d'incapacité permanente de travail et de décès ;

En application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1er Champ d'application

1. Les entreprises concernées par l'accord de prévoyance

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application :
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sauf exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous ;
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989.

2. Les salariés couverts

Les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 27 janvier 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, à l'exclusion :
des 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 des techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Article 2 Garantie incapacité

2.1. Conditions et montant de l'indemnisation incapacité temporaire

En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du 8e jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :
- 30 jours si l'ancienneté est comprise entre 6 mois et 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;
- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du premier jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :
- 30 jours si l'ancienneté est inférieure à 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;

- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

2.2. Conditions et montant de l'indemnisation incapacité permanente

L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés du présent accord et justifiant d'une ancienneté de 2 mois dans l'entreprise, une pension d'invalidité complémentaire ou une rente accident du travail complémentaire, dès lors que ces derniers bénéficient au titre du régime de base :
- d'une pension d'invalidité de catégories 1, 2 ou 3 ;
- ou, d'une rente accident du travail au taux d'incapacité au moins égal aux 2/3 (au moins égal à 66 %).

La garantie incapacité permanente intervient dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par le régime de base de la sécurité sociale.

Le montant de la rente mensuelle complémentaire est égal à 30 % du salaire brut du salarié.

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

Le salaire brut retenu pour le calcul des prestations complémentaires (pension d'invalidité ou rente accident du travail) est égal au douzième des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, ou du salaire mensuel brut moyen calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci à moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

En tout état de cause, l'indemnisation du salarié prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de lui servir un revenu de remplacement net (pension ou rente du régime de base ainsi que la pension ou rente versée par l'organisme assureur) supérieur à sa rémunération nette perçue avant l'incapacité permanente du salarié.

Revalorisation : à la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail temporaire et permanente est examinée par le conseil d'administration de l'institution, lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Les pensions et rentes complémentaires versées par organisme assureur cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base.

Article 3 Garantie décès

Cette couverture décès comprend trois prestations :
- un capital décès ;
- une rente annuelle d'éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

La garantie décès couvre tous les risques décès, à l'exclusion de ceux résultant :
- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

a) Le capital décès

En cas de décès d'un salarié (quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise), l'organisme assureur verse à la demande du ou des bénéficiaires, un capital décès d'un montant égal à :
- 100 % de son salaire annuel brut ;
- majoré de 25 % par enfant à charge ;
- et majoré de 50 % pour le conjoint survivant non séparé de corps ou au cocontractant d'un Pacs.

Le montant minimum du capital est fixé à 8 000 €.

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

En l'absence de conjoint, survivant non séparé de corps ou d'un cocontractant d'un Pacs, le capital est versé aux descendants.

En l'absence de ces bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :
- aux bénéficiaires désignés par le salarié ;
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- aux héritiers du salarié.

Pour le bénéfice de la majoration pour enfant à charge, sont considérés :
- comme « enfant » :
-, l'enfant du salarié (légitime, adopté ou reconnu, né ou à naître) ;
-, l'enfant recueilli par le salarié et pour lequel la qualité de tuteur lui a été reconnue ;
-, l'enfant qui a été élevé par le salarié pendant 9 ans au moins avant son 16e anniversaire ;
-, l'enfant dont la qualité d'ayant droit du salarié a été reconnue par le régime de base.
- comme « enfant à charge » :
-, les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
-, les enfants âgés de moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ;
-, les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

Le salaire brut retenu pour calculer le montant du capital décès est égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès. En cas de décès avant 12 mois d'ancienneté, le capital décès est calculé sur la base du salaire moyen mensuel du salarié multiplié par 12 mois.

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

b) La rente annuelle d'éducation

En cas de décès d'un salarié justifiant de 12 mois (continus ou non) d'affiliation, chaque enfant à charge du salarié tel que défini ci-dessus perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :
- 4 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un enfant à charge de 0 à 10 ans ;
- 8 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un enfant à charge de 11 à 17 ans ;
- 11 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un enfant à charge de 18 à 26 ans.

Pour le bénéfice de la rente d'éducation, sont considérés :
- comme « enfant » :
-, l'enfant du salarié (légitime, adopté ou reconnu, né ou à naître) ;
-, l'enfant recueilli par le salarié et pour lequel la qualité de tuteur lui a été reconnue ;
-, l'enfant qui a été élevé par le salarié pendant 9 ans au moins avant son 16e anniversaire ;
-, l'enfant dont la qualité d'ayant droit du salarié a été reconnue par le régime de base.
- comme « enfant à charge » :
-, les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
-, les enfants âgés de moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ou invalides au sens de la législation des assurances sociales.

Pour les enfants à charge de plus de 18 ans (qui ne sont pas invalides au sens de la législation des assurances sociales), le droit à la rente est soumis à la justification de la poursuite de la scolarité.

Cette rente d'éducation est versée au représentant légal de l'enfant s'il est mineur, et directement au bénéficiaire s'il est majeur.

c) L'indemnité frais d'obsèques

En cas de décès du conjoint non séparé de corps ou à défaut du concubin justifiant de 2 ans de vie commune ou d'un enfant à charge ou du salarié, une indemnité frais d'obsèques est versée au salarié, ou au conjoint non séparé de corps ou à défaut au concubin justifiant de 2 ans de vie commune, à la condition qu'il ait supporté lui-même les frais d'obsèques. Le montant de cette indemnité est égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

Article 4 Assurance des charges sociales patronales

Les employeurs relevant du champ d'application du présent accord sont tenus de s'assurer auprès de l'assureur de leur choix afin que ce dernier procède au calcul et au financement des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires financées par la cotisation employeur. Les charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont financées par une cotisation appelée « assurance des charges sociales patronales.

(ancien article 6)

Article 5 Cotisations

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

La répartition des cotisations prévoyance est la suivante :
- pour la garantie incapacité temporaire complémentaire à la charge exclusive du salarié (sauf maintien de salaire) ;
- pour la garantie incapacité permanente, 60 % employeur et 40 % salarié ;
- pour la garantie décès, 75 % employeur et 25 % salarié.

(ancien article 7)

Article 6 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 préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau.

Article 7 Durée, révision, dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

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

(ancien article 6)

Avenant n° 5 du 8 janvier 2019 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance (Normandie)

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

Préambule

Lors de la commission du 30 octobre 2018, les partenaires sociaux des ETAR de Basse-Normandie et de Haute-Normandie ont validé le rapprochement des accords santé et prévoyance.

Le présent avenant entérine cette décision et concerne la modification du nom du présent accord, l'élargissement du champ d'application de l'accord prévoyance des ETAR de Haute-Normandie aux ETAR de Basse-Normandie et la mise à niveau des garanties.

Article 1er Modification du nom

L'accord collectif de prévoyance du 27 janvier 2009 des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie est renommé comme suit :

« Accord collectif de prévoyance du 27 janvier 2009 des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie ».

Article 2 Modification du champ d'application de l'accord collectif des entreprises de travaux agricoles et ruraux du 27 janvier 2009

L'article 1° Les entreprises concernées par l'accord collectif de prévoyance de l'article 1er « Champ d'application » est abrogé et réécrit comme suit :

« 1° Les entreprises concernées par l'accord de prévoyance

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application :
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sauf

exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous ;
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989.
»

Article 3 Modification de l'article 2 « Garantie incapacité »

L'article 2.1 est renommé comme suit « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité temporaire ».

Le 1° « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité temporaire » de l'article 2.1 est modifié comme suit :

« En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du 8e jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :
- 30 jours si l'ancienneté est comprise entre 6 mois et 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;
- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du premier jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :
- 30 jours si l'ancienneté est inférieure à 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;
- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.
»

L'article 2.2 est renommé comme suit « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité permanente ».

Le 2° « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité permanente » de l'article 2.2 est modifié comme suit :

« L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés du présent accord et justifiant d'une ancienneté de 2 mois dans l'entreprise, une pension d'invalidité complémentaire ou une rente accident du travail complémentaire, dès lors que ces derniers bénéficient au titre du régime de base :
- d'une pension d'invalidité de catégories 1, 2 ou 3 ;
- ou, d'une rente accident du travail au taux d'incapacité au moins égal aux 2/3 (au moins égal à 66 %).

La garantie incapacité permanente intervient dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par le régime de base de la sécurité sociale.

Le montant de la rente mensuelle complémentaire est égal à 30 % du salaire brut du salarié.

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

Le salaire brut retenu pour le calcul des prestations complémentaires (pension d'invalidité ou rente accident du travail) est égal au douzième des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, ou du salaire mensuel brut moyen calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci à moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

En tout état de cause, l'indemnisation du salarié prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de lui servir un revenu de remplacement net (pension ou rente du régime de base ainsi que la pension ou rente versée par l'organisme assureur) supérieur à sa rémunération nette perçue avant l'incapacité permanente du salarié.

Revalorisation : à la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail temporaire et permanente est examinée par le conseil d'administration de l'institution, lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Les pensions et rentes complémentaires versées par organisme assureur cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base. »

Article 4 Modification de l'article 3 « Décès »

La partie c) « Indemnités frais obsèques » est rédigée ainsi :

« En cas de décès du conjoint non séparé de corps ou à défaut du concubin justifiant de 2 ans de vie commune ou d'un enfant à charge ou du salarié, une indemnité frais d'obsèques est versée au salarié, ou au conjoint non séparé de corps ou à défaut au concubin justifiant de 2 ans de vie commune, à la condition qu'il ait supporté lui-même les frais d'obsèques. Le montant de cette indemnité est égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès. »

Article 5

Il est ajouté un article 6 « 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 préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau. »

Il n'est pas dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de prévoyance du 27 janvier 2009 des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie.

Article 6 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet au premier jour du trimestre suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel et au plus tôt au 1er juillet 2019.

Article 7 Dépôt et extension

Le présent avenant sera 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 à l'unité territoriale de Seine-Maritime de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes

Documents publiés par les organismes assureurs (notices d'information, garanties, conditions générales, taux). Ils sont ouverts et contrôlés par CartoAgri, mais seul le document à jour remis par l'organisme fait foi.

Salariés non cadres

Notice d'information : Notice d'information du régime de prévoyance et de santé des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), santé et prévoyance, édition décembre 2014 Ouvrir le document

Notice d'information : Notice d'information de l'accord départemental du 25 septembre 2009 sur la prévoyance des salariés non cadres des exploitations agricoles du Calvados
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition mai 2012 Ouvrir le document

Conditions générales : Conditions générales de l'accord départemental du 25 septembre 2009 sur la prévoyance des salariés non cadres des exploitations agricoles du Calvados
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition mai 2012 Ouvrir le document

Notice d'information : Notice d'information prévoyance de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82492)
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama ; OCIRP pour les rentes, prévoyance, édition 2021 Ouvrir le document

Notice d'information : Notice d'information frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82437)
Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 Ouvrir le document

Conditions générales : Conditions générales frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82433)
Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 Ouvrir le document

Bulletin d'adhésion : Bulletin d'adhésion prévoyance de l'accord national des non cadres en agriculture (version Groupama, réf. 82376)
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama, prévoyance, édition janvier 2021 Ouvrir le document

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales prévoyance du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)
Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance ; OCIRP, prévoyance, édition novembre 2015, version ancienne Ouvrir le document

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales frais de santé du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)
Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance, frais de santé, édition octobre 2015, version ancienne Ouvrir le document

Conditions générales : Conditions générales du régime de prévoyance de la production agricole (accord national des salariés non cadres)
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 Ouvrir le document

Fiche d'information (IPID) : Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) : prévoyance de l'accord national des salariés non cadres en agriculture
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 Ouvrir le document

Taux de cotisations : Barème des cotisations prévoyance entreprises de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition 1er juillet 2024 Ouvrir le document

Taux de cotisations : Barème des cotisations frais de santé de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024
Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition 1er juillet 2024 Ouvrir le document

Guide employeur : Fiche pratique tiers-déclarant : mise en gestion du PER CPCEA en points des non-cadres (accords nationaux production agricole, CUMA, ETARF)

AGRICA (Agrica Prévoyance), CPCEA Retraite Supplémentaire, retraite supplémentaire, édition décembre 2021 Ouvrir le document

Fiche d'information (IPID) : Fiche d'information (IPID) de l'accord de prévoyance horticulture du Calvados

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition avril 2020 Ouvrir le document