

Eure (27)

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

Département	Eure (27)
Textes territoriaux	43
Conventions concernées	Production agricole et CUMA, Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF), Frais de santé des non-cadres, Eure (accord du 9 juillet 2009), Frais de santé des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 22 septembre 2009), Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009), Prévoyance des non-cadres, Eure (accord du 9 juillet 2009), Prévoyance des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 25 janvier 2007), Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009)
Sur la carte	https://www.cartoagri.fr/#dep=27

Sommaire

Production agricole et CUMA (IDCC 7024) 9 textes

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

Frais de santé des non-cadres, Eure (accord du 9 juillet 2009) 4 textes

Frais de santé des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 22 septembre 2009) 7 textes

Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009) 6 textes

Prévoyance des non-cadres, Eure (accord du 9 juillet 2009) 5 textes

Prévoyance des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 25 janvier 2007) 2 textes

Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009) 5 textes

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes 16 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.

Eure (ex-IDCC 9272) Avenant n° 5 du 14 novembre 2024 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif à la prévoyance

14 novembre 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 départemental de prévoyance du 9 juillet 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 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.

Cet avenant a également pour objet d'entériner les évolutions réglementaires effectives depuis le 1er janvier 2022 notamment, concernant le maintien des garanties prévoyance en cas d'activité partielle.

Article 1er Salariés bénéficiaires

L'article 3 « Salariés bénéficiaires » de l'accord du 9 juillet 2009 est annulé et réécrit comme suit :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions de l'accord départemental du 9 juillet 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 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 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles. »

Article 2 Cotisations

L'article 7, D « Suspension du contrat de travail » de l'accord du 9 juillet 2009 est annulé et réécrit comme suit :

« Article 7

D. Suspension du contrat de travail

- Suspension du contrat de travail indemnisée :

Les garanties sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au salarié lorsque :

- le salarié est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales. Dans cette situation, l'employeur et le salarié sont exonérés du versement des cotisations prévoyance pour tout mois complet civil d'absence durant toute la période donnant lieu au service par l'organisme assureur de prestations d'incapacité temporaire ou permanente. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur ;

- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par son employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, le versement des cotisations prévoyance doit être effectué par l'employeur et le salarié pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée.

- Suspension du contrat de travail pour une autre cause :

Les salariés concernés par un cas de suspension de contrat de travail prévu par le code du travail ou par convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise ...) peuvent demander le maintien des garanties, moyennant le versement complet des parts patronale et salariale de la cotisation correspondante. »

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.

Il n'est pas autrement dérogé à l'accord départemental du 9 juillet 2009.

Article 4 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 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.

Eure (ex-IDCC 9272) Avenant n° 6 du 14 novembre 2024 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé

14 novembre 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 du 9 juillet 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. »

Le présent avenant a également pour objet de formaliser les aménagements suivants à l'accord du 9 juillet 2009 :

- la modification des dispositions relatives aux « Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé »
- la mise en conformité de l'accord précité avec les évolutions réglementaires intervenues :
- en 2022, à savoir les dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail, la mise en place du tiers payant généralisé ainsi que le forfait patient urgences (FPU), et le dispositif MonPsy ;
- en 2023, à savoir la possibilité pour les pharmaciens, sage-femmes et infirmiers de prescrire et d'administrer les vaccins prévus par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans, l'exonération du ticket modérateur pour les transports sanitaires urgents préhospitaliers (TUPH), le déremboursement des frais de transports sanitaires non urgents et des soins dentaires.

Par conséquent, 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 4 « Dispositif frais de santé »

L'article 4.1 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Les dispositions de l'accord du 9 juillet 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, relevant du champ d'application de l'accord précité et 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.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au paragraphe II de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire " santé " présentant un caractère " solidaire " et " responsable " portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils en fassent la demande à leur employeur dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un " versement santé " de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la " Complémentaire santé solidaire " (C2S), d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique. »

Les dispositions des articles 4.2 et 4.3 sont modifiées comme suit :

Les sigles « CMU-C » et « ACS » sont remplacés par le terme « Complémentaire santé solidaire » (CSS).

Article 2 Mise en conformité du dispositif frais de santé

Le dispositif frais de santé de l'accord précité est mis en conformité avec les évolutions réglementaires comme suit :

2.1. Modification de l'article 6.3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée »

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'entreprise et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Si l'absence est inférieure à mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement ;

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations doit être effectué par l'entreprise et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

2.2. Modification des tableaux de garanties

L'annexe 1 à l'accord départemental initiale est annulée et remplacée. Elle figure en annexe 1 du présent avenant.

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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres points et conditions de l'accord collectif du 9 juillet 2009.

Article 4 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 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.

Annexe

Annexe 1

Tableau des garanties

Les prestations du 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 » et 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 qu'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, 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_0044.pdf BOCC

Haute-Normandie et Orne (ex-IDCC 9761) Avenant n° 7 du 16 décembre 2024 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé

16 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-26](#)

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 complémentaire frais de santé du 22 septembre 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. »

Le présent avenant a également pour objet de formaliser les aménagements suivants à l'accord du 22 septembre 2009 :

- la modification des dispositions relatives aux « Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé » ;
- la mise en conformité de l'accord précité avec les évolutions réglementaires intervenues ainsi que le tableau des

garanties santé, conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties :

- en 2022, à savoir les dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail, la mise en place du tiers payant généralisé ainsi que le forfait patient urgences (FPU), et le dispositif MonPsy ;
- en 2023, à savoir la possibilité pour les pharmaciens, sage-femmes et infirmiers de prescrire et d'administrer les vaccins prévus par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans, l'exonération du ticket modérateur pour les transports sanitaires urgents préhospitaliers (TUPH), le déremboursement des frais de transports sanitaires non urgents et des soins dentaires.

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 Bénéficiaires

L'article 2.1 « Les salariés » est annulé et remplacé comme suit :

« Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent aux salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties frais de santé :

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

Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dument 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. »

Les dispositions de l'article 2.2 « Les dispenses d'affiliation » est modifié comme suit :

Les sigles « CMU-C » et « ACS » sont remplacés par le terme « complémentaire santé solidaire » (CSS).

Article 2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les dispositions du paragraphe « en cas de suspension du contrat de travail indemnisée » de l'article 7 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » sont annulées et réécrites comme suit :

« En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant lorsque :

- le salarié est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'entreprise et le salarié sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Si l'absence est inférieure à mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations doit être effectué par l'entreprise et le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque le salarié est en activité.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit. »

Article 3 Tableau des garanties

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

« Les prestations du 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 ” et 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 qu'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, 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_20250026_0000_0023.pdf BOCC

(1) Le tableau figurant à l'article 3 de l'avenant est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article R. 162-65 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le décret n° 2025-424 du 13 mai 2025, paru au Journal officiel de la République française du 15 mai 2025, qui a augmenté de huit à douze le nombre de séances pouvant être prises en charge annuellement.

(Arrêté du 3 septembre 2025 - art. 1)

Article 4 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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres points et conditions de l'accord collectif du 22 septembre 2009.

Article 5 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Haute-Normandie et Orne Avenant n° 8 du 16 décembre 2024 à l'accord du 25 janvier 2007 relatif à la prévoyance

16 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-26](#)

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 du 25 janvier 2007, 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 du champ d'application

Le paragraphe 2 « Bénéficiaires » de l'article 1er « Champ d'application » est annulé et remplacé comme suit :

« 2. Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sans condition d'ancienneté (sauf la garantie incapacité temporaire pour laquelle une condition de deux mois d'ancienneté dans l'entreprise et de 6 mois dans la branche est requise), 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 personnels 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.
- des VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles. »

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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres points et conditions de l'accord collectif de prévoyance du 25 janvier 2007.

Article 3 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Haute-Normandie Avenant n° 54 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 2 octobre 1967

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.

Eure Avenant n° 57 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 28 juin 1985

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

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

Eure (ex-IDCC 9273) Avenant n° 28 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 30 novembre 1984

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

Haute-Normandie (ex-IDCC 8233) Avenant n° 61 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 Haute-Normandie du 3 juillet 1970, 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 dispositions des articles 23 « Définition et classification des emplois non cadres » et 23 bis « Définition et classification des emplois cadres » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu des ETAR de Haute-Normandie, sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 23

Définition et classification des emplois

Dans le cadre de la convention collective 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 visés aux articles 1.1,1.2,5.1 et 5.2 de la convention nationale ETARF du 8 octobre 2020). »

En conséquence, pour les salariés rémunérés au temps, les grilles de classification aux articles 23 et 23 bis de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Haute-Normandie sont abrogées et remplacées par la grille de classification aux articles 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

Les dispositions de l'article 24 « Grille des salaires » et de l'annexe I « Salaires horaires et mensuels » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Haute-Normandie sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 24

Grille des salaires

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 aux articles 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. »

Pour les salariés rémunérés au temps et par ce présent accord, la grille de rémunération locale applicable en Normandie est fixée à l'annexe 1 du présent accord.

En conséquence, pour les salariés rémunérés au temps, l'annexe 1 « Salaires horaires et mensuels » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Haute Normandie est abrogée et remplacée par la grille de rémunérations de l'annexe I du présent accord.

Annexe 1 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.

Haute-Normandie (ex-IDCC 8233) Avenant n° 62 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 I de la convention collective est abrogée et remplacée par la suivante :

« Annexe I

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	10,85
	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 exécutant	1	10,85
	2	11,00
Emplois qualifiés	1	11,38

	2	11,66
Emplois hautement qualifiés	1	12,08
	2	12,61
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	13,27
	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.

Haute-Normandie (ex-IDCC 8233) Avenant n° 63 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 I de l'accord collectif 8233 « Entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute- Normandie » est abrogée et remplacée par la suivante :

« Annexe I

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, Eure (accord du 9 juillet 2009)

Accord du 9 juillet 2009 instaurant un régime complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des coopératives d'utilisation de matériels agricoles de l'Eure

9 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-43](#)

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Eure ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire frais de santé 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 de l'Eure de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche agricole dans le département ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord constituera l'annexe IV de la convention collective du 28 juin 1985 concernant les exploitations et les entreprises agricoles de l'Eure.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnelle défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) de l'Eure.

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

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès ;
- de financement minimum de l'employeur.

Article 2 Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2017.

Article 3 Révision et dénonciation

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

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier. (1)

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

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

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

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois. (2)

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

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

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

(1) Le deuxième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

(2) Le sixième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-10 du code du travail.

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

Article 4 Dispositif frais de santé

Article 4.1 Salariés bénéficiaires

Les dispositions de l'accord du 9 juillet 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, relevant du champ d'application de l'accord précité et 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.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au paragraphe II de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire " santé " présentant un caractère " solidaire " et " responsable " portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils en fassent la demande à leur employeur dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un " versement santé " de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la " Complémentaire santé solidaire " (C2S), d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Article 4.2 Définition des ayants droit

Les définitions des ayants droit ci-dessous sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée 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 salarié 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 salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile et de façon notoire ; 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. Cette déclaration doit également indiquer le numéro de sécurité sociale de chaque intéressé ;

- les enfants à charge du salarié, 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 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la « Complémentaire santé solidaire » (CSS). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement ou accessoirement une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;
- , âgés de moins de 28 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 cette 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 salarié nés " viables " moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du bénéficiaire au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

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

Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

- 1° Les salariés bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 (CSS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
 - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou 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 (mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales) ;
 - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits " Madelin ") ;
 - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
 - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, peuvent demander une dispense d'adhésion, au titre du régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- 1° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3° 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 justifier par écrit en produisant tous

documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

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

Le caractère collectif n'est 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 brute.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

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

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

Article 4.4 Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires du présent accord ont décidé de mettre en place une couverture santé comportant un niveau minimum obligatoire de garanties.

La nature et le montant des prestations de cette couverture sont détaillés en annexe I du présent article 1er.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le bénéficiaire ;
- en fonction du ticket modérateur ;
- ou forfaitairement.

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

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

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

Article 4.5 Contrat “ solidaire ” et “ responsable ”

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 4.6 Portabilité loi Évin

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “ loi Évin ” 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'art. 7 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, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 5 Financement du dispositif frais de santé

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

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

En tout état de cause, le salarié souhaitant garantir ses ayants droit devra assurer la totalité du financement correspondant à leur couverture.

Article 6 Mise en œuvre du principe de solidarité

Article 6.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la cotisation de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladies professionnelles dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités relevant du présent accord, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprises ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le financement du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.2 et 6.3 ci-après.

Article 6.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés 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 de 3 mois, 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.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

Article 6.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'entreprise et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Si l'absence est inférieure à mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement ;

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations doit être effectué par l'entreprise et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

Article 7 Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

Article 7.1 Durée., Limites

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

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

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

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

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

Article 7.2 Garanties maintenues

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

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

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

Article 7.3 Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article 7, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

Article 7.4 Cotisations

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

Article 8 Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 9 Information des assurés

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

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

Article 10 Commission paritaire de suivi de l'accord

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

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

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

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

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

Annexe I

Annexe 1

Tableau des garanties

Les prestations du 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 » et du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiology 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 qu'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, 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 audiology 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_0044.pdf BOCC

Avenant n° 3 du 23 juin 2016 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Eure)

23 juin 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-34](#)

Préambule

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations, suite à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des

prestations à caractère non directement contributif ;

- de l'obligation de respecter la couverture minimale de garanties dite « panier de soins ANI » telle que définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- de la nécessité de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur circulaire d'application n° DSS/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ;
- de la nécessité de prendre en considération les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : modification de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, nouvel article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale et leur *décret d'application n° 2015-1083 du 30 décembre 2015* ; (1)
- et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, de nouvelles négociations ont été engagées afin de réviser l'accord du 9 juillet 2009 et d'assurer une parfaite sécurité juridique au nouveau système de protection sociale complémentaire des salariés non cadres (ci-après dénommé « dispositif » frais de santé).

(1) Au sixième alinéa du préambule, en remplacement des mots : « n° 2015-1083 du 30 décembre 2015 ; » lire les mots : « n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 ; ».

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

Article 1er Révision totale de l'accord du 9 juillet 2009

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

Les dispositions des articles 1er à 10 ainsi que l'annexe I abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord du 9 juillet 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure (et ses 2 avenants), tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 9 juillet 2009.

« Article 1er

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnelle défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) de l'Eure.

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

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès ;
- de financement minimum de l'employeur.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2017.

Article 3

Révision et dénonciation

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

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier. (1)

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

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

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

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois. (2)

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

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

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

Article 4

Dispositif frais de santé

Article 4.1

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas de la convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952 ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au § II de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire " santé " présentant un caractère " solidaire " et " responsable " portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils en fassent la demande à leur employeur dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un " versement santé " de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS, d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Article 4.2

Définition des ayants droit

Les définitions des ayants droit ci-dessous sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée 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 salarié 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 salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile et de façon notoire ; 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. Cette déclaration doit également indiquer le numéro de sécurité sociale de chaque intéressé ;

- les enfants à charge du salarié, 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 28 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). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement ou accessoirement une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;
- , âgés de moins de 28 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 cette 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 salarié nés " viables " moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du bénéficiaire au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 4.3

Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

- 1° Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
 - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou 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 (mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales) ;
 - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits " Madelin ") ;
 - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
 - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, peuvent demander une dispense d'adhésion, au titre du régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- 1° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

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

Le caractère collectif n'est 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 brute.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

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

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

Article 4.4

Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires du présent accord ont décidé de mettre en place une couverture santé comportant un niveau minimum obligatoire de garanties.

La nature et le montant des prestations de cette couverture sont détaillés en annexe I du présent article 1er.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le bénéficiaire ;
- en fonction du ticket modérateur ;
- ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (*régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires*) (3) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 4.5

Contrat " solidaire " et " responsable "

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits " solidaires " et " responsables ", notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 4.6

Portabilité loi Évin

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite " loi Évin " 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'art. 7 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, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents peuvent être supérieurs aux

tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 5

Financement du dispositif frais de santé

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

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

En tout état de cause, le salarié souhaitant garantir ses ayants droit devra assurer la totalité du financement correspondant à leur couverture.

Article 6

Mise en œuvre du principe de solidarité

Article 6.1

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la cotisation de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladies professionnelles dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités relevant du présent accord, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprises ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le financement du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.2 et 6.3 ci-après.

Article 6.2

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

L'adhésion des salariés 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 de 3 mois, 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.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

Article 6.3

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

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

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

Article 7

Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

Article 7.1

Durée., Limites

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

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

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

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

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

Article 7.2

Garanties maintenues

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

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

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

Article 7.3

Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article 7, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par

l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

Article 7.4

Cotisations

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

Article 8

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 9

Information des assurés

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

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

Article 10

Commission paritaire de suivi de l'accord

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

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

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

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

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

(1) Le deuxième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

(2) Le sixième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-10 du code du travail.

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

(3) Au dernier alinéa de l'article 4.4, en remplacement des mots « (régime général et local de la Sécurité sociale et

garanties complémentaires) » lire les mots « régime de base de la sécurité sociale et régime local d'Alsace-Moselle et garanties complémentaires) ».

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

Article 2 Dépôt et publicité

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

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

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

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Annexe

Annexe I

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise. (1)

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20170034_0000_0014.pdf/ BOCC

(1) Le premier alinéa de l'annexe 1 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

Avenant n° 4 du 18 septembre 2018 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Eure)

18 septembre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2019 [Légifrance](#)

Préambule

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 départemental du 9 juillet 2009.

Ainsi, le tableau de garanties est mis à jour avec des améliorations de prestations.

Article 1er

L'annexe 1 est modifiée et rédigée ainsi :

« Annexe 1 à l'article 1er

Tableau des 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, 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).

Accord santé de l'Eure

Nature des risques	Remboursements du régime obligatoire	Remboursements complémentaires	Remboursements totaux
Frais médicaux			
Honoraires de praticiens : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires : - médecins adhérents aux DPTM (1) - médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	- -	70 % BR 50 % BR	70 % BR 50 % BR
Sages-femmes	70 % BR	100 % BR	170 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	100 % BR	160 % BR
Analyses, examens de laboratoires	de 60 % BR à 100 % BR	de 100 % BR à 60 % BR	160 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention responsables (3)	de 35 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie, microkinésithérapie, sophrologie	-	30 €/2 fois/ an	30 €/2 fois/ an
Consultations diététiques/ an/ bénéficiaire	-	28 €	28 €
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
Sevrage tabagique	de 0 € à 150 €	50 €	de 50 € à 200 €
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	0 % BR ou 20 % BR	100 % BR
Honoraires de praticien Dépassements d'honoraires : - médecins adhérents aux DPTM (1) - médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	80 % BR ou 100 % BR - -	0 % BR ou 20 % BR 100 % FR 100 % BR	100 % BR 100 % FR 100 % BR
Honoraires de praticien en chirurgie Dépassements d'honoraires : - médecins adhérents aux DPTM (1) - médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	80 % BR ou 100 % BR - -	0 % BR ou 20 % BR 180 % BR 100 % BR	100 % BR 180 % BR 100 % BR
Chambre particulière hors maternité	-	50 €/ jour limité à 60j/ an	50 €/ jour limité à 60j/ an

Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	30 €/ jour limité à 60j/ an	30 €/ jour limité à 60j/ an
Maternité (5)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Chambre particulière (maternité)	-	25 €/ jour	25 €/ jour
Forfait journalier	-	FR	FR
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 : 2 verres simples (4) + monture	60 % BR	230 €	60 % BR + 230 €
Équipement : 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (4) + monture	60 % BR	275 €	60 % BR + 275 €
Équipement : 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (4) + monture	60 % BR	350 €	60 % BR + 350 €
Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	40 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire	100 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le RO	-	100 €/ an/ bénéficiaire	100 €/ an/ bénéficiaire
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	140 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire	210 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire
Inlay Onlays	70 % BR	225 % BR	295 % BR
Inlay Cores	70 % BR	225 % BR	295 % BR
Orthodontie remboursée par le RO	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR ou 200 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO	-	200 €/ an/ bénéficiaire	200 €/ an/ bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-- portée) Parodontologie	-	200 €	200 €
	0 % BR ou 70 % BR	75 €	0 % BR ou 70 % BR + 75 €
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % BR ou 100 % BR	100 % BR ou 60 % BR	160 % BR
Prothèses auditives remboursées par le RO	60 % BR	30 % BR + 150 €/ bénéficiaire/ oreille/3 an	100 % BR + 150 €/ bénéficiaire/ oreille/3 an
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	65 % BR ou 70 % BR	30 % BR ou 35 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	125 €	125 €
Divers			
Transports pris en charge par le RO	65 % BR ou 70 % BR	100 % BR ou 95 % BR	165 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR
Vaccins et moyens contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire		50 €	50 €

BR = base de remboursement ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR = frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non 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).

(2) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements d'honoraires des praticiens généralistes.

(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 ; détartage 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) Verres simples : sphère comprise entre, 6 ou + 6 dioptries et/ ou cylindre > + 4 dioptries.

Verres simple foyer (sphère >, 6,00 ou + 6,00 dioptries ou cylindre < = 4 dioptries).

Verres complexes :

- verres simple foyer (sphère >, 6,00 ou + 6,00 dioptries ou cylindre > + 4,00 dioptries) ;

- verres multifocaux ;

- verres progressifs.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés.

(6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2018). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. »

Article 2 Entrée en vigueur

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 et au plus tôt le 1er juillet 2019.

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 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 16 octobre 2020 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Eure)

16 octobre 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 des tableaux de garanties.

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

Article 1er

L'annexe est rédigée et modifiée ainsi :

« Annexe 1 à l'article 1er

Tableau des garanties complémentaire 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_0033.pdf BOCC

Article 2

Les dispositions de l'article 1er du présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2020.

Article 3

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux dispositions de 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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 9 juillet 2009.

Frais de santé des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 22 septembre 2009)

Accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et de l'Orne

22 septembre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#)

Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires souhaitent mettre en place un régime complémentaire frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur 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 polyculture et d'élevage du département de la Seine-Maritime 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 des exploitations de polyculture et d'élevage du 28 février 1983 du département de la Seine-Maritime.

Article 1er Champ d'application

1.1 Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises agricoles relevant des activités agricoles définies ci-après :

- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation, telles que définies par le code rural ;
- horticulture ;
- pépinières.

1.2 Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :

- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de Seine-Maritime ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Eure ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Orne.

Article 2 Bénéficiaires

2.1 Les salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent aux salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties frais de santé :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime

Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;

- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

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.

2.2 Les 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 à la garantie complémentaire 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 la complémentaire santé solidaire (CSS). 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 en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont il bénéficie en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à 3 mois et justifiant bénéficier d'une couverture dite " responsable ", conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés pourront sous réserve d'en faire la demande expresse à leur employeur bénéficier en contrepartie, du dispositif versement santé tel que prévu par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans les conditions prévues par lesdites dispositions ;
- 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'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits " Madelin " ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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 d'exclusion doit être notifiée par écrit avant la fin du 1er mois d'embauche.

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. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert le plus d'ancienneté, 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 1er jour au cours duquel il est affilié.

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

2.3 Offre à adhésion individuelle et facultative

- Extension famille facultative (conjoint et enfants)

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

Dans ce cas, il devra en assurer la totalité du financement.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

- Extension famille obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé prévue dans le cadre du présent régime, à titre collectif et obligatoire, aux familles des salariés (ayants droit : conjoint et enfants), dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

- Mise en place de garanties supérieures obligatoires

De même, les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord frais de santé ;

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

2.4 Définition des ayants droit

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

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

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
-, âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
-, âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
-, âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;

-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;

-, les enfants du bénéficiaire nés " 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. 1 justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 3 Garanties

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

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

En pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord.

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

Des garanties d'assistance sont incluses dans la garantie frais de santé, du même niveau que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Article 4 Financement des garanties frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties du présent régime 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'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers, ou d'offrir obligatoirement des garanties supérieures au présent accord, ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale (part salariale et patronale) appelée à ce titre.

Article 5 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 6 Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 " Portabilité ", 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 Évin ", et à la 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 8 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 la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi " Évin ", le tarif applicable ne pourra être supérieur aux tarifs globaux en vigueur pour les salariés actifs dans les limites fixées par la réglementation.

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.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi " Évin " antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

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 7 Maintien des garanties en cas de suspensions du contrat de travail

• 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 dans l'un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, 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.

• En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant lorsque :

- le salarié est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'entreprise et le salarié sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Si l'absence est inférieure à mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations doit être effectué par l'entreprise et le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque le salarié est en activité.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

Article 8 Portabilité

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. Ces dispositions figurent 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 9 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.

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, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national.

Article 10 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 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FNSEA de Seine-Maritime.

Article 11 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 présent régime frais de santé ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

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

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

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

Article 12 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.

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires santé (1)

Les prestations du 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" et 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 qu'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, 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_20250026_0000_0023.pdf BOCC

(1) Le tableau est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article R. 162-65 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le décret n° 2025-424 du 13 mai 2025, paru au Journal officiel de la République française du 15 mai 2025, qui a augmenté de huit à douze le nombre de séances pouvant être prises en charge annuellement. (Arrêté du 3 septembre 2025 - art. 1)

Annexe II (1)

Offre à adhésion individuelle et facultative

L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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.

L'extension famille collective et obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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 collectif et obligatoire.

Si l'employeur choisit d'étendre la famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire, le taux global de la cotisation mensuelle obligatoire « extension famille » sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part 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 sera collecté par la MSA.

La mise en place obligatoire de garanties supérieures au présent accord

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord.

Si l'employeur choisit de mettre en place à titre obligatoire, des garanties supérieures, le taux global de la cotisation incluant ces garanties supérieures sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part salarié, et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). L'intégralité de la cotisation sera collectée par la MSA.

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 premier alinéa.

Avenant n° 1 du 12 novembre 2009 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie)

12 novembre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2010-19](#)

Préambule

Le présent avenant à l'accord départemental du 22 septembre 2009 concernant les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de la Seine-Maritime fait suite à la demande d'adhésion des partenaires sociaux de la convention collective des horticulteurs de la Haute-Normandie du 2 octobre 1967, à l'accord départemental du 22 septembre 2009 précité.

Les parties au présent avenant ont donc convenu d'élargir le champ d'application professionnel et géographique de l'accord précité, afin d'étendre le bénéfice de l'accord du 22 septembre 2009 aux salariés non cadres des exploitations d'horticulture de la Haute-Normandie.

Article 1er

Les articles 1.1 et 1.2 de l'accord du 22 septembre 2009 sont donc modifiés comme suit :

« 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 des entreprises agricoles relevant des activités agricoles définies ci-après :

- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation, telles que définies par le code rural ;
- horticulture.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :

- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve en Seine-Maritime, pour les entreprises autres qu'horticoles ;
- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve en Haute-Normandie, pour les entreprises horticoles. »

Article 2

Les autres clauses de l'accord initial restent inchangées.

Article 3

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.

Avenant n° 2 du 14 avril 2014 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie)

14 avril 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-31](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 sur 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 22 septembre 2009.

Ainsi :

- les cotisations évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension de contrat de travail sont modifiées.

Par ailleurs, le tableau des garanties est mis à jour, sans changement sur le niveau des prestations :

- répartition des taux de remboursement en raison des baisses de prise en charge par le régime de base ;
- présentation du poste dentaire en prévision de la nouvelle nomenclature.

Article 1er Modification partielle de l'article 3.1

Les dispositions du paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3.1 « Salariés (bénéficiaires) » de l'accord sont remplacées par les suivantes :

« 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, avec un descriptif des prestations. 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 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.

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 %.

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

6. Les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un d'eux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme 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.

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.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 2 du 14 avril 2014, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée (y compris les apprentis) 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 dudit avenant. Après l'entrée en vigueur de l'avenant, 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.

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

Article 2 Modification de l'article 6.1

L'article 6.1 est modifié comme suit :

« Article 6.1

Montant de la cotisation

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la signature du présent accord et ensuite de ses avenants.

Taux et répartition de la cotisation uniforme 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 est égal à 1,70 % du PMSS, financement de la portabilité inclus.

La tarification uniforme obligatoire concerne le salarié et ses ayants droit tels que définis à l'article 3.2 du présent accord.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15 % à la charge de l'employeur ;
- 85 % à la charge du salarié. »

Article 3 Modification de l'article 9

L'article 9 est modifié comme suit :

« Article 9

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 congé 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. Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire de l'assurance frais de santé est due intégralement. »

Article 4 Création de l'article 9 bis

Il est créé un article 9 bis ainsi rédigé :

« Article 9 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 pour information en annexe II 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. »

Article 5 Modification de l'annexe I

Le tableau de l'annexe I « Tableau des garanties complémentaire santé » est remplacé par le suivant.

« Annexe I

Tableau des garanties complémentaires santé

Garantie	Régime frais de santé		
Remboursement régime de base (1)	Remboursement complémentaire (1)	Remboursement total (y compris régime de base) (1)	
Soins courants			
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes	70 % BR	80 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiographie, électroradiologie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention responsables	35 % à 70 % BR	65 % à 30 % BR	100 % BR
Pharmacie			

Pharmacie remboursée par le régime de base	15 % à 100 % BR	85 % à 0 % BR	100 % BR
Optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	60 % BR	395 % BR + crédit de 250 € par an et par bénéficiaire	455 % BR + crédit de 250 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge	-	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Soins remboursés par le régime de base (y compris inlay/ onlay)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronnes implantoportées)	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Appareillage			
Prothèses auditives acceptées	60 % BR	395 % BR + 175 € par an, par bénéficiaire et par oreille	455 % BR + 175 € par an, par bénéficiaire et par oreille
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	60 % BR à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	80 % à 100 % BR	20 % à 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	150 % BR	150 % BR
Forfait hospitalier	-	100 % FR dès le premier jour	100 % FR dès le premier jour
Chambre particulière	-	30 € par jour	30 € par jour
Frais de lit d'accompagnant enfant de moins de 12 ans	-	25 € par jour	25 € par jour
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % BR	-	100 % BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	Crédit 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité	Crédit 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
(1) En pourcentage de la BR. BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Article 6 Création de l'annexe II

Il est ajouté à l'accord une annexe II ainsi rédigée :

« Annexe II

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.

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. »

(1) L'article 6 « Annexe 2 » est exclu de l'extension.

(ARRÊTÉ du 27 octobre 2014 - art. 1)

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.

Il prendra effet :

- à l'exception des articles 4 et 6 : à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension ;
- concernant les articles 4 et 6 : à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence (le 1er juin 2014).

Avenant n° 3 du 27 novembre 2015 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie)

27 novembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-4](#)

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 22 septembre 2009 relatif à un régime d'assurance complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie.

En conséquence, le présent avenant a pour but de mettre l'accord du 22 septembre 2009 en conformité avec les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et avec les nouvelles dispositions légales concernant les régimes collectifs d'assurance complémentaire santé.

En conséquence, l'accord départemental d'assurance frais de santé du 22 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

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

« Article 3

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent (1) :

- à tout salarié non cadre ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ;
 - 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 11 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 3 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 douze 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 douze 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 d'exclusion 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) Le troisième 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 13 mars 2017 - art. 1)

Article 2

Il est créé un article 3.3 intitulé « Offre à adhésion individuelle et facultative » rédigé comme suit.

« Article 3.3

Offre à adhésion individuelle et facultative

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 global identique à celui de la garantie obligatoire.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe III du présent accord.

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner aux salariés ayant l'ancienneté requise la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille (ayants droit : conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe III du présent accord. »

Article 3

Les dispositions de l'article 4 « Garanties » sont supprimées. Il est créé un article 4.1 et un article 4.2. L'article 4 est donc remplacé comme suit :

« Article 4

Garanties

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

Article 4.1

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) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 4.2

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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 4

L'article 5 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 5

L'article 6 « Cotisations » devient l'article 5 et son titre et ses dispositions sont modifiés. Les articles 6.1 « Montant de la cotisation » et 6.2 « Appel et recouvrement des cotisations » sont supprimés et remplacés par un article 5 unique intitulé « Financement du dispositif frais de santé ».

Les dispositions de l'article 6 sont donc modifiées en conséquence comme suit :

« Article 5

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du présent régime 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 présent dispositif 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 6

Les dispositions de l'article 7 « Règlement des prestations et tiers payant » sont modifiées et son titre est modifié.

L'article 7 devient l'article 6 et en conséquence est modifié comme suit :

« Article 6

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

Les dispositions de l'article 8 « Cessation des garanties » sont supprimées et sont remplacées comme suit et son titre est également modifié. L'article 8 devient l'article 7 et est modifié comme suit.

« Article 7

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

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 bis, 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 la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre

individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six 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'art. 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six 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 9 « Suspension du contrat » devient l'article 8 et son titre et ses dispositions sont modifiés comme suit :

« Article 8

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

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 trois 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 indemnisées

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

Si l'absence est inférieure à un 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 (1).*

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

(1) Au seizième alinéa de l'article 8, les mots « et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou le complément de salaire versé par l'employeur. » sont exclus du bénéfice de l'extension au motif qu'ils se

rapportent au régime de prévoyance et non au régime frais de santé.
(Arrêté du 13 mars 2017 - art. 1)

Article 10

L'article 9 bis « Portabilité » devient l'article 8 bis :

« Article 8 bis
Portabilité

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. Ces dispositions figurent 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 11

L'article 10 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » devient l'article 9 et change de titre et de rédaction :

« Article 9
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 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FNSEA de Seine-Maritime. »

Article 12

L'article 11 « Antériorité des régimes d'entreprise » devient l'article 10. Les 2e et 3e alinéas de l'article 11 sont modifiés comme suit :

« Article 10
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 présent régime frais de santé 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 13

L'article 12 « Recours contre des tiers responsables » devient l'article 11 et est modifié comme suit :

« Article 11

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 14

L'article 13 « Clause de réexamen » est supprimé.

Article 15

Il est ajouté un nouvel article « Information des salariés » qui devient l'article 12 et est rédigé comme suit :

« Article 12

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

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

Une annexe III intitulée « Offres à adhésion individuelle et facultative » est créée.

Article 17 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

Article 18 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé 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 Haute-Normandie.

Annexes

Annexe I

Tableau Garantie complémentaire santé

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20170004_0000_0028.pdf BOCC

Annexe III

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.

Définition des ayants droit du salarié :

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

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

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

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 3 du présent accord.

Avenant n° 4 du 22 février 2018 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie et Orne)

22 février 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2018-41](#)

Préambule

Le présent avenant à l'accord collectif du 22 septembre 2009 fait suite à la volonté des partenaires sociaux de fusionner les régimes complémentaires de santé des salariés non cadres relevant des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières de l'Orne.

Les parties en présence ont donc convenu d'élargir le champ d'application professionnel à l'accord initial précité.

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 et l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 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 22 septembre 2009.

Les dispositions légales du 1er janvier 2016 obligeant l'employeur à affilier tous ses salariés dès le 1er jour, la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé en date du 30 décembre 2015, ont nécessité une adaptation de l'accord régional.

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009, s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Par ailleurs, le tableau de garanties est mis à jour avec des améliorations de prestations.

Article 1er

Le titre de l'accord collectif complémentaire frais de santé initialement intitulé : « Accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 concernant les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie » est remplacé par l'intitulé ci-après :
« Accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 modifié des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières du département de l'Orne. »

Article 2

L'ensemble des articles de l'accord collectif complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 est remplacé par l'ensemble des articles suivants :

« Article 1er

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 des entreprises agricoles relevant des activités agricoles définies ci-après :

- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation, telles que définies par le code rural ;
- horticulture ;
- pépinières.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :

- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de Seine-Maritime ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Eure ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Orne.

Article 2

Bénéficiaires

Article 2.1

Les salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent à tous les salariés non cadres relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties frais de santé :

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

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 2.2

Les 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 à la garantie complémentaire 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 en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont il bénéficie en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à 3 mois et justifiant bénéficier d'une couverture dite " responsable ", conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés pourront sous réserve d'en faire la demande expresse à leur employeur bénéficier en contrepartie, du dispositif versement santé tel que prévu par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans les conditions prévues par lesdites dispositions ;
- 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'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits " Madelin " ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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 d'exclusion doit être notifiée par écrit avant la fin du 1er mois d'embauche.

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. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert le plus d'ancienneté, 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 1er jour au cours duquel il est affilié.

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

Article 2.3

Offre à adhésion individuelle et facultative

- Extension famille facultative (conjoint et enfants)

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

Dans ce cas, il devra en assurer la totalité du financement.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

- Extension famille obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé prévue dans le cadre du présent régime, à titre collectif et obligatoire, aux familles des salariés (ayants droit : conjoint et enfants), dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

- Mise en place de garanties supérieures obligatoires

De même, les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord frais de santé ;

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

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

Article 2.4

Définition des ayants droit

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

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

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

Article 3

Garanties

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

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

En pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;

En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord.

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

Des garanties d'assistance sont incluses dans la garantie frais de santé, du même niveau que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Article 4

Financement des garanties frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties du présent régime 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'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers, ou d'offrir obligatoirement des garanties supérieures au présent accord, ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale

(part salariale et patronale) appelée à ce titre.

Article 5

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 6

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

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 " Portabilité ", 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 Évin ", et à la 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 8 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 la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi " Évin ", le tarif applicable ne pourra être supérieur aux tarifs globaux en vigueur pour les salariés actifs dans les limites fixées par la réglementation.

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.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi " Évin " antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

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 7

Maintien des garanties en cas de suspensions du contrat de travail

- 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 dans l'un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, 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.

- En cas de suspensions du contrat de travail indemnisées

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

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

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

Article 8

Portabilité

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. Ces dispositions figurent 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 9

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.

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, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national.

Article 10

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 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FNSEA de Seine-Maritime.

Article 11

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 présent régime frais de santé ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;

- de conditions d'accès (ancienneté ...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

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

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

Article 12

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 3 Entrée en vigueur

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 et au plus tôt le 1er juillet 2018.

Article 4 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.

Annexes

Annexe I

Tableau des 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, 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).

Accord polyculture élevage de Seine-Maritime, Horticulture de Haute-Normandie et de l'Orne

Nature des risques	Remboursement du régime obligatoire	Remboursements complémentaires	Remboursement total
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR

Dépassement d'honoraires :			
Médecin adhérents au contrat d'accès aux DPTM (1)	-	50 % BR	120 % BR
Médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	-	30 % BR	100 % BR
Sages femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoires	de 60 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 40 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Acte de prévention responsable (3)	de 35 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 65 % BR	100 % BR
Autre acte technique (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	20 €/3 fois/ an	20 €/3 fois/ an
Pharmacie			
Médicament à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
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 (4) + monture	60 % BR	365 €	60 % + 365 €
Équipement : verres mixtes (4) + monture	60 % BR	450 €	60 % + 450 €
Équipement : verres multifocaux (4) + monture	60 % BR	550 €	60 % + 550 €
Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	390 % BR + 250 €/ an/ bénéficiaire	450 % BR + 250 €/ an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le RO	-	250 €/ an/ bénéficiaire	250 €/ an/ bénéficiaire
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO (y compris couronne implantoportée)	70 % BR	140 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire	210 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le RO	de 70 % BR à 100 % BR	de 200 % BR à 230 % BR	300 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	de 60 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le RO	60 % BR	390 % BR + 175 €/ an/ bénéficiaire/ oreille	450 % BR + 175 €/ an/ bénéficiaire/ oreille

Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	de 80 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 20 % BR	100 % BR
Honoraires			
Dépassements d'honoraires :	de 80 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 20 % BR	100 % BR
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	155 % BR	155 % BR
Médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (par jour/ an/ bénéficiaire)	-	30 €/ jour	30 €/ jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	25 €/ jour limité à 60 J/ an	25 €/ jour limité à 60 J/ an
Maternité (5)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier	-	FR	FR
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base :			
honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	de 65 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 35 % BR	100 % BR
Divers			
Transport pris en charge par le RO	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR
BR = base de remboursement ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR = frais réels. (1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non 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). (2) Pour les éventuels dépassements, 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) 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. (5) Dans la limite des frais réellement engagés. (6) 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).			

Annexe II

Offre à adhésion individuelle et facultative

L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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.

L'extension famille collective et obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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 collectif et obligatoire.

Si l'employeur choisit d'étendre la famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire, le taux global de la cotisation mensuelle obligatoire « extension famille » sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part 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 sera collecté par la MSA.

La mise en place obligatoire de garanties supérieures au présent accord

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord.

Si l'employeur choisit de mettre en place à titre obligatoire, des garanties supérieures, le taux global de la cotisation incluant ces garanties supérieures sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part salarié, et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). L'intégralité de la cotisation sera collectée par la MSA.

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 premier alinéa. »

Avenant n° 5 du 11 octobre 2018 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie et Orne)

11 octobre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2019 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2019-15](#)

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 complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties.

Article 1er

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190015_0000_0033.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 jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension.

Article 3

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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 22 septembre 2009.

Avenant n° 6 du 22 septembre 2020 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie et Orne)

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

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 avenant 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

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

« Annexe I Tableau garanties complémentaire 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 www.legifrance.gouv.fr, rubrique « Publications officielles » « Bulletins officiels des conventions collectives ».)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20210022_0000_0025.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 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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 22 septembre 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-dessous.

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 21^e 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° 1 du 18 janvier 2011 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres (Haute-Normandie)

18 janvier 2011, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2011 [Légifrance](#)

Article 1er

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 3 « Dispenses d'affiliation » est annulé et remplacé par :

« Article 3

Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, et sous réserve d'en apporter la preuve, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- les salariés bénéficiaires de la CMUC. Cette dispense est valable pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de la CMUC. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté de 6 mois ;
- les salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ou saisonniers, dont la durée de contrat est inférieure à 12 mois ;

- les salariés en contrat à durée déterminée ou saisonniers d'une durée supérieure à 12 mois et qui bénéficient d'une complémentaire santé par ailleurs ;
- les salariés à temps très partiel et n'ayant qu'un seul employeur et les apprentis, dès lors que la cotisation à leur charge est supérieure à 10 % de leur rémunération brute ; cependant, des modalités particulières peuvent être prévues à leur égard. Ainsi, dans les systèmes cofinancés par l'employeur et le salarié, le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur prend en charge, pour les salariés à temps très partiel, 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 ;
- 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.

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. »

Article 2 Date d'effet et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet au 1er avril 2011.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la région Haute-Normandie du 10 avril 2009.

Avenant n° 2 bis du 12 novembre 2014 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres (Haute-Normandie)

12 novembre 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-2](#)

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 régional du 10 avril 2009. Certaines modifications prennent en compte des dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

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 de contrat de travail sont modifiées.

Par ailleurs, le tableau des garanties est mis à jour :

- mise à jour de certains taux de remboursement en raison des baisses de prise en charge par le régime de base ;
- présentation du poste dentaire en prévision de la nouvelle nomenclature.

Article 1er

Le 1 « Salariés » de l'article 2 « Bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Salariés

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

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

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint

l'ancienneté requise.

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

Article 2

L'article 3 « Dispenses d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3

Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, et sous réserve d'en apporter la preuve, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- le salarié bénéficiaire 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 équivalent à celui 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 ;
- le salarié bénéficiaire de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté de 6 mois ;
- le salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément ;
- le salarié à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que sa cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de sa 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 % ;

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

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.

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 3

Le tableau de l'article 4 « Prestations » est remplacé par le suivant :

	Remboursement (1) y compris régime de base	Services
Soins courants		
Honoraires de généralistes et spécialistes	300 % BR (2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce : - quatre pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	23 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques (3)	100 % BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie de 15 à 65 %	100 % BR	Quatre portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	Information sur le calendrier des vaccins
Prothèses		
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)		
Part obligatoire 65 % BR	465 % BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison
Part obligatoire 100 % BR	500 % BR	
Prothèses auditives	455 % BR + crédit 350 € par oreille (4)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Optique		
Forfait montures + lentilles	60 % BR + 175 € par an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes en cas de perte Service d'analyse et de conseil sur les devis optiques
Forfait verres unifocaux	60 % BR + 182 € par paire, limité à 1 paire par an	
Forfaits verres progressifs et multifocaux	60 % BR + 350 € par paire, limité à 1 paire par an	
Forfait optique	+ 50 € la 3e année si pas de consommation les 2 années précédentes	
Dentaire		
Soins dentaires	100 % BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Prothèses dentaires (hors couronnes implantoportées et inlays core)	410 % BR	
Inlays core	170 % BR	
Parodontologie	100 € par an	
Implantologie (pilier, tige, couronne)	200 € par an	
Orthodontie acceptée par le régime de base	350 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires	De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB	
Forfait journalier	FR	

Chambre particulière	78 € par jour, limité à 60 jours par an	
Frais de lit d'accompagnant	52 € par jour, limité à 30 jours par an (5)	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant (5 nuits supplémentaires, 60 € par nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maximum)
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	26 € par an	Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
Maternité		
Honoraires Chambre particulière	300 % BR 52 € par jour	Information par téléphone sur la santé, la vie quotidienne, la diététique, l'hygiène, les vaccins. Orientation vers les organismes spécialisés
Psychiatrie		
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires	300 % BR	
Forfait journalier	FR, limité à 30 jours par an	
Polyvalents		
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique)	FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
Forfait actes lourds 18 €	18 €	
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le régime de base (HAD)	52 € par jour, limité à 60 jours par an + forfait prestations de services, limité à 400 € par an et par famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de services dans la limite de 30 heures par an et par contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	100 % BR + 150 € par an	
NB., Les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ». (1) Uniquement en secteurs conventionnés 1 et 2, praticiens et/ou établissements. (2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge. (3) Y compris les actes de prévention responsables prévus par l'arrêté du 8 juin 2006. (4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an. (5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier. BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire. TM : ticket modérateur ; le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie. FR : frais réels.		

Article 4

L'article 5 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 5

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à la maladie, l'accident ou la maternité

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation. Cette période de 3 mois court à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail.

Après cette période, et tant que dure la suspension du contrat de travail, le salarié peut demander à l'organisme assureur de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, en s'acquittant de la totalité de la cotisation globale.

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

b) Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité indemnisé par le régime de base de la sécurité sociale 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 civil complet d'absence. Si l'absence est inférieure à un mois civil complet, la cotisation est due intégralement (part patronale et part salariale). »

Article 5

Il est ajouté à l'accord un article 6 bis rédigé comme suit :

« 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 6

L'accord est complété par l'annexe suivante :

« 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. »

Article 7

L'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 7

Cotisations

La garantie frais de santé est financée par une cotisation mensuelle due au titre de chaque salarié bénéficiaire défini à l'article 2 du présent accord et dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur du PMSS pour 2014 : 3 129 €).

Le montant de la cotisation, taxe CMU et financement de la portabilité inclus, est réparti à raison de 15 % à la charge de l'employeur et de 85 % à la charge du salarié.

(En pourcentage.)

Taux de cotisation en % du PMSS	Cotisation mensuelle	Part patronale	Part salariale
Tarif isolé	1,12	0,17	0,95
Tarif famille	+ 1,93	-	+ 1,93

La structure tarifaire du régime frais de santé est de type isolé/famille :

- le tarif "isolé" est appliqué lorsque la garantie ne couvre que le salarié ;
- le tarif "famille" est appliqué lorsque le salarié a demandé l'extension de ses garanties au bénéfice de ses ayants droit. Cette cotisation "famille" couvre alors le salarié et tous ses ayants droit, tels que définis à l'article 2 du présent accord. La cotisation famille s'ajoute à la cotisation isolé.

La nature et le montant de cotisation appelée sont mentionnés sur le bulletin de paie du salarié. »

Article 8

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant son arrêté d'extension, excepté pour les articles 5 et 6 qui prendront effet à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence.

Avenant n° 3 du 5 janvier 2016 à l'accord du 10 avril 2009 relatif relatif aux frais de santé pour les salariés non cadres (Haute-Normandie)

5 janvier 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-39](#)

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 régional du 10 avril 2009.

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 régional frais de santé du 10 avril 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, la partie « 1. Salariés » de l'article 2 intitulé « Bénéficiaires » est abrogée et remplacée par :

« 1. Salariés

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) et ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion (1) :

- 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.

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

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

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 2

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 3 intitulé « Dispenses d'affiliation » est annulé et remplacé par :

« 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 3

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 4 intitulé « Prestations » est annulé et remplacé par :

« Article 4

Prestations

Article 4.1

Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant ci-dessous sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Les remboursements prévus à la colonne « remboursement total » du tableau ci-dessous comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 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*) (2) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Tableau de garanties			
Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Régime hors Alsace-Moselle	Remboursement total
Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire régime de base inclus		
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 %	100 %
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	200 %	200 %	

Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)		100 %	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	0 à 40 %	100 %
Radiologie (1), électroradiographie (1), imagerie médicale (1) et ostéodensitométrie (1)	70 % BR	0 à 30 %	100 %
Actes de prévention (2)	de 35 % à 70 % BR	30 à 65 %	100 %
Autres actes techniques (1)	70 % BR	0 à 30 %	100 %
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie	-	23 € par consultation limité à 4 par an par famille	23 € par consultation limité à 4 par an par famille
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 %	100 %
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 %	100 %
Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Vaccins non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Hospitalisation (y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	100 %
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	100 %
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	400 % (200 % en maternité)	400 % (200 % en maternité)
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour, par an, par bénéficiaire)	-	78 € par jour limité à 60 jours puis 25 € par jour et 52 € par jour pour la maternité sans limitation	78 € par jour limité à 60 jours puis 25 € par jour et 52 € par jour pour la maternité sans limitation
Maternité	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-	52 € par jour limité à 30 jours	52 € par jour limité à 30 jours
Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Régime hors Alsace-Moselle	Remboursement total

Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire régime de base inclus		
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 (durée réduite à 1 an). Maximum 150 € pour la monture.			
Équipement : verres unifocaux (3) + monture	60 % BR	330 €	330 €
Équipement : verres mixtes (3) + monture	60 % BR	410 €	410 €
Équipement : verres multifocaux (3) + monture	60 % BR	500 €	500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % + forfait de 175 € par an	100 % + 175 € par an
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Forfait de 175 € par an	Forfait de 175 € par an
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 %	100 %
Honoraires	70 % BR	30 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	340 % + 100 €	410 % + 100 €
Inlays onlays	70 % BR	100 %	170 %
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	280 % ou 250 %	350 %
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200 € par an	200 € par an
Parodontologie	-	100 € par an	100 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 %	405 ou 400 %	465 ou 500 %
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	395 % + crédit 350 € par oreille (1 équipement tous les 3 ans)	455 % + crédit 350 € par oreille (1 équipement tous les 3 ans)
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	30 à 35 %	100 %
Forfait thermal complémentaire	Frais balnéaires acceptés	150 € par an	150 € par an
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 %	FR	FR
Forfait actes lourds (4)	-	FR	FR

(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux.

(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) 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 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.
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 multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries).

(4) 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 €.

Article 4.2

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) L'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions des articles 6.3 et 6.3.1 de l'accord du 10 juin 2008 susvisé relatifs respectivement à la mise en œuvre du principe de solidarité et aux dispositifs de prévention et d'action sociales.

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

(2) Au huitième alinéa de l'article 3, en remplacement des mots « (régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires), lire les mots « (régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ».

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 4

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 5 intitulé « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est annulé et remplacé par :

« Article 5

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Article 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.

Article 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 5

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 6 intitulé « Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail » est annulé et remplacé par :

« 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

L'article 7 « Cotisations de l'accord collectif du 10 avril 2009 » est abrogé et remplacé par :

« 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 7

L'article 8 « Choix de l'organisme gestionnaire et réexamen du régime » est supprimé.

Article 8

Les autres clauses de l'accord demeurent inchangées.

Article 9 Date d'effet et extension

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet au 1er jour du trimestre suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er juillet 2016, à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté (art. 2 de l'accord intitulé « Bénéficiaires ») et au financement à 50 % par l'employeur et 50 % par le salarié de la cotisation obligatoire (art. 7 de l'accord intitulé « Financement du dispositif frais de santé ») qui entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 1er janvier 2016.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région Haute-Normandie du 10 avril 2009.

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.legifrance.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, Eure (accord du 9 juillet 2009)

Accord du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire prévoyance des salariés non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure

9 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-43](#)

Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Eure ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 " sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ".

Les partenaires sociaux ci-dessus désignés entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres dudit département de bénéficier d'une couverture prévoyance offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche agricole dans le département ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord constitue l'annexe III de la convention collective du 28 juin 1985 concernant les exploitations et les entreprises agricoles de l'Eure.

Article 1 Champ d'application

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent accord, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnel défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de l'Eure.

Article 2 Salariés bénéficiaires

Les dispositions de l'accord départemental du 9 juillet 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 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 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 3 Garanties

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance complémentaire obligatoire garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies dans le présent accord, à savoir :

A., Décès

La garantie décès comprend trois prestations :

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

A. a) Capital décès

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié tel que défini à l'article 2 du présent accord, il est versé à ses ayants droit, concubin, titulaire d'un Pacs ou au (aux) bénéficiaire (s) qu'il a désigné (s), un capital décès égal à 100 % du salaire brut des 4 derniers trimestres civils précédant le décès, ou le cas échéant l'arrêt de travail pour maladie ou accident, et ayant donné lieu à cotisations, majoré de 50 % du salaire brut pour le conjoint, majoré de 25 % du salaire brut par enfant à charge.

Pour le bénéfice du capital décès (base et majoration), le " conjoint " s'entend :

- du conjoint survivant non séparé de corps ou du cocontractant d'un Pacs ;

- à défaut, du concubin justifiant de 2 ans de vie commune avec le salarié ou d'un enfant né de leur union.

Le capital est versé en priorité :

1. Au conjoint survivant ou au cocontractant d'un Pacs ou à défaut au concubin, à moins que l'assuré ait fixé et notifié à l'organisme assureur une répartition entre son conjoint et ses descendants (cette répartition ne pouvant réduire la part revenant au conjoint ou au cocontractant d'un Pacs ou à défaut au concubin à moins de 50 % du capital) ;
2. En l'absence de conjoint survivant ou de cocontractant d'un Pacs ou à défaut de concubin, le capital est versé aux descendants.

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

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- aux héritiers du participant.

Lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune de ces majorations est versée directement à la personne au titre de laquelle elle est accordée ou à son représentant légal.

En cas d'invalidité absolue et définitive (3e catégorie) ou d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle au taux de 66 %, constatées par le régime de base de la 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 de base et ses majorations peuvent lui être versés, sur sa demande, de façon anticipée en 24 mensualités. Le paiement anticipé du capital décès met fin à la prestation capital décès. (1)

Garantie " double effet "

En outre, en cas de décès du conjoint ou du partenaire du salarié lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), sous réserve que cet événement se produise simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès du salarié) ou postérieurement, il est versé au profit du ou des enfants à charge un capital supplémentaire égal au capital décès ci-dessus.

A. b) Garantie rente annuelle d'éducation

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié il est versé à chacun des enfants à charge une rente annuelle fixée comme suit :

- 4,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) jusqu'au 11e anniversaire ;
- 6,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) du 11e jusqu'au 18e anniversaire ;
- 9 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) du 18e au 26e anniversaire, si poursuite d'étude ou événement assimilé.

Les rentes sont revalorisées sur décision du conseil d'administration de l'organisme assureur.

A. c) Garantie indemnité frais d'obsèques

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

A. d) Définitions

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.

Sont considérés comme " à charge " :

- les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- les enfants jusqu'à leur 26e anniversaire, et sous condition, soit :
 - , de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - , d'être en apprentissage ;
 - , de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;

- , d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits à Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- , d'être employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- les enfants invalides, en cas d'invalidité équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

A. e) Risques exclus

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 ;
- du fait volontaire du salarié, le suicide étant toutefois couvert.

B., Incapacité., Invalidité

B. a) Garantie incapacité temporaire de travail

En cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité temporaire de travail résultant de la maladie ou d'accident, dûment constaté par certificat médical, le salarié tel que défini à l'article 2 du présent accord, à condition :

- d'avoir justifié dans les 48 heures de cette absence ;
 - d'être pris en charge par les assurances sociales agricoles ;
 - d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres états membres de l'union européenne ou dans l'un des autres États ressortissants de l'espace économique européen,
- bénéficie d'une indemnisation complémentaire aux indemnités journalières versées par la caisse de mutualité sociale agricole, de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales, pendant 135 jours.

Lors de chaque arrêt de travail, l'indemnisation intervient à compter :

- du 1er jour d'absence, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, à un accident de trajet ou à une maladie professionnelle ;
- du 4e jour d'absence dans les autres cas.

Puis à l'issue de cette première période d'indemnisation et jusqu'à la fin de la perception des indemnités journalières versées par la MSA et au maximum pendant 1 095 jours, le salarié bénéficie d'une garantie de salaire équivalent à 75 % du salaire journalier retenu par la CMSA pour le calcul des indemnités journalières toujours sous déduction des prestations servies par la MSA.

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

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

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

Les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées sur décisions du conseil d'administration de l'organisme assureur.

En cas de rupture du contrat de travail, avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur sont maintenues tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base.

B. b) Assurance des charges sociales patronales

La part patronale des charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées à la caisse de mutualité sociale agricole par l'organisme assureur et financées par la cotisation " assurance des charges sociales patronales ".

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

B. c) Garantie incapacité permanente

Conditions et modalités d'indemnisation

L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés visés à l'article 2 du présent accord, 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.

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

Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension versée par l'organisme assureur est égal à 25 % du salaire brut du salarié.

Le salaire mensuel brut, retenu pour le calcul des prestations complémentaires (pension d'invalidité ou rente accident du travail), correspond à 1/12 des salaires bruts des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail et ayant donné lieu à cotisations.

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.

La prestation est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension ou une rente du régime de base et est suspendue si le régime de base suspend le versement de ses propres prestations (pension ou rente).

Les pensions et rentes complémentaires versées par l'organisme assureur :

- sont revalorisées sur décisions du conseil d'administration de l'organisme assureur ;
- cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base.

(1) Le douzième alinéa du paragraphe A-a de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions du 1° de l'article R. 341-2 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 30 mai 2017 - art. 1)

Article 4 Cotisations

A., Assiette

Les cotisations sont appelées sur la base des rémunérations brutes prises en considération pour les cotisations d'assurances sociales.

B., Répartition

La répartition globale des cotisations est la suivante :

- 51 % employeur ;
- 49 % salarié.

(1) L'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article 6.3 de l'accord national du 10 juin 2008 susvisé relatives à la mise en œuvre et au financement de mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale.

(Arrêté du 30 mai 2017 - art. 1)

Article 5 Suspension du contrat de travail

- Suspension du contrat de travail indemnisée :

Les garanties sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au salarié lorsque :

- le salarié est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales. Dans cette situation, l'employeur et le salarié sont exonérés du versement des cotisations prévoyance pour tout mois complet civil d'absence durant toute la période donnant lieu au service par l'organisme assureur de prestations d'incapacité temporaire ou permanente. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur ;
- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par son employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, le versement des cotisations prévoyance doit être effectué par l'employeur et le salarié pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée.

- Suspension du contrat de travail pour une autre cause :

Les salariés concernés par un cas de suspension de contrat de travail prévu par le code du travail ou par convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise ...) peuvent demander le maintien des garanties, moyennant le versement complet des parts patronale et salariale de la cotisation correspondante.

Article 5 bis Principe de solidarité

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

Le présent accord interprofessionnel s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation au fonds de solidarité institué au niveau national, tel que prévu à l'article 6.3.4 de l'accord national du 10 juin 2008.

Article 6 Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 7 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.

Avenant n° 1 du 25 mai 2010 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Eure)

25 mai 2010, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2010-47](#)

Article 1er

A l'article 4 « Garanties » point B, a « Garantie incapacité temporaire de travail », le morceau de phrase « de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 80 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales, pendant 135 jours » est à remplacer par : « de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités légales, pendant 135 jours ».

Cette disposition entrera en vigueur le 1er juillet 2010.

Article 2

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui a été déposé à la DIRECCTE, unité territoriale de l'Eure, cité administrative, 27023 Evreux Cedex.

Avenant n° 2 du 25 septembre 2014 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Eure)

25 septembre 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-21](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 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 collectif de prévoyance du 9 juillet 2009.

Ainsi :

- des précisions sont apportées sur le calcul du capital décès ;
- les modalités de calcul de la garantie invalidité (incapacité permanente de travail) sont modifiées.

Article 1er

Le premier paragraphe du point A-a « Capital décès », est modifié comme suit :

« En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié tel que défini à l'article 3 du présent accord, il est versé à ses ayants droit, concubin, cocontractant d'un Pacs ou au (x) bénéficiaire (s) qu'il a désigné (s) un capital décès égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès, majoré de 25 % du salaire brut par enfant à charge. 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. »

Le reste de l'article est sans changement.

Article 2

Le deuxième paragraphe du point « Montant de l'indemnisation » du B-d « Garantie incapacité permanente » est modifié comme suit :

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

Article 3

Les deux derniers paragraphes du point D « Suspension du contrat de travail » de l'article 7 « Cotisations » sont remplacés par le paragraphe suivant :

« En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et incapacité permanente professionnelle sont maintenues sans versement de cotisations pour tout mois complet civil d'absence.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation pour la garantie décès et incapacité permanente professionnelle est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur. »

Article 4

Il est ajouté un point E « Portabilité » à l'article 7 « Cotisations », comme suit :

« E., Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant en annexe à l'avenant n° 2 du 25 septembre 2014, pour information).

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'assuré doit fournir, en plus des justificatifs demandés pour l'obtention de la prestation, l'attestation de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 5 Date d'effet

Le présent avenant prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant l'arrêté d'extension et en tout état de cause à la date fixée pour certaines dispositions par les textes légaux ou réglementaires si celle-ci est antérieure à l'arrêté d'extension.

Article 6 Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé, en cinq exemplaires, à la DIRECCTE, unité territoriale de l'Eure, cité administrative, 27023 Evreux Cedex.

Annexe

Annexe (Pour information)

Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

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

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

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements

complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

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

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

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

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

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

Avenant n° 3 du 23 juin 2016 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Eure)

23 juin 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-16](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 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, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord collectif de prévoyance du 9 juillet 2009.

Article 1er

L'accord collectif de prévoyance du 9 juillet 2009 est réécrit ainsi dans sa totalité :

« Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Eure ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 “ sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ”.

Les partenaires sociaux ci-dessus désignés entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres dudit département de bénéficier d'une couverture prévoyance offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche agricole dans le département ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord constitue l'annexe III de la convention collective du 28 juin 1985 concernant les exploitations et les entreprises agricoles de l'Eure.

Article 1er

Champ d'application

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent accord, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnel défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de l'Eure.

Article 2

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant du champ d'application du présent accord dès l'entrée en vigueur de son contrat de travail dans l'entreprise,

En sont exclus :

- les 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. Ou précisé le titre de la convention collective des cadres de l'Eure ;
- les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 3

Garanties

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance complémentaire obligatoire garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies dans le présent accord, à savoir :

A., Décès

La garantie décès comprend trois prestations :

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

A. a) Capital décès

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié tel que défini à l'article 2 du présent accord, il est versé à ses ayants droit, concubin, titulaire d'un Pacs ou au (aux) bénéficiaire (s) qu'il a désigné (s), un capital décès égal à 100 % du salaire brut des 4 derniers trimestres civils précédant le décès, ou le cas échéant l'arrêt de travail pour maladie ou accident, et ayant donné lieu à cotisations, majoré de 50 % du salaire brut pour le conjoint, majoré de 25 % du salaire brut par enfant à charge.

Pour le bénéfice du capital décès (base et majoration), le " conjoint " s'entend :

- du conjoint survivant non séparé de corps ou du cocontractant d'un Pacs ;
- à défaut, du concubin justifiant de 2 ans de vie commune avec le salarié ou d'un enfant né de leur union.

Le capital est versé en priorité :

1. Au conjoint survivant ou au cocontractant d'un Pacs ou à défaut au concubin, à moins que l'assuré ait fixé et notifié à l'organisme assureur une répartition entre son conjoint et ses descendants (cette répartition ne pouvant réduire la part revenant au conjoint ou au cocontractant d'un Pacs ou à défaut au concubin à moins de 50 % du capital) ;
2. En l'absence de conjoint survivant ou de cocontractant d'un Pacs ou à défaut de concubin, le capital est versé aux descendants.

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

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- aux héritiers du participant.

Lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune de ces majorations est versée directement à la personne au titre de laquelle elle est accordée ou à son représentant légal.

En cas d'invalidité absolue et définitive (3e catégorie) ou d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle au taux de 66 %, constatées par le régime de base de la 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 de base et ses majorations peuvent lui être versés, sur sa demande, de façon anticipée en 24 mensualités. Le paiement anticipé du capital décès met fin à la prestation capital décès. (1)

Garantie " double effet "

En outre, en cas de décès du conjoint ou du partenaire du salarié lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), sous réserve que cet événement se produise simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès du salarié) ou postérieurement, il est versé au profit du ou des enfants à charge un capital supplémentaire égal au capital décès ci-dessus.

A. b) Garantie rente annuelle d'éducation

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié il est versé à chacun des enfants à charge une rente annuelle fixée comme suit :

- 4,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) jusqu'au 11e anniversaire ;
- 6,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) du 11e jusqu'au 18e anniversaire ;
- 9 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) du 18e au 26e anniversaire, si poursuite d'étude ou événement assimilé.

Les rentes sont revalorisées sur décision du conseil d'administration de l'organisme assureur.

A. c) Garantie indemnité frais d'obsèques

En cas de décès du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant d'un Pacs ou à défaut du concubin justifiant de 2

ans de vie commune ou d'un enfant à charge, il est versé au salarié à condition qu'il ait supporté lui-même les frais d'obsèques, une indemnité de frais d'obsèques qui est égale à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

A. d) Définitions

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.

Sont considérés comme " à charge " :

- les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- les enfants jusqu'à leur 26e anniversaire, et sous condition, soit :
 - , de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - , d'être en apprentissage ;
 - , de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
- , d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits à Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- , d'être employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- les enfants invalides, en cas d'invalidité équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

A. e) Risques exclus

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 ;
- du fait volontaire du salarié, le suicide étant toutefois couvert.

B., Incapacité., Invalidité

B. a) Garantie incapacité temporaire de travail

En cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité temporaire de travail résultant de la maladie ou d'accident, dûment constaté par certificat médical, le salarié tel que défini à l'article 2 du présent accord, à condition :

- d'avoir justifié dans les 48 heures de cette absence ;
 - d'être pris en charge par les assurances sociales agricoles ;
 - d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres états membres de l'union européenne ou dans l'un des autres États ressortissants de l'espace économique européen,
- bénéficie d'une indemnisation complémentaire aux indemnités journalières versées par la caisse de mutualité sociale agricole, de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales, pendant 135 jours.

Lors de chaque arrêt de travail, l'indemnisation intervient à compter :

- du 1er jour d'absence, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, à un accident de trajet ou à une maladie professionnelle ;
- du 4e jour d'absence dans les autres cas.

Puis à l'issue de cette première période d'indemnisation et jusqu'à la fin de la perception des indemnités journalières versées par la MSA et au maximum pendant 1 095 jours, le salarié bénéficie d'une garantie de salaire équivalent à 75 % du salaire journalier retenu par la CMSA pour le calcul des indemnités journalières toujours sous déduction des prestations servies par la MSA.

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

Les indemnités journalières dues au titre du présent accord cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait

effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

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

Les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées sur décisions du conseil d'administration de l'organisme assureur.

En cas de rupture du contrat de travail, avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur sont maintenues tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base.

B. b) Assurance des charges sociales patronales

La part patronale des charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées à la caisse de mutualité sociale agricole par l'organisme assureur et financées par la cotisation " assurance des charges sociales patronales ".

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

B. c) Garantie incapacité permanente

Conditions et modalités d'indemnisation

L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés visés à l'article 2 du présent accord, 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.

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

Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension versée par l'organisme assureur est égal à 25 % du salaire brut du salarié.

Le salaire mensuel brut, retenu pour le calcul des prestations complémentaires (pension d'invalidité ou rente accident du travail), correspond à 1/12 des salaires bruts des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail et ayant donné lieu à cotisations.

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.

La prestation est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension ou une rente du régime de base et est suspendue si le régime de base suspend le versement de ses propres prestations (pension ou rente).

Les pensions et rentes complémentaires versées par l'organisme assureur :

- sont revalorisées sur décisions du conseil d'administration de l'organisme assureur ;
- cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base.

Article 4

Cotisations (2)

A., Assiette

Les cotisations sont appelées sur la base des rémunérations brutes prises en considération pour les cotisations d'assurances sociales.

B., Répartition

La répartition globale des cotisations est la suivante :

- 51 % employeur ;
- 49 % salarié.

Article 5

Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu au paiement d'un salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail, les garanties prévues en cas de décès continuent à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande auprès de l'organisme assureur et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et d'incapacité permanente sont maintenues sans versement de cotisation.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil donnant lieu à complément de salaire par l'employeur, le bénéfice des garanties décès, incapacité permanente est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident (toutes origines) les garanties sont maintenues sans versement de cotisation.

Article 6

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 7

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. »

(1) Le douzième alinéa du paragraphe A-a de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions du 1° de l'article R. 341-2 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 30 mai 2017 - art. 1)

(2) L'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article 6.3 de l'accord national du 10 juin 2008 susvisé relatives à la mise en œuvre et au financement de mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale.

(Arrêté du 30 mai 2017 - art. 1)

Article 2 Date d'effet

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er janvier 2017.

Article 3 Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé, en cinq exemplaires, à la DIRECCTE, unité territoriale de l'Eure, cité administrative, 27023 Évreux Cedex.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de prévoyance du 9 juillet 2009.

Avenant n° 4 du 16 octobre 2020 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Eure)

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

Préambule

Pour se mettre en conformité avec 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 collectif de prévoyance du 9 juillet 2009 s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de la mutualisation avec le fonds de solidarité national.

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.

En conséquence, l'accord collectif de prévoyance du 9 juillet 2009 est modifié comme suit :

Article 1er

Il est ajouté un article 5 bis intitulé « Principe de solidarité » rédigé comme suit :

« Article 5 bis

Principe de solidarité

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

Le présent accord interprofessionnel s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation au fonds de solidarité institué au niveau national, tel que prévu à l'article 6.3.4 de l'accord national du 10 juin 2008. »

Article 2

Les autres clauses de l'accord demeurent inchangées.

Article 3 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2021.

Article 4 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, en cinq exemplaires, à la DIRECCTE, unité territoriale de l'Eure, cité administrative, 27023 Évreux Cedex.

Prévoyance des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 25 janvier 2007)

Accord du 25 janvier 2007 relatif à la prévoyance des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de la Seine-Maritime, des exploitations horticoles de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières de l'Orne

25 janvier 2007, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2007 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2007-15](#)

Article 1er Champ d'application

1. Entreprises concernées par l'accord collectif de prévoyance

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises relevant :

- de la convention collective de travail de la polyculture et de l'élevage du 28 février 1983 de Seine-Maritime ;
- de la convention collective régionale des exploitations horticoles de Haute-Normandie (départements de la Seine-Maritime et de l'Eure) du 2 octobre 1967 ;
- de la convention collective des branches spécialisées de l'horticulture et pépinières du département de l'Orne du 24 septembre 1969.

2. Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sans condition d'ancienneté (sauf la garantie incapacité temporaire pour laquelle une condition de deux mois d'ancienneté dans l'entreprise et de 6 mois dans la branche est requise), 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 personnels 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.
- des VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 2 Garantie incapacité temporaire

En cas d'incapacité de travail temporaire dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières du régime de base de la sécurité sociale, le salarié bénéficie d'une indemnité complémentaire versée par l'organisme assureur de sorte que l'indemnisation globale (indemnités journalières versées par la MSA plus indemnité complémentaire) soit égale à 80 % du salaire brut du salarié tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

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

- le salarié devra justifier d'une ancienneté de 2 mois dans l'entreprise ou de 6 mois dans la branche en cas d'accident ou maladie de la vie privée (sur une période de 12 mois) ;
- le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de carence de 7 jours en cas d'accident et de maladie de la vie privée et dès le 1er jour en cas d'arrêt consécutif à un accident de travail, de trajet, ou de maladie professionnelle ;
- les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées selon les modalités prévues par l'organisme assureur ;
- l'indemnisation prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une indemnisation nette supérieure à sa rémunération nette d'activité.

En cas de rupture du contrat de travail, avant la fin de la période d'indemnisation, les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de l'indemnisation par le régime de base.

Article 3 Garantie incapacité permanente

En cas d'attribution d'une rente accident de travail au taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % ou d'une pension d'invalidité des assurances agricoles de catégorie 1,2 ou 3, l'organisme assureur verse aux salariés une pension mensuelle complémentaire à celle versée par la mutualité sociale agricole égale à 30 % du douzième des salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel brut calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci a moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Les prestations prévues au présent article sont revalorisées selon les modalités prévues par l'organisme assureur.

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

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

Article 4 Garantie décès

Tous les salariés bénéficient de cette garantie sans condition d'ancienneté.

Cette couverture décès comprend trois prestations :

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

Capital décès

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

Le montant de ce capital est majoré de 25 % par enfant à charge et de 50 % pour le conjoint.

La majoration par enfant est versée, soit directement à l'enfant à charge s'il est majeur, soit à son représentant légal, s'il est mineur.

Le montant minimum du capital (majorations comprises) est fixé à 8 000 €.

En cas d'invalidité du salarié de catégorie 3, c'est-à-dire absolue et définitive, interdisant au salarié toute activité rémunérée et l'obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus (hors majorations familiales) en 24 mensualités. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

Le salaire annuel brut de référence correspond au salaire brut des 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.

Rente d'éducation

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

- 4 % du plafond annuel de la sécurité sociale par enfant jusqu'à 10 ans ;
- 8 % du plafond annuel de la sécurité sociale par enfant de 11 à 17 ans ;
- 11 % du plafond annuel de la sécurité sociale par enfant de 18 à 26 ans (sous réserve de la poursuite d'études).

Indemnité frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, il est versé à ses ayants droit une indemnité frais d'obsèques d'un montant égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale applicable au moment du décès.

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

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

Pour le bénéfice de la garantie décès, on entend par ayants droit :

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

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

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

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

Article 5 Assiette et répartition des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

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

La garantie incapacité temporaire complémentaire est à la charge exclusive du salarié (sauf maintien de salaire).

La répartition des cotisations prévoyance invalidité est la suivante :

- 51,4 % salarié ;
- 48,7 % employeur.

La répartition des cotisations prévoyance décès est la suivante :

- 50,00 % employeur ;
- 50,00 % salarié.

Article 6 Suspension du contrat de travail

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

L'entreprise adhérente et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et aussi longtemps que l'intéressé ne reprend pas une activité.

Ce maintien d'affiliation s'effectue tant que dure le versement d'indemnités journalières complémentaires.

Si l'absence est inférieure à 1 mois civil, la cotisation est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

Article 7 Portabilité des droits

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties prévoyance, bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions définies par les textes légaux. Ces dispositions figurent en annexe du présent avenant pour information.

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

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

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

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif prévoyance prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

Pour bénéficier de la portabilité des droits, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir à l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, en plus des justificatifs demandés pour l'obtention des prestations, l'attestation de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture qui ne sera donc pas prolongé d'autant.

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

Article 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 prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l'accord du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article 6.3 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance tel que révisé par l'avenant n° 6 du 17 avril 2018.

(Arrêté du 20 mars 2019 - art. 1)

Article 9 Commission paritaire de suivi

Les signataires du présent accord instituent une commission paritaire de suivi composée desdits signataires.

Article 10 Durée., Dénonciation

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

Article 11 Entrée en vigueur

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

Article 12 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 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° 7 du 17 janvier 2019 à l'accord du 25 janvier 2007 relatif à la prévoyance (Haute-Normandie et Orne)

17 janvier 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2019 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2019-24](#)

Préambule

Lors de la commission du 11 octobre 2018, les partenaires sociaux des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles de Haute-Normandie, des exploitations horticoles et des pépinières de l'Orne ont validé le rapprochement des accords de prévoyance complémentaire.

Ils ont ainsi décidé que :

- l'accord de prévoyance des exploitations horticoles de Haute-Normandie ;
- les dispositions de la CCN des branches spécialisées de l'horticulture et des pépinières de l'Orne en matière de prévoyance complémentaire.

Le présent avenant entérine cette décision, modifie le nom du présent accord, et procède à l'élargissement du champ d'application de l'accord prévoyance des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime.

Article 1er Modification du nom de l'accord

L'accord collectif de prévoyance du 25 janvier 2007 des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime est renommé comme suit :

« L'accord collectif de prévoyance du 25 janvier 2007 des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières de l'Orne. »

Article 2 Modification du champ d'application de l'accord collectif de prévoyance du 25 janvier 2007

Le point 1 « Entreprises concernées par l'accord collectif de prévoyance » de l'article 1er « Champ d'application » est abrogé et réécrit comme suit :

« 1. Entreprises concernées par l'accord collectif de prévoyance

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises relevant :

- de la convention collective de travail de la polyculture et de l'élevage du 28 février 1983 de Seine-Maritime ;
- de la convention collective régionale des exploitations horticoles de Haute-Normandie (départements de la Seine-Maritime et de l'Eure) du 2 octobre 1967 ;
- de la convention collective des branches spécialisées de l'horticulture et pépinières du département de l'Orne du 24 septembre 1969. »

Il n'est pas dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de prévoyance du 25 janvier 2007 des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime.

Article 3 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 4 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.

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° 1 du 31 janvier 2012 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance (Haute-Normandie)

31 janvier 2012, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2013 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2012-11](#)

Préambule

Les parties ont convenu de modifier les dispositions de l'article 4 de l'accord du 27 janvier 2009, concernant le montant de l'indemnisation de la garantie incapacité temporaire, afin de rédiger la partie relais mensualisation suivant les termes de l'accord national.

Article 1er Garantie incapacité temporaire

Les dispositions de l'article 4, 2°, de l'accord du 27 janvier 2009 sont modifiées comme suit :

« Les salariés bénéficient d'indemnités journalières complémentaires, versées par Agri-Prévoyance, égales à 30 % du salaire journalier de référence jusqu'à la reprise du travail et au plus tard jusqu'au 1 095e jour d'arrêt de travail.

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

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

En tout état de cause, l'indemnisation du salarié par Agri-Prévoyance ne peut avoir pour effet de lui servir un revenu de remplacement net (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités journalières complémentaires) supérieur à sa rémunération nette d'activité.

Les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées selon les mêmes modalités que les indemnités journalières du régime de base.

En cas de rupture du contrat de travail avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières versées par Agri-Prévoyance sont maintenues tant que dure le versement d'indemnités journalières par le régime de base. »

Les autres dispositions de l'article 4 restent inchangées.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la publication de son arrêté d'extension.

Article 3 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.

Avenant n° 3 du 6 janvier 2015 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance (Haute-Normandie)

6 janvier 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-17](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 sur 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 du 27 janvier 2009.

Les aménagements portent notamment sur :

- le calcul du capital décès et de la garantie invalidité complémentaire (incapacité permanente de travail) ;
- la modification des taux de cotisation, afin d'intégrer la portabilité ;
- la garantie incapacité permanente exprimée en complément du régime de base.

Article 1er

L'avenant n° 2 du 12 novembre 2014 à l'accord du 27 janvier 2009 est annulé et remplacé par le présent avenant.

Article 2

Les dispositions du paragraphe 2 « Les salariés couverts » de l'article 1er « Champ d'application » sont abrogées et remplacées par les suivantes :

« Sont couverts par le présent accord tous les salariés des entreprises visées au 1 du présent article, à l'exclusion des cadres et personnels ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant du régime de prévoyance défini dans la convention précitée. »

(1) Article étendu sous réserve de l'article 3 de l'accord national du 10 juin 2008 susvisé pour ce qui concerne les voyageurs, représentants et placiers et bûcherons-tâcherons.

(Arrêté du 7 juillet 2015 - art. 1)

Article 3

L'intitulé de l'article 4 « Garantie incapacité temporaire » est remplacé par le suivant : « Garantie incapacité ».

Les dispositions de l'article 4 « Garantie incapacité temporaire » sont abrogées et remplacées par les suivantes :

« Article 4.1

Garantie incapacité temporaire

1. Conditions et modalités d'indemnisation

En cas d'incapacité de travail temporaire dûment constatée par un certificat médical et ouvrant droit aux indemnités journalières du régime de base de la sécurité sociale, les salariés bénéficient d'indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur, à la condition toutefois de justifier d'une ancienneté :

- de 2 mois dans l'entreprise ;
- ou de 6 mois, continus ou non, dans la branche professionnelle, et ce sur une période de 12 mois.

Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de carence :

- de 7 jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée ;

- dès le premier jour en cas d'arrêt consécutif à un accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle.

2. Montant de l'indemnisation

Les salariés bénéficient d'indemnités journalières complémentaires, versées par l'organisme assureur, égales à 30 % du salaire journalier de référence jusqu'à la reprise du travail et au plus tard jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

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

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

En tout état de cause, l'indemnisation du salarié par l'organisme assureur ne peut avoir pour effet de lui servir un revenu de remplacement net (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités journalières complémentaires) supérieur à sa rémunération nette d'activité.

Les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées selon les mêmes modalités que les indemnités journalières du régime de base.

En cas de rupture du contrat de travail avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières versées par l'organisme assureur sont maintenues tant que dure le versement d'indemnités journalières par le régime de base.

»

Article 4

L'article 4 « Garantie incapacité permanente » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 4.2

Garantie incapacité permanente

1. Conditions et modalités d'indemnisation

L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés visés au 2 de l'article 1^{er} du présent accord et justifiant de l'ancienneté précisée au 1 de l'article 4.1 ci-dessus 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 catégorie 1, 2 ou 3 (1) ;
- 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.

2. Montant de l'indemnisation

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 à 1/12 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 a 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 et, le cas échéant, salaire partiel) 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 l'organisme assureur cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base. »

(1) Alinéa étendu sous réserve des dispositions de l'article 4 de l'accord national du 10 juin 2008 susvisé pour ce qui concerne le taux d'invalidité de 66,66 %.

(Arrêté du 7 juillet 2015 - art. 1)

Article 5

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa du paragraphe a « Capital décès » de l'article 5 « Garantie décès » sont abrogées et remplacées par les suivantes :

« 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. »

Article 6

Les dispositions du premier alinéa de l'article 6 « Assurance des charges sociales patronales » sont abrogées et remplacées par les suivantes :

« Les charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont financées par la cotisation visée à l'article 7 du présent accord. »

Article 7

Le tableau des cotisations du paragraphe a « Taux, assiette, répartition des cotisations » de l'article 7 « Cotisations » est abrogé et remplacé par le suivant :

(En pourcentage.)

Garantie	Part patronale	Part salariale	Taux de cotisation total
Incapacité temporaire de travail	0,41	0,46	0,87
Invalidité	0,14	0,22	0,36
Décès	0,32	0,10	0,42
Assurance des charges sociales patronales	0,14	-	0,14
Total	1,01	0,78	1,79

(1) Article étendu sous réserve de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 susvisée pour ce qui concerne la mensualisation.
(Arrêté du 7 juillet 2015 - art. 1)

Article 8

L'intitulé et les dispositions de l'article 8 « Gestion des cotisations et des prestations » sont transférés à l'article 9.

L'article 8 nouveau est rédigé comme suit :

« Article 8
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 ci-dessous pour information.

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

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 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. »

Article 9

Les articles 9 à 12 tels que rédigés préalablement au présent avenant deviennent les articles 10 à 13.

Article 10

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui, sous réserve des dispositions de l'alinéa ci-dessous, prendra effet au premier jour du trimestre suivant la date de publication de son arrêté d'extension au Journal officiel.

L'article 8 « Portabilité » prend effet à la date d'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles cet article fait référence.

Avenant n° 4 du 5 janvier 2016 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance (Haute-Normandie)

5 janvier 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-39](#)

Préambule

Le présent avenant a pour but de mettre l'accord du 27 janvier 2009 en conformité avec les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire et la création d'un régime de prévoyance, révisé par avenant n° 4 du 15 septembre 2015.

En conséquence, l'accord régional de prévoyance du 27 janvier 2009 est modifié comme suit :

Article 1er

Le paragraphe 2° « Les salariés couverts » de l'article 1er « Champ d'application » est abrogé et remplacé par :

« 2° Les salariés couverts :

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) et répondant à la condition d'ancienneté spécifiée, le cas échéant, aux articles définissant chaque garantie ;

- 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. »

Article 2

L'article 2 « Adhésion et affiliation » est supprimé.

Article 3

L'article 3 « Organisme assureur » est supprimé.

Article 4

L'article 4 « Garantie incapacité » est désormais numéroté 2 et les articles 4.1 et 4.2 deviennent article 2.1 « Garantie incapacité temporaire » et article 2.2 « Garantie incapacité permanente ».

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

« 1° Conditions et modalités d'indemnisation :

En cas d'incapacité de travail temporaire dûment constatée par un certificat médical et ouvrant droit aux indemnités journalières du régime de base de sécurité sociale, les salariés bénéficient d'indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur, à la condition toutefois de justifier d'une ancienneté :

- de 2 mois dans l'entreprise ;
- ou de 6 mois, continus ou non, dans la branche professionnelle, et ce, sur une période de 12 mois.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise et est appréciée au premier jour de son absence.

Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de carence :

- de 7 jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée ;
- dès le 1er jour en cas d'arrêt consécutif à un accident du travail, de trajet, ou de maladie professionnelle. »

Article 5

L'article 5 « Garantie décès » est désormais numéroté 3 et est modifié comme suit :

« 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 d'un salarié (quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise) ou d'un de ses ayants droit, une indemnité frais d'obsèques est versée à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

Le montant de cette indemnité est égal à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès. »

Article 6

L'article 6 « Assurance des charges sociales patronales » est désormais numéroté 4 et est modifié comme suit :

« 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 ».

Article 7

L'article 7 « Cotisations » est désormais numéroté 5 et est modifié comme suit :

« 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. »

Article 8

L'article 8 « Gestion des cotisations et des prestations » est supprimé.

Article 9

L'article 9 « Réexamen du régime et du choix de l'organisme assureur » est supprimé.

Article 10

L'article 10 « Durée, révision, dénonciation » est désormais numéroté 6 et est modifié comme suit :

« Article 6

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. »

Article 11

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

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

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 santé et prévoyance des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), santé et prévoyance, édition octobre 2011 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales du régime de prévoyance de l'accord régional des exploitations horticoles de Haute-Normandie du 1er octobre 2009

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition avril 2013 [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](#)

Guide employeur : Guide pratique de l'employeur santé et prévoyance des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), document diffusé par la MSA Haute-Normandie, santé et prévoyance, édition octobre 2011, 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](#)

Guide employeur : Guide de l'employeur de l'accord départemental frais de santé de l'Eure

ANIPS et Agri Prévoyance (site MSA Haute-Normandie), frais de santé, édition août 2011 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information de l'accord départemental de prévoyance de l'Eure

Agri Prévoyance et ANIPS (site MSA Haute-Normandie), prévoyance, édition novembre 2009 [Ouvrir le document](#)