

CartoAgri, dossier départemental

Gers (32)

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

Département	Gers (32)
Textes territoriaux	25
Conventions concernées	Production agricole et CUMA, Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF), Frais de santé des non-cadres, Gers (accord du 17 septembre 2009), Prévoyance des non-cadres, Gers (accord du 30 septembre 2009)
Sur la carte	https://www.cartoagri.fr/#dep=32

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

Sommaire

Production agricole et CUMA (IDCC 7024) 7 textes

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

Frais de santé des non-cadres, Gers (accord du 17 septembre 2009) 9 textes

Prévoyance des non-cadres, Gers (accord du 30 septembre 2009) 4 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](#)

Gers (ex-IDCC 9321) Accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954 concernant les exploitations agricoles, entreprises de travaux agricoles et ruraux CUMA (Avenant n° 125 du 20 juillet 2023 PA CUMA)

20 juillet 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er mai 2024 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2024-3](#)

Les organisations conviennent que les dispositions suivantes qui constituent le présent avenant de révision se substituent à l'ensemble des stipulations de l'accord collectif étendu du Gers (ex - IDCC 9321), qu'il renomme « Gers (ex - IDCC 9321) accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954, Avenant n° 125 PA CUMA » :

Préambule

Dans le cadre de la restructuration de la négociation collective, les partenaires sociaux ont donné naissance à deux conventions collectives nationales applicables dans leur branche respective : la convention collective nationale production agricole et CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024) et 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 (IDCC 7025).

À date de leur entrée en vigueur, la convention collective de travail du département du Gers (ex - IDCC 9321) du 12 juin 1954 étendue par arrêté du 29 novembre 1954 est devenue un accord collectif étendu, conformément à l'article L. 2232-5-2 du code du travail, rattaché aux conventions collectives nationales applicables.

Il est donc apparu nécessaire aux partenaires sociaux, conscients de la nécessité de disposer d'un ensemble de règles conventionnelles compréhensibles et facilement utilisables, de réviser les dispositions de ladite convention collective devenue accord collectif étendu, afin de lui apporter une cohérence d'ensemble et d'éviter dans la mesure du possible la superposition de textes et de normes qui sont sources de complexité dans les entreprises et peuvent nuire à la bonne entente des parties qui ne retiendraient pas la même règle.

Les partenaires sociaux souhaitent donc rappeler à cette occasion leur attachement au dialogue social de proximité dans le territoire du département du Gers ceci afin de compenser l'absence de négociation dans les entreprises agricoles, essentiellement structurées en très petites entreprises, de valoriser les spécificités métiers de l'agriculture en favorisant le développement de l'emploi et de répondre aux enjeux de compétitivité des entreprises agricoles par des dispositions adaptées.

Par conséquent, le présent avenant de révision n° 125 se substitue à l'ensemble des stipulations de l'accord collectif étendu du Gers (ex - IDCC 9321), qu'il renomme « Gers (ex - IDCC 9321) accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954, Avenant n° 125 PA CUMA ».

Dans la mesure où le présent accord a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et que, par conséquent, ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Chapitre 1er Dispositions générales relatives à l'application de l'accord collectif étendu

Article 1.1 Champ d'application

1.1.1 Professionnel

Le présent accord détermine les rapports entre les employeurs et les salariés de l'un et l'autre sexe, de tout âge et de toute nationalité, concernés par les activités : des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage), des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières), des exploitations d'élevage, des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole, des activités touristiques (agrotourisme) ou de loisir qui se situent dans le prolongement de l'activité, des établissements, de toute nature, dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, à l'exclusion des exploitations d'horticulture et de pépinières (IDCC 8734), des exploitations forestières (IDCC 8731) et des parcs zoologiques (IDCC 7017).

Il est entendu que ces activités relèvent du champ professionnel de la convention nationale applicable soit la convention collective nationale production agricole et CUMA du 15 septembre 2020.

1.1.2 Géographique

Le présent accord s'applique aux entreprises visées à l'article 1.1.1 du département du Gers.

Article 1.2 Modalités d'application en entreprise

Le présent accord a vocation à compléter ou adapter, sur le champ d'application défini à l'article 1er, les dispositions applicables de la convention collective nationale production agricole et CUMA du 15 septembre 2020, dite « PA/CUMA », à des fins de simplification et de lisibilité.

Cet accord s'applique donc dans le respect des dispositions d'ordre public légal, des accords nationaux de la branche ou de l'interbranche agricole applicables et du cadre conventionnel sous réserve du respect du principe de faveur.

Ainsi, le présent accord s'applique dans le respect de l'article L. 2253-3 du code du travail nonobstant toutes stipulations contenues dans les contrats individuels de travail ou les accords collectifs de travail conclus antérieurement à son entrée en vigueur, lorsque ces stipulations sont moins favorables pour les travailleurs que celles du présent accord.

Les avantages reconnus par le présent accord ne peuvent en aucun cas s'interpréter comme s'ajoutant aux avantages déjà accordés pour le même objet ou la même cause professionnelle en application des contrats de travail, d'usages, d'engagements unilatéraux ou d'accords collectifs.

Article 1.3 Durée d'application

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 1.4 Commission de négociation, d'interprétation et de conciliation

1.4.1 Commission de négociation

Les négociations se tiennent en commission départementale paritaire ou mixte paritaire. Les partenaires sociaux souhaitent privilégier la configuration de commission mixte paritaire.

Cette commission de négociation a pour objet de négocier des accords, dialoguer sur les conditions de travail et les besoins du secteur propres au champ d'application visé par le présent accord. Elle est composée des représentants des organisations reconnues représentatives en application de l'accord en suivant.

Concernant les conditions de négociation du présent accord, il est fait application des stipulations prévues par l'accord AFNCA du 21 janvier 1992.

1.4.2 Commission d'interprétation (1)

La commission départementale mixte paritaire d'interprétation a pour mission de traiter uniquement les problématiques d'interprétation du présent accord. Elle n'a pas vocation à régler les litiges ou contentieux entre un employeur et un (e) salarié (e). Elle ne peut, en aucun cas, apporter de modification au présent accord.

Elle est composée d'un représentant de chaque organisation syndicale représentative de salariés et d'un nombre équivalent de représentant des organisations professionnelles représentatives.

Toute personne liée par le présent accord peut saisir la commission d'interprétation.

La saisine de la commission se fait par courrier électronique à l'adresse : ddetspp@gers.gouv.fr, ou par lettre recommandée avec accusé réception à l'adresse : DDETS PP 32, Cité administrative, place de l'Ancien-Foirail, 32020 Auch Cedex 9 à l'attention du président(e) de la commission paritaire d'interprétation de l'accord Gers (ex-IDCC 9321) accord collectif territorial étendu PA/CUMA. La demande doit être accompagnée d'un dossier circonstancié et des pièces nécessaires pour analyse de l'article sujet à interprétation.

La commission étudiera le cas lors d'une réunion de la commission mixte paritaire d'interprétation qui suit la saisine ou au plus tard dans un délai de deux mois.

Les interprétations rendues par la commission mixte d'interprétation sont consignées dans un procès-verbal et ne sauraient faire obstacle à la compétence des tribunaux judiciaires et les avis qu'elle peut rendre ne sauraient lier le juge. Ce procès-verbal est notifié aux organisations syndicales salariées et professionnelles représentatives de la présente commission. En cas d'absence d'accord sur l'interprétation de l'article concerné, celui-ci sera renvoyé à la commission de négociation.

Le secrétariat de cette commission peut être assuré par un représentant de la DDETSPP 32 qui transmet les convocations aux membres de la commission d'interprétation dans un délai permettant de la réunir convenablement.

1.4.3 Commission de conciliation et d'arbitrage

La commission de conciliation a pour mission de tenter de concilier les parties. Ainsi, les conflits collectifs qui n'ont pu être solutionnés au niveau de l'entreprise peuvent être soumis à la commission de conciliation, avec recours éventuel soit à la procédure d'arbitrage en application de l'article L. 2524-1 et suivants du code du travail si les deux parties en conviennent, soit à la procédure de médiation en application de l'article L. 2522-1 du code du travail.

La composition, la saisine et le délai de réunion de la commission se font dans les mêmes conditions que celles prévues pour la commission d'interprétation à l'article 1.4.2 du présent accord.

À l'issue de la commission, les résultats sont consignés dans un procès-verbal de conciliation totale ou partielle, de non-conciliation ou d'ajournement. Le procès-verbal est dressé sans délai par le président de la commission et signé par les parties présentes. En cas de non-conciliation ou d'ajournement, le procès-verbal est notifié aux parties dans un délai de huit jours francs suivant la réunion de la commission.

(1) L'article 1.4.2 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

Article 1.5 Conditions de suivi et de rendez-vous

La commission de négociation mixte paritaire ou paritaire se réunit au moins une fois par an pour assurer le suivi et effectuer un état des lieux du présent accord. Elle dresse chaque année un bilan de la situation sur le département en matière de compétitivité, de conditions de travail, et de protection sociale complémentaire.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

Article 1.6 Révision et dénonciation

1.6.1 Révision (1)

Dans les conditions prévues par le code du travail, le présent accord peut faire l'objet, à tout moment, d'une demande de révision de la part de l'une des organisations syndicales de salariés ou professionnelles représentatives.

En vertu de l'article L. 2231-1 du code du travail, les organisations syndicales de salariés représentatives peuvent s'opposer à l'entrée en vigueur d'un avenant dans le délai indiqué. *Les avenants de révision susceptibles d'ouvrir droit à opposition dans les conditions fixées par le code du travail sont, à l'exclusion de tous autres, ceux qui réduisent ou suppriment un ou plusieurs avantages individuels ou collectifs dont bénéficient les salariés.* (2)

1.6.2 Dénonciation

Sont habilitées à dénoncer le présent accord, dans le respect des dispositions prévues par le code du travail, les organisations syndicales de salariés ou d'employeurs signataires ou adhérentes. La (ou les) organisation (s) dénonçant l'accord en informe (nt) les autres organisations par lettre recommandée avec accusé réception et se charge (nt) des formalités de dépôt auprès de l'administration et du conseil de prud'hommes.

La durée du préavis qui précède la dénonciation est de 3 mois.

1.6.3 Effets de la dénonciation

Lorsque la convention ou l'accord qui a été dénoncé n'a pas été remplacé par une nouvelle convention ou un nouvel accord dans un délai d'un an à compter de l'expiration du préavis, les salariés des entreprises concernées bénéficient d'une garantie de rémunération dont le montant annuel, pour une durée de travail équivalente à celle prévue par leur contrat de travail, ne peut être inférieure à la rémunération versée, en application de la convention ou de l'accord dénoncé et du contrat de travail, lors des douze derniers mois. Cette garantie de rémunération est définie par le code du travail et notamment selon les dispositions de l'article L. 2261-13.

Cette garantie de rémunération peut être assurée par le versement d'une indemnité différentielle entre le montant de la rémunération qui était dû au salarié en vertu de la convention ou de l'accord dénoncé et de son contrat de travail et le montant de la rémunération du salarié résultant de la nouvelle convention ou du nouvel accord, s'il existe, et de son contrat de travail.

(1) L'article 1.6.1 de l'avenant est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

(2) La deuxième phrase du second paragraphe de l'article 1.6.1 de l'avenant est exclue de l'extension en ce qu'elle limite les cas où peut être exercé le droit d'opposition.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

Article 1.7 Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le 1er jour du mois suivant la parution de son arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er janvier 2024.

Article 1.8 Dépôt et extension

Les signataires demandent que soient effectuées les formalités d'usage en vue du dépôt et de la demande d'extension, qu'il appartient à l'autorité administrative compétente d'effectuer. Un exemplaire signé est remis à chacune des organisations signataires. Une version numérique et une version papier en deux exemplaires sont déposées à la DDETS PP 32.

Chapitre 2 Droits individuels et collectifs

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées au chapitre 2 de la convention collective nationale PA/CUMA du 15 septembre 2020.

Chapitre 3 Formation

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées au chapitre 3 de la convention collective nationale PA/CUMA du 15 septembre 2020.

Chapitre 4 Classification

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées au chapitre 4 de la convention collective nationale PA/CUMA du 15 septembre 2020.

Chapitre 5 Rémunération

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées au chapitre 5 de la convention collective nationale PA/CUMA du 15 septembre 2020.

Pour rappel, les salariés sont rémunérés sur la base d'un salaire horaire minimum fixé par l'annexe « Grille de salaires » de la convention collective nationale qui est applicable.

En lieu et place de l'annexe « grille de salaires » de la convention collective nationale, un accord territorial ou sectoriel peut prévoir l'application d'une grille de salaires. Le cas échéant, La grille de salaires de l'accord territorial ou sectoriel ne peut être inférieure à l'annexe « Grille de salaires » de la convention collective nationale.

Article 5.1 Salaire

5.1.1 Périodicité des règlements de salaire

Les salariés payés au mois devront être réglés au plus tard le cinquième jour ouvrable du mois suivant celui pour lequel le salaire est dû.

Les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée sont assimilés aux salariés payés au mois ou disposition légale plus favorable le cas échéant.

5.1.2 Salaire forfaitaire du travail à façon en viticulture

Dans le respect du code rural, il est possible d'embaucher des salariés pour effectuer des travaux de viticulture rémunérés à la façon. Un cadre de pratiques harmonisées est fixé par le présent accord.

Ce cadre est défini en annexe I du présent accord.

Il est précisé que ces dispositions ne traitent pas du travail à domicile qui répond à un autre cadre réglementaire.

Article 5.2 Frais professionnels

5.2.1 Matériel de travail (1)

Le matériel utilisé est entretenu de façon appropriée. Les éléments de protection individuelle et le matériel nécessaire aux travaux sont fournis par l'employeur. Ils restent la propriété de l'entreprise et doivent être restitués par le salarié en bon état d'entretien, le jour même où il cesse ses fonctions, et ce, pour quelque cause que ce soit.

Dans les cas exceptionnels où le salarié fournirait les outils, en accord avec l'employeur, il percevra une indemnité spéciale d'outillage représentant l'amortissement normal de l'outil utilisé.

5.2.2 Frais d'aménagement

Les frais professionnels d'emménagement des salariés permanents embauchés dans le département du Gers ou dans un rayon de 50 kilomètres autour de l'exploitation, sont à la charge de l'employeur. Ils comprennent les frais de transport du mobilier et les frais de voyage du salarié et de sa famille (conjoint et enfants).

Toutefois, en cas de départ volontaire et sans motif valable du salarié ou de son renvoi pour faute grave ou lourde dans les douze mois suivant l'embauche, l'intéressé doit rembourser les frais dont l'employeur a supporté la charge, étant entendu que ceux-ci sont réduits proportionnellement au temps de présence sur l'exploitation.

(1) L'article 5.2.1 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article R. 4322-1 du code du travail.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

Article 5.3 Primes et avantages divers

5.3.1 Prime et congé d'ancienneté

La prime d'ancienneté est destinée à encourager la stabilité du personnel dans l'entreprise. En l'absence de disposition prévue dans la convention collective nationale, dès lors qu'un salarié justifie d'un certain nombre d'années d'ancienneté continue au sein d'une même entreprise, il est instauré une prime d'ancienneté.

Cette prime est calculée en pourcentage du salaire brut de base du salarié et de la manière suivante :

Ancienneté	Montant de la prime
Après 2 ans et jusqu'à 4 ans	1 %
Après 4 ans et jusqu'à 6 ans	2 %
Après 6 ans et jusqu'à 8 ans	3 %
Après 8 ans et jusqu'à 10 ans	4 %
Après 10 ans et jusqu'à 12 ans	5 %
Après 12 ans et jusqu'à 15 ans	6 %
Après 15 ans	7 %

Par ailleurs, dès lors que le salarié acquiert un certain nombre d'années d'ancienneté continue au sein de l'entreprise, il peut bénéficier d'un congé supplémentaire à prendre sur la période de référence pour la prise des congés payés.

Par définition, ce congé supplémentaire est octroyé au salarié qui remplit les conditions d'ancienneté suivantes. Ce congé sera pris selon les mêmes modalités que les congés annuels.

Ancienneté	Durée maximum du congé supplémentaire
Après 20 ans et jusqu'à 25 ans	1 jour
Après 25 ans et jusqu'à 30 ans	2 jours
Après 30 ans	3 jours

Chapitre 6 Protection sociale complémentaire

Article 6.1 Retraite complémentaire et supplémentaire

Pour rappel, les salariés relevant de la convention collective nationale du 2 avril 1952 bénéficient du régime de retraite complémentaire selon les modalités et garanties établies par ladite convention.

Par ailleurs, l'accord national du 15 septembre 2020 prévoit la mise en place d'un régime de retraite supplémentaire en points pour les salariés non-cadres applicable depuis le 1er juillet 2021, dès lors que le salarié répond aux conditions de bénéfices définies à l'article 3 de ce même accord.

Article 6.2 Prévoyance et frais de santé complémentaire adaptée

En application de l'article 6.2 de la convention collective nationale PA/CUMA du 15 septembre 2020, le régime de prévoyance complémentaire au département du Gers est adapté par les dispositions de l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la mise en œuvre de prévoyance pour les salariés agricoles non-cadres.

En application de l'article 6.2 de la convention collective nationale production agricole et CUMA du 15 septembre 2020, le régime de frais de santé complémentaire spécifique au département du Gers est adapté par les dispositions de l'accord du 17 septembre 2009 d'assurance complémentaire au frais de santé des salariés agricoles non-cadre.

Tel que rappelé dans la convention collective nationale PA/CUMA, les dispositions de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 s'appliquent aux cadres, aux techniciens et aux agents de maîtrise dans les conditions fixées.

Chapitre 7 Dispositions relatives à l'emploi

Article 7.1 Établissement du contrat de travail écrit

Lors de l'embauche, il sera établi obligatoirement pour tous les salariés un contrat de travail écrit, en deux exemplaires, quelle que soit la nature de l'engagement et comportant pour les contrats de travail à durée déterminée et ceux à temps partiel les mentions prévues par les dispositions du code du travail.

Ce contrat écrit doit permettre à tout salarié d'être informé sur les éléments essentiels de ses conditions de travail (tels que fixés par la directive européenne n° 91/533/CEE du 14.01.91). Il doit, dans tous les cas, préciser la date à laquelle il prend effet, sa durée, la qualification professionnelle du salarié et sa rémunération ainsi que son affiliation à un régime de sécurité sociale.

Un exemplaire du contrat de travail est remis au salarié, le deuxième est conservé par l'employeur.

Chapitre 8 Durée du travail

Article 8.1 Majoration pour travail exceptionnel du dimanche

Chaque semaine, le salarié a droit à un repos d'une durée de 24 heures consécutives. Dans l'intérêt des salariés, le repos hebdomadaire est fixé le dimanche. Le travail un dimanche n'est possible que lorsqu'il est indispensable au fonctionnement de l'entreprise.

Le salarié amené à travailler exceptionnellement un dimanche perçoit une compensation équivalente majorée à 50 % du taux horaire brut de base pour chaque heure travaillée un dimanche.

Cette compensation majorée peut prendre la forme d'une contrepartie sous forme financière ou sous forme de repos, en application de l'accord national de 1981 sur la durée du travail. L'employeur reste décisionnaire de la forme de cette contrepartie.

Elle ne s'additionne pas avec les autres compensations de même objet déjà prévues par l'entreprise.

*(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 714-1 du code rural et de la pêche maritime.
(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)*

Article 8.2 Congés pour soin des animaux

Les salariés chargés du soin des animaux travaillant le dimanche bénéficient de deux jours de congés payés annuels supplémentaires. Ces jours de congés doivent être fixés d'un commun accord. Au-delà d'un congé de plus de 24 heures, celui-ci peut ne pas être attribué pendant des périodes de haute activité de l'exploitation.

Article 8.3 Période annuelle de référence du repos compensateur

La période annuelle visée à l'article 10.1 de l'accord national susvisé s'entend de l'année civile.

Article 8.4 Journée de solidarité

La journée de solidarité pourra notamment être accomplie un jour férié précédemment chômé autre que le 1er mai selon les modalités à définir par l'employeur ou toute autre modalité permettant le travail de 7 heures précédemment non travaillées.

En cas de changement d'employeur, lorsqu'un salarié a déjà accompli, au titre de l'année en cours, une journée de

solidarité, s'il doit s'acquitter d'une nouvelle journée de solidarité en raison d'un changement d'employeur, les heures travaillées ce jour donneront lieu à rémunération supplémentaire, s'imputeront sur le contingent annuel d'heures supplémentaires (ou sur le nombre d'heures complémentaires) et donneront lieu à contrepartie obligatoire en repos. Le salarié peut aussi refuser d'exécuter cette journée supplémentaire de travail sans que ce refus constitue une faute ou un motif de licenciement.

Chapitre 9 Rupture du contrat de travail

Article 9.1 Durée de préavis adaptée pour le salarié logé

En complément des dispositions prévues par les conventions collectives nationales applicables, en dehors des cas de licenciement pour faute grave ou faute lourde, le salarié logé par l'employeur bénéficie d'un préavis dont la durée est portée à 3 mois si celle-ci est plus favorable.

Le logement attribué par l'employeur doit être distingué du logement loué selon un bail d'habitation. Le bail d'habitation signé entre un employeur et un salarié est indépendant du contrat de travail. La rupture du contrat de travail n'entraîne pas, dans ce cas, la résiliation du bail.

Article 9.2 Indemnité de licenciement adaptée

Dans le respect des dispositions prévues par les conventions collectives nationales applicables et notamment l'article 9.2 de la convention collective PA/CUMA, l'indemnité de licenciement du salarié cadre et technicien agent de maîtrise ayant entre 1 an et 10 ans d'ancienneté est portée à 1/3 de mois de salaire.

Article 9.3 Article indemnité de départ à la retraite adaptée

Dans le respect des dispositions prévues par les conventions collectives nationales applicables et notamment l'article 9.3 de la convention collective PA/CUMA, l'indemnité de départ à la retraite du salarié cadre et technicien agent de maîtrise ayant entre 15 ans et 20 ans d'ancienneté est portée à 3 mois de salaire.

Article 9.4 Heures pour recherche d'emploi adaptées

Dans le respect des dispositions de la convention collective nationale applicable, le nombre d'heures pour recherche d'emploi correspond à 2 demi-journées par semaine de préavis dont une est fixée au choix du salarié et l'autre au choix de l'employeur. Ces demi-journées peuvent être groupées.

Dans le cadre d'une rupture du contrat de travail pour cause de licenciement, ces absences ne donnent lieu à aucune réduction de salaire. Cette disposition cesse de s'appliquer dès lors que le salarié a trouvé un nouvel emploi.

Chapitre 10 Conditions de travail

Article 10.1 Congés pour évènement familiaux adaptés

Dans le respect des modalités d'application de l'article 10.1.2 de la convention collective nationale du production agricole et CUMA la durée du congé appliquée :

- au mariage d'un enfant est remplacée par 1 jour rémunéré auquel s'ajoute une autorisation d'absence d'un jour à prendre le jour qui suit où qui précède. Cette autorisation d'absence n'est pas rémunérée. Le salarié peut toutefois utiliser ce jour-là son droit à congé acquis ou convenir d'une récupération avec son employeur ;
- par ailleurs, le salarié bénéficie de deux jours de congés payés à l'occasion du décès d'un descendant en ligne directe autre que l'enfant.

Article 10.2 Autres congés familiaux adaptés

Dans le respect des modalités d'application prévues notamment à l'article 10.1.3 de la convention collective nationale production agricole et CUMA qui ne prévoit pas de rémunération pour le congé spécifique qu'elle fixe, il est prévu que ce congé spécifique sera rémunéré dans la limite de :

- 3 jours par an pour un enfant de moins de 16 ans ;
- 5 jours par an pour un enfant de moins d'un an ou si le salarié a la charge de 3 enfants de moins de 16 ans.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 3142-4 du code du travail.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

Article 10.3 Fête votive spécifique

Il est accordé au salarié un jour annuel chômé et payé à l'occasion de la fête votive organisée dans la commune du siège de l'entreprise.

Article 10.4 Congés endométriose

L'endométriose constitue un enjeu global de santé au travail, dont les manifestations et les impacts varient selon les personnes.

Le présent article a pour objet de permettre aux salariées souffrant d'endométriose de bénéficier d'un aménagement spécifique sous forme de jours d'absence rémunérés, tout en garantissant un accompagnement médical et organisationnel adapté.

Ainsi, chaque salariée concernée peut bénéficier, sur production d'un certificat médical, renouvelé annuellement, attestant de sa pathologie, d'un jour d'absence par mois au titre de l'endométriose. Ces jours sont cumulables sur une période maximale d'un trimestre civil, soit 3 jours consécutifs ou non durant le trimestre concerné. L'absence est rémunérée.

La salariée informe son employeur de son absence.

Il est rappelé que le médecin du travail est un acteur central dans la prévention des risques professionnels liés à l'endométriose et la salariée peut solliciter une visite médicale à son initiative pour discuter de sa situation.

Annexe

Annexe I

Organisation du travail à façon en viticulture

I-1. Définition des façons

Le matériel utilisé est entretenu de façon appropriée au cours des façons (affûtage, graissage). Les procédures de désinfection du matériel de taille sont appliquées.

a) Taille

La taille est exécutée à l'aide de sécateurs électriques sur les bois de l'année et selon les prescriptions des cahiers des charges de nos appellations Armagnac Gascogne auxquelles prétendent les vignes considérées à savoir les tailles Guyot simple ou double ou cordon de Royat. Pour le respect de ces prescriptions et dans le cas d'un nombre exagéré de bourgeons laissés par le tailleur, il conviendra que le surnombre devra être supprimé. Les coupes devront être franches et le vieux bois inutile supprimé à la scie. La taille pratiquée pourra varier en fonction des cépages et de la vigueur de la souche puis repérage des anomalies du pied ou identification des plants morts pour une alerte du responsable de chantier.

b) Tombée des bois

Récupération des crochets ou agrafes, tirage des bois et dépôt en vrac dans le rang, enlèvement et dépose des bois un rang sur deux.

c) Pliage-liage

On entend par pliage l'opération qui consiste à cintrer la branche à fruit et à la fixer au fil de fer à l'aide d'un ou deux liens selon nécessité. L'opération doit être effectuée par temps doux et arrêtée dès que les branches à fruit deviennent cassantes.

d) Épamprage

L'épamprage consiste en l'ablation des repousses sur le cep en dessous de la tête de souche puis de la majorité des gourmands entre les bois de taille selon les cépages.

I-2. Période de référence

La période de référence du travail à façon en viticulture s'étend du 1er novembre au 31 octobre de l'année suivante.

I-3. Organisation du travail

L'employeur précise au salarié la période de travail à façon retenue pour chaque façon prévue au contrat, ainsi que le nombre de pieds de la ou des parcelle (s) associée avec la référence cadastrale. Le salarié organise lui-même son activité, sous l'horaire collectif en vigueur, sauf autre indication ou autorisation écrite expresse de l'employeur.

Un état des lieux de la qualité de la parcelle est effectué en début de contrat. Le salarié alerte ensuite l'employeur pour signifier tout dégât constaté sur la parcelle.

I-4. Santé et sécurité au travail

Compte-tenu de la particularité de cette modalité de travail, l'employeur accorde une vigilance particulière à la santé au travail du salarié.

Le salarié est sensibilisé à son obligation au repos quotidien et hebdomadaire par l'employeur qui y veille. Le salarié informe son employeur lorsqu'il se trouve sur l'exploitation et lorsqu'il la quitte. Par ailleurs, le salarié fournit à l'employeur, pour chaque semaine, l'état des lieux des horaires durant lesquelles il se trouvait sur l'exploitation pour réaliser les travaux.

Le salarié est sensibilisé aux principes d'ergonomie et de sécurité au travail, qui sont appliqués lors de la réalisation des opérations, incluant le port des équipements de protection individuelle. En cas de traitement d'une parcelle, l'employeur informe le salarié de la date à laquelle il pourra de nouveau intervenir sur la parcelle.

I-5. Rémunération forfaitaire

La rémunération est fixée en fonction du nombre de pieds façonnés par le salarié dans des conditions normales d'activité, selon les usages locaux et les instructions de l'employeur.

À la demande expresse de l'employeur, le salarié pourra être amené à travailler les jours fériés et les dimanches, conformément aux dispositions légales et conventionnelles en vigueur.

Le salarié perçoit chaque mois une rémunération, le contrat de travail doit préciser les modalités de la rémunération.

Grille de rémunération forfaitaire pour les travaux à façon en viticulture

Valeurs forfaitaires actualisées au 25 mai 2023.

Salaire forfaitaire au 1 000 pieds		Degré indicatif	Degré indicatif	Taille	Tombée des bois	Pliage-liage	Épamprage
Façons en :				8 h 00	6 h 00	4 h 00	2 h 00
Guyot simple	Parcelle dédiée (incluant taille et/ ou épamprage)	Autonomie : 3 Technicité : 2	100,48 €	75,36 €	50,24 €	25,12 €	
	Parcelle (à plusieurs [1]) (incluant taille et/ ou épamprage)	Autonomie : 2 Technicité : 2	94,24 €	70,68 €	47,12 €	23,56 €	
	Tombée des bois et/ ou pliage-liage (sans taille ni épamprage)	Autonomie : 2	X	69,66 €	46,44 €	X	
Salaire forfaitaire au 1 000 pieds			Degré indicatif	Taille	Tombée des bois	Pliage-liage	Épamprage
Façons en :				12 h 30	6 h 30	6 h 30	2 h 00
Guyot double	Parcelle dédiée (incluant taille et/ ou épamprage)	Autonomie : 3 Technicité : 2	157,00 €	81,64 €	81,64 €	25,12 €	
	Parcelle (à plusieurs [1]) (incluant taille et/ ou épamprage)	Autonomie : 2 Technicité : 2	147,25 €	76,57 €	76,57 €	23,56 €	
	Tombée des bois et/ ou pliage-liage (sans taille ni épamprage)	Autonomie : 2	X	75,47 €	75,47 €	X	
Majorations éventuelles applicables			Caractéristiques des cépages : non épamprés + 3 €, non prétaillés : + 3 €, Mansengs : + 3 €) Ancienneté des parcelles : > 25 ans : + 3 € par tranche supérieure de 10 ans				
Autres travaux			Au temps réel				
[1] Lorsque le salarié intervient pour la taille et/ ou l'épamprage sur une parcelle sur laquelle intervient également au moins un autre salarié, dédié à la réalisation de travaux de nature différente mais permettant de partager la vigilance quant au développement de la vigne résultant des opérations réalisées.							

I-6. Matériel et équipement de travail (1)

Le matériel utilisé est entretenu de façon appropriée, y compris en cours de taille (affûtage, graissage). Les procédures de désinfection du matériel de taille sont appliquées.

Les éléments de protection individuelle et le matériel nécessaire aux travaux, notamment le sécateur électrique et/ ou l'attacheur électrique sont fournis par l'employeur.

Ils restent la propriété de l'entreprise et doivent être restitués par le salarié en bon état d'entretien, le jour même où il cesse ses fonctions, et ce, pour quelque cause que ce soit.

(1) Le point I.6 de l'annexe est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article R. 4322-1 du code du travail.

(Arrêté du 10 avril 2024 - art. 1)

Gers (ex-IDCC 9321) Avenant n° 9 du 22 février 2024

22 février 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2024 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2024-27](#)

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de formaliser les aménagements suivants à l'accord du 17 septembre 2009 :

- la suppression des dispositions inhérentes à la clause de recommandation mise en place en 2015 ;
- la modification des dispositions relatives au haut degré de solidarité (HDS).

En outre, le présent avenant a pour objet de mettre en conformité 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, du forfait patient urgences (FPU) et du 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 urgents pré hospitaliers (TUPH), le remboursement des frais de transport sanitaires non urgents et des soins dentaires.

Enfin, les partenaires sociaux bénéficient d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 et s'engagent à entamer des négociations pour mettre en conformité, selon les dispositions qui seront prévues par l'accord national du 10 juin 2008, le libellé des bénéficiaires 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.

Article 1er Modifications de l'accord

L'accord de prévoyance du 17 septembre 2009 et ses avenants sont ainsi modifiés comme suit :

1.1. Suppression de la clause de recommandation

L'ensemble des dispositions des articles 5 « Organisme assureur recommandé » et 6 « Convention de gestion spécifique » sont supprimées.

En outre, l'ensemble des dispositions de l'article 7 « Cotisations » sont supprimées.

De facto, les articles énumérés ci-après sont renumérotés comme suit :

- l'article 8 « Règlement des prestations et tiers-payant » devient l'article 5 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 9 « Maintien des garanties » devient l'article 6 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 10 « Suspension du contrat de travail » devient l'article 7 dont les dispositions modifiées sont formalisées dans l'article 2.1 du présent avenant ;
- l'article 11 « Dénonciation » devient l'article 8 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 12 « Haut degré de solidarité » devient l'article 9 dont les dispositions modifiées sont formalisées dans l'article 1.2 du présent avenant.

1.2. Modification de la clause relative au haut degré de solidarité (1)

Les dispositions de l'article 9 « *Haut degré de solidarité* » (1) sont désormais les suivantes :

« Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 1 % des cotisations frais de santé (hors taxes) est affectée au financement de prestations revêtant un *degré élevé de solidarité* (1). Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental. »

(1) Les termes « *haut degré de solidarité* » et « *degré élevé de solidarité* » de l'article 1.2 de l'avenant sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 4 septembre 2024 - art. 1)

Article 2 Mise en conformité des garanties

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 7 « Suspension du contrat de travail »

Les dispositions du 2e paragraphe intitulé « Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité » de l'article 7 de l'accord précité sont désormais les suivantes :

« Les garanties prévues par le contrat sont maintenues au participant pendant la période de suspension de son contrat de travail, ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat 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'employeur et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et tant que le participant ne reprend pas une activité ;

- le participant 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 ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'employeur et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement. »

2.2. Modification des tableaux de garanties

Les tableaux de garanties figurant en annexes I et II de l'accord du 17 septembre 2009 sont modifiés comme suit :

« Annexe I

Garanties complémentaires de base

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 (FPU), 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 (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20240027_0000_0026.pdf/BOCC

Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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 (FPU), 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 (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20240027_0000_0026.pdf/BOCC

Article 3 Durée, révision et dénonciation

Le présent régime santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois, conformément aux dispositions légales prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

Article 4 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Article 5 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.

Gers Avenant n° 10 du 12 novembre 2024 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé

12 novembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord du 17 septembre 2009 aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, selon les dispositions prévues par l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

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

Article 1er Modification de l'accord du 17 septembre 2009

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

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à 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, non affilié au régime Agirc-Arrco, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif 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 techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. »

Les autres dispositions de l'article 3 demeurent inchangées.

(1) Article étendu sous réserve de l'application des stipulations de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire et de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, étendus par arrêtés du 24 avril et du 27 juillet 2018.

(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 2 Entrée en vigueur

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

Article 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.

Gers (ex-IDCC 9321) Avenant n° 4 du 20 décembre 2024 à l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la prévoyance

20 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

Le présent avenant relatif à l'accord collectif du 30 septembre 2009 de mise en œuvre d'un régime prévoyance pour les salariés agricoles non cadres du Gers a pour objet de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord précité aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, selon les dispositions prévues 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 vocation à formaliser la mise en place du régime unifié Agirc-Arrco via l'article 155 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 qui annule et remplace dans toutes leurs stipulations, à compter du 1er janvier 2019, la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (AGIRC) et l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 (ARRCO).

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

Article 1er Modification de l'accord de prévoyance du 30 septembre 2009

Les dispositions de l'article 2 « Bénéficiaires » de l'accord précité sont ainsi modifiées comme suit :

« Article 2
Bénéficiaires

Par dérogation aux dispositions de l'accord national, les dispositions du présent accord s'appliquent aux 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 :

- justifiant d'une ancienneté de 3 mois continus dans l'entreprise pour les garanties incapacité temporaire et permanente de travail ;
- sans condition d'ancienneté pour les garanties décès,

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, techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles obligatoires. »

Les autres dispositions du présent article demeurent inchangées.

Article 2 Entrée en vigueur

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

Article 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.

Gers (ex-IDCC 9321) Avenant n° 127 du 2 avril 2025 relatif à la prime d'ancienneté

2 avril 2025, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-26](#)

La commission mixte paritaire agricole du Gers s'est réunie pour poursuivre les négociations relatives à l'accord collectif territorial « Gers (ex-IDCC 9321) accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954, avenant n° 125 PA CUMA ». Les partenaires sociaux ont décidé de redéfinir l'assiette de calcul de la prime d'ancienneté par le présent avenant nommé « Gers (ex-IDCC 9321) du 2 avril 2025 relatif à la prime d'ancienneté, PA CUMA ».

Article 1er Modification de l'article 5.3.1 « Prime et congé d'ancienneté »

L'article 5.3.1 « Prime et congé d'ancienneté » est réécrit ainsi :

« La prime d'ancienneté est destinée à encourager la stabilité du personnel dans l'entreprise. En l'absence de disposition prévue dans la convention collective nationale, dès lors qu'un salarié justifie d'un certain nombre d'années d'ancienneté continue au sein d'une même entreprise, il est instauré une prime d'ancienneté.

Cette prime est calculée en pourcentage du salaire brut de base du salarié et de la manière suivante :

Ancienneté	Montant de la prime
Après 2 ans et jusqu'à 4 ans	1 %
Après 4 ans et jusqu'à 6 ans	2 %
Après 6 ans et jusqu'à 8 ans	3 %
Après 8 ans et jusqu'à 10 ans	4 %
Après 10 ans et jusqu'à 12 ans	5 %
Après 12 ans et jusqu'à 15 ans	6 %

Après 15 ans	7 %
--------------	-----

Par ailleurs, dès lors que le salarié acquiert un certain nombre d'années d'ancienneté continue au sein de l'entreprise, il peut bénéficier d'un congé supplémentaire à prendre sur la période de référence pour la prise des congés payés.

Par définition, ce congé supplémentaire est octroyé au salarié qui remplit les conditions d'ancienneté suivantes. Ce congé sera pris selon les mêmes modalités que les congés annuels.

Ancienneté	Durée maximum du congé supplémentaire
Après 20 ans et jusqu'à 25 ans	1 jour
Après 25 ans et jusqu'à 30 ans	2 jours
Après 30 ans	3 jours

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1er jour du mois suivant la parution de son arrêté d'extension au Journal officiel.

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

Article 3 Dépôt et extension

Les signataires demandent que soient effectuées les formalités d'usage en vue du dépôt et de la demande d'extension, qu'il appartient à l'autorité administrative compétente d'effectuer. Un exemplaire signé est remis à chacune des organisations signataires. Une version numérique et une version papier en deux exemplaires sont déposées à la DDETS PP 32.

Gers (ex-IDCC 9321) Avenant n° 128 du 30 janvier 2026 relatif à un congé pour endométriose

30 janvier 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-17](#)

La commission mixte paritaire agricole du Gers s'est réunie pour poursuivre les négociations relatives à l'accord collectif territorial « Gers (ex-IDCC 9321) accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954, avenant n° 125 du 20 juillet 2023 PA CUMA ». Les partenaires sociaux ont décidé d'inclure un nouvel article relatif à un congé pour les salariées souffrant d'endométriose.

Article 1er Modification du chapitre 10 « Conditions de travail »

Le chapitre 10 est ainsi complété :

« Article 10.4

Congés endométriose

L'endométriose constitue un enjeu global de santé au travail, dont les manifestations et les impacts varient selon les personnes.

Le présent article a pour objet de permettre aux salariées souffrant d'endométriose de bénéficier d'un aménagement spécifique sous forme de jours d'absence rémunérés, tout en garantissant un accompagnement médical et organisationnel adapté.

Ainsi, chaque salariée concernée peut bénéficier, sur production d'un certificat médical, renouvelé annuellement, attestant de sa pathologie, d'un jour d'absence par mois au titre de l'endométriose. Ces jours sont cumulables sur une période maximale d'un trimestre civil, soit 3 jours consécutifs ou non durant le trimestre concerné. L'absence est rémunérée.

La salariée informe son employeur de son absence.

Il est rappelé que le médecin du travail est un acteur central dans la prévention des risques professionnels liés à l'endométriose et la salariée peut solliciter une visite médicale à son initiative pour discuter de sa situation. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1er jour du mois suivant la parution de son arrêté d'extension au Journal officiel.

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

Article 3 Dépôt et extension

Les signataires demandent que soient effectuées les formalités d'usage en vue du dépôt et de la demande d'extension, qu'il appartient à l'autorité administrative compétente d'effectuer. Un exemplaire signé est remis à chacune des organisations signataires. Une version numérique et une version papier en deux exemplaires sont déposées à la DDETS PP 32.

Gers Avenant n° 11 du 13 février 2026 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres

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

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de formaliser, à effet du 1er avril 2026, les évolutions suivantes afférentes aux garanties de l'accord du 17 septembre 2009 :

- une amélioration des postes optique et médecine douce ;
- la mise en conformité de l'accord précité avec les évolutions réglementaires entrées en vigueur, à compter de l'avenant n° 10 du 12 novembre 2024.

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

Article 1er Modification des garanties

Les tableaux de garanties figurant en annexes I et II de l'accord du 17 septembre 2009 sont modifiés comme suit :

« Annexe I Garanties complémentaires de base

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), du forfait patient urgences (FPU), 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-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

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

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

euros.

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

(Tableau non reproduit (1), consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 99 à 101.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

Annexe II Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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), du forfait patient urgences (FPU), 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-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

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

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

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

(Tableau non reproduit (1), consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, pages 102 à 104.) »

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du cahier des charges des contrats responsables prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne la prise en charge de certaines prothèses capillaires et de certains véhicules pour personnes en situation de handicap mentionnés à l'article L. 165-3 du même code.

(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Article 2 Durée. Révision. Dénonciation

Le présent régime santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois, conformément aux dispositions légales prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

(1) Article étendu sous réserve de l'article L. 2261-4 du code du travail qui prévoit les modalités de dénonciation des accords.

(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Article 3 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension du présent avenant et au plus tôt, au 1er avril 2026.

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.

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

Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF

Gers (ex-IDCC 9321) Accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954 des entreprises de travaux agricoles et ruraux (Avenant n° 126 du 12 mars 2024)

12 mars 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er décembre 2024 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2024-42](#)

Préambule

Dans le cadre de la restructuration de la négociation collective, les partenaires sociaux ont donné naissance à deux conventions collectives nationales applicables dans leur branche respective : la convention collective nationale production agricole et CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024) et 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 (IDCC 7025).

À date de leur entrée en vigueur, la convention collective de travail concernant les exploitations agricoles, les entreprises de travaux agricoles et ruraux et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles du département du Gers (IDCC 9321) du 12 juin 1954 étendue par arrêté du 29 novembre 1954 est devenue un accord collectif étendu, conformément à l'article L. 2232-5-2 du code du travail, rattaché aux conventions collectives nationales applicables.

Il est donc apparu nécessaire aux partenaires sociaux, conscients de la nécessité de disposer d'un ensemble de règles conventionnelles compréhensibles et facilement utilisables, de réviser les dispositions de ladite convention collective devenue accord collectif étendu, afin de lui apporter une cohérence d'ensemble et d'éviter dans la mesure du possible la superposition de textes et de normes qui sont sources de complexité dans les entreprises et peuvent nuire à la bonne entente des parties qui ne retiendraient pas la même règle.

Les partenaires sociaux souhaitent donc rappeler à cette occasion leur attachement au dialogue social de proximité dans le territoire du département du Gers ceci afin de compenser l'absence de négociation dans les entreprises agricoles, essentiellement structurées en très petites entreprises, de valoriser les spécificités des métiers de l'agriculture en favorisant le développement de l'emploi et de répondre aux enjeux de compétitivité des entreprises agricoles par des dispositions adaptées.

Par conséquent, le présent avenant de révision n° 126 de l'accord collectif étendu de travail concernant les exploitations agricoles, les entreprises de travaux agricoles et ruraux et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles du département du Gers (IDCC 9321) se substitue à l'ensemble des stipulations de l'accord collectif étendu de travail concernant les exploitations agricoles, les entreprises de travaux agricoles et ruraux et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles du département du Gers (IDCC 9321), qu'il renomme « Accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954 des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Gers (IDCC 9321) ».

Dans la mesure où le présent accord a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et que, par conséquent, ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Chapitre 1er Dispositions générales relatives à l'application de l'accord collectif étendu

Article 1.1 Champ d'application

1.1.1 Professionnel

Le présent accord détermine les rapports entre les employeurs et les salariés de l'un et l'autre sexe, de tout âge et de toute nationalité, concernés par les activités des entreprises de travaux agricoles et ruraux visées au 1° de l'article L. 722-2 du code rural et de la pêche maritime dont le siège social est visé à l'article 1.1.2 du présent accord.

Il est entendu que ces activités relèvent du champ professionnel visé à l'article 1.1 de la convention collective nationale de travail concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux, les entreprises de travaux et services forestiers du 8 octobre 2020.

Les champs professionnels couverts par la convention collective nationale production agricole et CUMA, IDCC 7024 du 15 septembre 2020, et par la convention collective de travail concernant les exploitations forestières de la région

Midi-Pyrénées, IDCC 8731, du 1er décembre 1982, sont exclus de cet avenant et font l'objet d'accords distincts.

1.1.2 Géographique

Le présent accord s'applique aux entreprises visées à l'article 1.1.1 du département du Gers.

Article 1.2 Révision et modalités d'application en entreprise

1.2.1 Révision

Les stipulations du présent avenant de révision annulent et remplacent l'ensemble des stipulations de la convention collective de travail concernant les exploitations agricoles, les entreprises de travaux agricoles et ruraux et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles du département du Gers (IDCC 9321), devenue accord collectif territorial et renommée par le présent avenant « accord collectif territorial étendu du 12 juin 1954 des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Gers (IDCC 9321) ».

1.2.2 Modalités d'application en entreprise

Le présent accord a vocation à compléter ou adapter sur le champ d'application défini à l'article 1.1, les dispositions applicables de la convention collective nationale de travail concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux, les entreprises de travaux et services forestiers du 8 octobre 2020 », dite « ETARF », à des fins de simplification et de lisibilité.

Cet accord s'applique donc dans le respect des dispositions d'ordre public légal, des accords nationaux de la branche ou de l'interbranche agricole applicable et du cadre conventionnel sous réserve du respect du principe de faveur.

Ainsi, le présent accord s'applique dans le respect de l'article L. 2253-3 du code du travail nonobstant toutes stipulations contenues dans les contrats individuels de travail ou les accords collectifs de travail conclus antérieurement à son entrée en vigueur, lorsque ces stipulations sont moins favorables pour les travailleurs que celles du présent accord.

Les avantages reconnus par le présent accord ne peuvent en aucun cas s'interpréter comme s'ajoutant ou se cumulant aux avantages déjà accordés pour le même objet ou la même cause professionnelle en application des contrats de travail, d'usages, d'engagements unilatéraux ou d'accords collectifs.

Article 1.3 Durée d'application

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 1.4 Commission de négociation, d'interprétation et de conciliation

1.4.1 Commission de négociation

Les négociations se tiennent en commission départementale paritaire ou mixte paritaire. Les partenaires sociaux souhaitent privilégier la configuration de commission mixte paritaire.

Cette commission de négociation a pour objet de négocier des accords, dialoguer sur les conditions de travail et les besoins du secteur propres au champ d'application visé par le présent accord. Elle est composée des représentants des organisations reconnues représentatives en application de l'accord en suivant.

Concernant les conditions de négociation du présent accord, il est fait application des stipulations prévues par l'accord AFNCA du 21 janvier 1992.

1.4.2 Commission d'interprétation (1)

La commission départementale paritaire ou mixte paritaire d'interprétation a pour mission de traiter uniquement les problématiques d'interprétation du présent accord. Elle n'a pas vocation à régler les litiges ou contentieux entre un employeur et un(e) salarié(e). Elle ne peut, en aucun cas, apporter de modification au présent accord.

Elle est composée d'un représentant de chaque organisation syndicale représentative de salariés et d'un nombre équivalent de représentant des organisations professionnelles représentatives.

Toute personne liée par le présent accord peut saisir la commission d'interprétation.

La saisine de la commission se fait par courrier électronique à l'adresse : ddetspp@gers.gouv.fr, ou par lettre recommandée avec accusé réception à l'adresse : DDETS PP 32, Cité administrative, place de l'Ancien-Foirail, 32020 Auch Cedex 9, à l'attention du « Président(e) de la commission paritaire d'interprétation de l'accord territorial étendu entreprises de travaux et services agricoles, ruraux du Gers ». La demande doit être accompagnée d'un dossier circonstancié et des pièces nécessaires pour analyse de l'article sujet à interprétation.

La commission étudiera le cas lors d'une réunion de la commission paritaire ou mixte paritaire d'interprétation qui suit la saisine ou au plus tard dans un délai de deux mois.

Les interprétations rendues par la commission paritaire ou mixte paritaire d'interprétation sont consignées dans un procès-verbal et ne sauraient faire obstacle à la compétence des tribunaux judiciaires et les avis qu'elle peut rendre ne sauraient lier le juge. Ce procès-verbal est notifié aux organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives de la présente commission. En cas d'absence d'accord sur l'interprétation de l'article concerné, celui-ci sera renvoyé à la commission de négociation.

Le secrétariat de cette commission peut être assuré par un représentant de la DDETS PP 32 qui transmet les convocations aux membres de la commission d'interprétation dans un délai permettant de la réunir convenablement.

1.4.3 Commission de conciliation et d'arbitrage (1)

La commission de conciliation a pour mission de tenter de concilier les parties. Ainsi, les conflits collectifs qui n'ont pu être solutionnés au niveau de l'entreprise peuvent être soumis à la commission de conciliation, avec recours éventuel soit à la procédure d'arbitrage en application de l'article L. 2524-1 et suivants du code du travail si les deux parties en conviennent, soit à la procédure de médiation en application de l'article L. 2522-1 du code du travail.

La composition, la saisine et le délai de réunion de la commission se font dans les mêmes conditions que celles prévues pour la commission d'interprétation à l'article 1.4.2 du présent accord.

À l'issue de la commission, les résultats sont consignés dans un procès-verbal de conciliation totale ou partielle, de non-conciliation ou d'ajournement. Le procès-verbal est dressé sans délai par le président de la commission et signé par les parties présentes. En cas de non-conciliation ou d'ajournement, le procès-verbal est notifié aux parties dans un délai de huit jours francs suivant la réunion de la commission.

(1) Les articles 1.4.2 et 1.4.3 sont étendus sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail.

(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Article 1.5 Conditions de suivi et de rendez-vous

La commission de négociation paritaire ou mixte paritaire se réunit au minimum une fois par an pour assurer le suivi et effectuer un état des lieux du présent accord. Elle dresse chaque année un bilan de la situation sur le département en matière de compétitivité, de conditions de travail, et de protection sociale complémentaire.

(1) L'article 1.5 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail.

(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Article 1.6 Révision et dénonciation

1.6.1 Révision (1)

Dans les conditions prévues par le code du travail, le présent accord peut faire l'objet, à tout moment, d'une demande de révision de la part de l'une des organisations syndicales de salariés ou professionnelles représentatives et signataires ou adhérentes.

En vertu de l'article L. 2231-8 du code du travail, les organisations syndicales de salariés représentatives peuvent s'opposer à l'entrée en vigueur d'un avenant dans le délai de 15 jours à compter de la date de notification de cet avenant.

1.6.2 Dénonciation

Sont habilitées à dénoncer le présent accord, dans le respect des dispositions prévues par le code du travail, les organisations syndicales de salariés ou d'employeurs signataires ou adhérentes. La (ou les) organisation (s) dénonçant l'accord en informe (nt) les autres organisations par lettre recommandée avec accusé réception et se charge (nt) des formalités de dépôt auprès de l'administration et du conseil de prud'hommes.

La durée du préavis qui précède la dénonciation est de 3 mois.

1.6.3 Effets de la dénonciation

Lorsque la convention ou l'accord qui a été dénoncé n'a pas été remplacé par une nouvelle convention ou un nouvel accord dans un délai d'un an à compter de l'expiration du préavis, les salariés des entreprises concernées bénéficient d'une garantie de rémunération dont le montant annuel, pour une durée de travail équivalente à celle prévue par leur contrat de travail, ne peut être inférieure à la rémunération versée, en application de la convention ou de l'accord

dénoncé et du contrat de travail, lors des douze derniers mois. Cette garantie de rémunération est définie par le code du travail et notamment selon les dispositions de l'article L. 2261-13 du code du travail.

Cette garantie de rémunération peut être assurée par le versement d'une indemnité différentielle entre le montant de la rémunération qui était dû au salarié en vertu de la convention ou de l'accord dénoncé et de son contrat de travail et le montant de la rémunération du salarié résultant de la nouvelle convention ou du nouvel accord, s'il existe, et de son contrat de travail.

(1) L'article 1.6.1 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.

(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Article 1.7 Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la parution de son arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er janvier 2024.

Article 1.8 Dépôt et extension

Les signataires demandent que soient effectuées les formalités d'usage en vue du dépôt et de la demande d'extension, qu'il appartient à l'autorité administrative compétente d'effectuer. Un exemplaire signé est remis à chacune des organisations signataires. Une version numérique et une version papier en deux exemplaires sont déposés à la DDETS PP 32.

Chapitre 2 Droits individuels et collectifs

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées au chapitre IV et V de 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.

Chapitre 3 Formation

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées au chapitre XIII de 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.

Chapitre 4 Classification

Les dispositions relatives à ce chapitre sont traitées aux articles 30, 30.1 et 30.2 du chapitre VIII de 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 et à son annexe I.

Chapitre 5 Rémunération

Les stipulations relatives à ce chapitre sont traitées à l'article 29 et suivants de 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 et à son annexe II.

Pour rappel, les salariés sont rémunérés sur la base d'un salaire horaire minimum fixé par l'annexe II de la convention collective nationale qui est applicable.

En lieu et place de l'annexe II de la convention collective nationale, un accord territorial ou sectoriel peut prévoir l'application d'une grille de salaire. Le cas échéant, la grille de salariés de l'accord territorial ou sectoriel ne peut être inférieure à l'annexe de la convention collective nationale.

Article 5.1 Salaire

5.1.1 Périodicité des règlements de salaire

Les salariés payés au mois devront être réglés au plus tard le cinquième jour ouvrable du mois suivant celui pour lequel

le salaire est dû.

Les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée sont assimilés aux salariés payés au mois ou disposition légale plus favorable le cas échéant.

Article 5.2 Frais professionnels

5.2.1 Matériel de travail

Les équipements de travail et moyens de protection, quel que soit leur utilisateur, sont maintenus en état de conformité avec les règles techniques de conception et de construction applicables lors de leur mise en service dans l'établissement, y compris au regard de la notice d'instructions.

Le matériel utilisé est entretenu de façon appropriée. Les éléments de protection individuelle et le matériel nécessaire aux travaux sont fournis par l'employeur. Ils restent la propriété de l'entreprise et doivent être restitués par le salarié en bon état, le jour même où il cesse ses fonctions, et ce, pour quelque cause que ce soit.

Dans les cas exceptionnels où le salarié fournirait les outils, en accord avec l'employeur, il percevra une indemnité spéciale d'outillage représentant l'amortissement normal de l'outil utilisé.

5.2.2 Frais d'emménagement

Les frais professionnels d'emménagement d'un salarié en contrat à durée indéterminée embauché dans le département du Gers ou dans un rayon de 50 km autour du siège de l'entreprise, sont à la charge de l'employeur. Ils comprennent les frais de transport du mobilier et les frais de voyage du salarié et de sa famille (conjoint et enfants).

Toutefois, en cas de départ volontaire et sans motif valable du salarié ou de son renvoi pour faute grave ou lourde dans les douze mois suivant l'embauche, l'intéressé doit rembourser les frais dont l'employeur a supporté la charge, étant entendu que ceux-ci sont réduits proportionnellement au temps de présence dans l'entreprise.

Article 5.3 Primes et avantages divers

5.3.1 Prime et congé d'ancienneté

La prime d'ancienneté est destinée à encourager la stabilité du personnel dans l'entreprise. En l'absence de disposition prévue dans la convention collective nationale, dès lors qu'un salarié justifie d'un certain nombre d'années d'ancienneté continue au sein de la même entreprise, il est instauré une prime d'ancienneté.

Cette prime est calculée en pourcentage du salaire brut de base fixé par la grille de salaire de la convention collective nationale applicable et de la manière suivante :

Ancienneté	Montant de la prime
Après 2 ans et jusqu'à 4 ans	1 %
Après 4 ans et jusqu'à 6 ans	2 %
Après 6 ans et jusqu'à 8 ans	3 %
Après 8 ans et jusqu'à 10 ans	4 %
Après 10 ans et jusqu'à 12 ans	5 %
Après 12 ans et jusqu'à 15 ans	6 %
Après 15 ans	7 %

Par ailleurs, dès lors que le salarié acquiert un certain nombre d'années d'ancienneté continue au sein de la même entreprise, il peut bénéficier d'un congé supplémentaire à prendre sur la période de référence pour la prise des congés payés.

Par définition, ce congé supplémentaire est octroyé au salarié qui remplit les conditions d'ancienneté suivantes. Ce congé sera pris selon les mêmes modalités que les congés annuels.

Ancienneté	Durée maximum du congé supplémentaire
Après 20 ans et jusqu'à 25 ans	1 jour
Après 25 ans et jusqu'à 30 ans	2 jours
Après 30 ans	3 jours

Chapitre 6 Protection sociale complémentaire

Article 6.1 Prévoyance et frais de santé complémentaire adapté

En application de l'article 68.1 de 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, le régime de prévoyance complémentaire au département du Gers est adapté par les dispositions de l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la mise en œuvre de prévoyance pour les salariés agricoles non-cadres.

En application de l'article 68.2 de 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, le régime de frais de santé complémentaire spécifique au département du Gers est adapté par les dispositions de l'accord du 17 septembre 2009 d'assurance complémentaire au frais de santé des salariés agricoles non-cadre.

(1) Les stipulations de l'article 6.1 de l'avenant faisant référence aux articles 68.1 et 68.2 de la convention collective nationale de travail du 8 octobre 2020 concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux et les entreprises de travaux et services forestiers sont étendues sous réserve de l'application des stipulations de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime unifié AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire et de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, étendus par arrêtés du 24 avril et du 27 juillet 2018.

(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Chapitre 7 Dispositions relatives à l'emploi

Article 7.1 Établissement du contrat de travail par écrit

Lors de l'embauche, il sera établi obligatoirement pour tous les salariés un contrat de travail écrit, en deux exemplaires, quelle que soit la nature de l'engagement et comportant pour les contrats de travail à durée déterminée et ceux à temps partiel les mentions prévues par les dispositions du code du travail.

Ce contrat écrit doit permettre à tout salarié d'être informé sur les éléments essentiels de ses conditions de travail (tels que fixés par la directive européenne n° 2019/1152 du 20 juin 2019). Il doit, dans tous les cas, préciser la date à laquelle il prend effet, sa durée, la qualification professionnelle du salarié et sa rémunération ainsi que son affiliation à un régime de sécurité sociale.

Un exemplaire du contrat de travail est remis au salarié, le deuxième est conservé par l'employeur.

Chapitre 8 Durée du travail

Article 8.1 Majoration pour travail exceptionnel du dimanche

Chaque semaine, le salarié a droit à un repos d'une durée de 24 heures consécutives, auquel s'ajoute le repos quotidien de onze heures, soit un repos hebdomadaire d'une durée minimale de 35 heures. Dans l'intérêt des salariés, le repos hebdomadaire est fixé le dimanche. Le travail un dimanche n'est possible que lorsqu'il est indispensable au fonctionnement de l'entreprise.

Le salarié amené à travailler exceptionnellement un dimanche perçoit une compensation équivalente majorée à 50 % du taux horaire brut de base pour chaque heure travaillée un dimanche.

Cette compensation majorée peut prendre la forme d'une contrepartie sous forme financière ou sous forme de repos, en application de l'accord national de 1981 sur la durée du travail. L'employeur reste décisionnaire de la forme de cette contrepartie.

Elle ne s'additionne pas avec les autres compensations de même objet déjà prévues par l'entreprise.

Article 8.2 Congés pour soin des animaux

Les salariés chargés du soin des animaux travaillant le dimanche bénéficient de deux jours de congés payés annuels supplémentaires. Ces jours de congés doivent être fixés d'un commun accord. Au-delà d'un congé de plus de 24 heures, ils peuvent ne pas être attribuées pendant des périodes de haute activité de l'entreprise.

Article 8.3 Période annuelle de référence du repos compensateur

La période annuelle visée à l'article 10.1 de l'accord national modifié du 23 décembre 1981 concernant la durée du travail dans les exploitations et entreprises agricoles s'entend de l'année civile.

Article 8.4 Journée de solidarité

La journée de solidarité pourra notamment être accomplie un jour férié précédemment chômé autre que le 1er Mai selon les modalités à définir par l'employeur ou toute autre modalité permettant le travail de 7 heures précédemment non travaillées.

En cas de changement d'employeur, lorsqu'un salarié a déjà accompli, au titre de l'année en cours, une journée de solidarité, s'il doit s'acquitter d'une nouvelle journée de solidarité en raison d'un changement d'employeur, les heures travaillées ce jour donneront lieu à rémunération supplémentaire, s'imputeront sur le contingent annuel d'heures supplémentaires (ou sur le nombre d'heures complémentaires) et donneront lieu à contrepartie obligatoire en repos. Le salarié peut aussi refuser d'exécuter cette journée supplémentaire de travail sans que ce refus constitue une faute ou un motif de licenciement.

Chapitre 9 Rupture du contrat de travail

Article 9.1 Durée de préavis adaptée pour le salarié logé

En complément des dispositions prévues par la convention collective nationale applicable, en dehors des cas de licenciement pour faute grave ou faute lourde, le salarié logé par l'employeur bénéficie d'un préavis dont la durée est portée à 3 mois si celle-ci est plus favorable.

Le logement attribué par l'employeur doit être distingué du logement loué selon un bail d'habitation. Le bail d'habitation signé entre un employeur et un salarié est indépendant du contrat de travail. La rupture du contrat de travail n'entraîne pas, dans ce cas, la résiliation du bail.

Article 9.2 Indemnité de licenciement adaptée

Dans le respect des dispositions prévues par la convention collective nationale applicable et notamment l'article 57 de la convention collective nationale ETARF du 8 octobre 2020, l'indemnité de licenciement du salarié cadre et technicien agent de maîtrise titulaire d'un contrat à durée indéterminée ayant entre 1 an et 10 ans d'ancienneté continue dans l'entreprise est portée à 1/3 de mois de salaire.

Article 9.3 Indemnité de départ à la retraite adaptée

Dans le respect des dispositions prévues par la convention collective nationale applicable et notamment l'article 58 de 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, l'indemnité de départ à la retraite du salarié cadre et technicien agent de maîtrise ayant entre 15 ans et 20 ans d'ancienneté continue dans l'entreprise est portée à 3 mois de salaire.

Article 9.4 Heures pour recherche d'emploi adaptées

Dans le respect des dispositions de la convention collective nationale applicable, le nombre d'heures pour recherche d'emploi correspond à 2 demi-journées par semaine de préavis dont une est fixée au choix du salarié et l'autre au choix de l'employeur. Ces demi-journées peuvent être groupées.

Dans le cadre d'une rupture du contrat de travail pour cause de licenciement, ces absences ne donnent lieu à aucune réduction de salaire. Cette disposition cesse de s'appliquer dès lors que le salarié a trouvé un nouvel emploi.

Chapitre 10 Conditions de travail

Article 10.1 Congés pour évènement familiaux adaptés

Dans le respect des modalités d'application de l'article 54.1 de de la convention collective nationale ETARF du 8 octobre 2020, la durée du congé appliquée au mariage d'un enfant est remplacée par la disposition suivante :

- 1 jour rémunéré auquel s'ajoute une autorisation d'absence non rémunérée d'un jour à prendre le jour qui suit où qui précède. Cette autorisation d'absence n'est pas rémunérée. Le salarié peut toutefois utiliser ce jour-là un droit à congé

acquis ou convenir d'une récupération avec son employeur.

Par ailleurs, le salarié bénéficie de deux jours de congés payés à l'occasion du décès d'un descendant en ligne directe autre que l'enfant.

Article 10.2 Autres congés familiaux adaptés

Dans le respect des dispositions de l'article L. 1225-61 du code du travail qui ne prévoit pas de rémunération pour le congé spécifique qu'elle fixe, il est prévu que ce congé spécifique sera rémunéré dans la limite de :

- 3 jours par an pour un enfant de moins de 16 ans ;
- 5 jours par an pour un enfant de moins d'un an ou si le salarié a la charge de 3 enfants de moins de 16 ans.

L'article L. 3142-4 du code du travail prévoit cinq jours de congés pour l'annonce de la survenue d'un handicap, d'une pathologie chronique nécessitant un apprentissage thérapeutique ou d'un cancer chez un enfant.

Article 10.3 Fête votive spécifique

Il est accordé au salarié un jour annuel chômé et payé à l'occasion de la fête votive organisée dans la commune du siège de l'entreprise.

Gers (ex-IDCC 9321) Avenant n° 9 du 22 février 2024

22 février 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2024 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2024-27](#)

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de formaliser les aménagements suivants à l'accord du 17 septembre 2009 :

- la suppression des dispositions inhérentes à la clause de recommandation mise en place en 2015 ;
- la modification des dispositions relatives au haut degré de solidarité (HDS).

En outre, le présent avenant a pour objet de mettre en conformité 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, du forfait patient urgences (FPU) et du 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 urgents pré hospitaliers (TUPH), le déremboursement des frais de transport sanitaires non urgents et des soins dentaires.

Enfin, les partenaires sociaux bénéficient d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 et s'engagent à entamer des négociations pour mettre en conformité, selon les dispositions qui seront prévues par l'accord national du 10 juin 2008, le libellé des bénéficiaires 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.

Article 1er Modifications de l'accord

L'accord de prévoyance du 17 septembre 2009 et ses avenants sont ainsi modifiés comme suit :

1.1. Suppression de la clause de recommandation

L'ensemble des dispositions des articles 5 « Organisme assureur recommandé » et 6 « Convention de gestion spécifique » sont supprimées.

En outre, l'ensemble des dispositions de l'article 7 « Cotisations » sont supprimées.

De facto, les articles énumérés ci-après sont renumérotés comme suit :

- l'article 8 « Règlement des prestations et tiers-payant » devient l'article 5 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 9 « Maintien des garanties » devient l'article 6 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 10 « Suspension du contrat de travail » devient l'article 7 dont les dispositions modifiées sont formalisées dans l'article 2.1 du présent avenant ;
- l'article 11 « Dénonciation » devient l'article 8 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 12 « Haut degré de solidarité » devient l'article 9 dont les dispositions modifiées sont formalisées dans l'article 1.2 du présent avenant.

1.2. Modification de la clause relative au *haut degré de solidarité* (1)

Les dispositions de l'article 9 « *Haut degré de solidarité* » (1) sont désormais les suivantes :

« Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 1 % des cotisations frais de santé (hors taxes) est affectée au financement de prestations revêtant un *degré élevé de solidarité* (1). Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental. »

(1) Les termes « haut degré de solidarité » et « degré élevé de solidarité » de l'article 1.2 de l'avenant sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 4 septembre 2024 - art. 1)

Article 2 Mise en conformité des garanties

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 7 « Suspension du contrat de travail »

Les dispositions du 2e paragraphe intitulé « Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité » de l'article 7 de l'accord précité sont désormais les suivantes :

« Les garanties prévues par le contrat sont maintenues au participant pendant la période de suspension de son contrat de travail, ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat 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'employeur et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et tant que le participant ne reprend pas une activité ;

- le participant 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 ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'employeur et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement. »

2.2. Modification des tableaux de garanties

Les tableaux de garanties figurant en annexes I et II de l'accord du 17 septembre 2009 sont modifiés comme suit :

« Annexe I

Garanties complémentaires de base

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 (FPU), 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 (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

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

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

garanties.

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20240027_0000_0026.pdf/BOCC

Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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 (FPU), 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 (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20240027_0000_0026.pdf/BOCC

Article 3 Durée, révision et dénonciation

Le présent régime santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois, conformément aux dispositions légales prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

Article 4 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Article 5 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.

Gers Avenant n° 10 du 12 novembre 2024 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé

12 novembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord du 17 septembre 2009 aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, selon les dispositions prévues par l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

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

Article 1er Modification de l'accord du 17 septembre 2009

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

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à 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, non affilié au régime Agirc-Arrco, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif 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 techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. »

Les autres dispositions de l'article 3 demeurent inchangées.

(1) Article étendu sous réserve de l'application des stipulations de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire et de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, étendus par arrêtés du 24 avril et du 27 juillet 2018.

(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 2 Entrée en vigueur

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

Article 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.

Gers (ex-IDCC 9321) Avenant n° 4 du 20 décembre 2024 à l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la prévoyance

20 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

Le présent avenant relatif à l'accord collectif du 30 septembre 2009 de mise en œuvre d'un régime prévoyance pour les salariés agricoles non cadres du Gers a pour objet de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord

précité aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, selon les dispositions prévues 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 vocation à formaliser la mise en place du régime unifié Agirc-Arrco via l'article 155 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 qui annule et remplace dans toutes leurs stipulations, à compter du 1er janvier 2019, la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (AGIRC) et l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 (ARRCO).

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

Article 1er Modification de l'accord de prévoyance du 30 septembre 2009

Les dispositions de l'article 2 « Bénéficiaires » de l'accord précité sont ainsi modifiées comme suit :

« Article 2
Bénéficiaires

Par dérogation aux dispositions de l'accord national, les dispositions du présent accord s'appliquent aux 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 :

- justifiant d'une ancienneté de 3 mois continus dans l'entreprise pour les garanties incapacité temporaire et permanente de travail ;
- sans condition d'ancienneté pour les garanties décès,

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, techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles obligatoires. »

Les autres dispositions du présent article demeurent inchangées.

Article 2 Entrée en vigueur

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

Article 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.

Gers Avenant n° 11 du 13 février 2026 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres

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

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de formaliser, à effet du 1er avril 2026, les évolutions suivantes afférentes aux garanties de l'accord du 17 septembre 2009 :

- une amélioration des postes optique et médecine douce ;
- la mise en conformité de l'accord précité avec les évolutions réglementaires entrées en vigueur, à compter de

l'avenant n° 10 du 12 novembre 2024.

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

Article 1er Modification des garanties

Les tableaux de garanties figurant en annexes I et II de l'accord du 17 septembre 2009 sont modifiés comme suit :

« Annexe I Garanties complémentaires de base

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), du forfait patient urgences (FPU), 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-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

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

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

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

(Tableau non reproduit (1), consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 99 à 101.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

Annexe II Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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), du forfait patient urgences (FPU), 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-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

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

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

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

garanties.

(Tableau non reproduit (1), consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, pages 102 à 104.) »

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du cahier des charges des contrats responsables prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne la prise en charge de certaines prothèses capillaires et de certains véhicules pour personnes en situation de handicap mentionnés à l'article L. 165-3 du même code.

(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Article 2 Durée. Révision. Dénonciation

Le présent régime santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois, conformément aux dispositions légales prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

(1) Article étendu sous réserve de l'article L. 2261-4 du code du travail qui prévoit les modalités de dénonciation des accords.

(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Article 3 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension du présent avenant et au plus tôt, au 1er avril 2026.

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.

Frais de santé des non-cadres, Gers (accord du 17 septembre 2009)

Accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres du Gers

17 septembre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-49](#)

Préambule

Afin de respecter les dispositions légales et conventionnelles et de recommander un nouvel organisme assureur, les organisations syndicales salariales et patronales ont réalisé une procédure de mise en concurrence transparente, dont les éléments figurent pour information en annexe III au présent accord, dans sa rédaction issue de l'avenant n° 2 du 24 février 2015.

Article 1er Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :

- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et aux employeurs visés précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

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

(1) Article étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 22 décembre 2015 - art. 1)

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, non affilié au régime Agirc-Arrco, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif 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 techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure

ou égale à 3 mois.

Pour ces deux dernières catégories de salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 4 bis créé ci-après.

(1) Article étendu sous réserve de l'application des stipulations de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire et de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, étendus par arrêtés du 24 avril et du 27 juillet 2018.

(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 4 Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent couvrir les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 et proposer l'ensemble des garanties visées à l'article 4 auprès de l'organisme assureur recommandé ou l'organisme assureur de leur choix.

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

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 remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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

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 l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - , dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - , régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale

- complémentaire de leurs agents ;
- , contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- , régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- , caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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

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

Article 4 bis Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires et pour ceux titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions

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

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

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

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

Modalités

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

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

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le

temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

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

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

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

Article 5 Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procède au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou, le plus souvent, grâce à la télétransmission établie avec les caisses de la MSA, ou le cas échéant sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. (ancien article 8)

Article 6 Maintien des garanties

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

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 9.2 ci-après ou le décès du participant.

Dans ce cadre, l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), à savoir :

- les anciens salariés préretraités et retraités ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

6.2 Portabilité

Les salariés peuvent bénéficier, à leur demande, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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.

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.

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

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

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

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

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.

Pour bénéficier du maintien, le 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.

(ancien article 9)

Article 7 Suspension du contrat de travail

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

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

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

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

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

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues au participant pendant la période de suspension de son contrat de travail, ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat 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'employeur et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et tant que le participant ne reprend pas une activité ;

- le participant 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 ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'employeur et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement.

(ancien article 10)

Article 8 Dénonciation

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

(ancien article 11)

Article 9 Haut degré de solidarité

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 1 % des cotisations frais de santé (hors taxes) est affectée au financement de prestations revêtant un *degré élevé de solidarité* (1). Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental.

(1) Les termes « haut degré de solidarité » et « degré élevé de solidarité » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 4 septembre 2024 - art. 1)

(ancien article 12)

Annexes

Annexe I

Annexe I

Garanties complémentaires de base

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), du forfait patient urgences (FPU), 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-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

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

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

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

(Tableau non reproduit (1), consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 99 à 101.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du cahier des charges des contrats responsables prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne la prise en charge de certaines prothèses capillaires et de certains véhicules pour personnes en situation de handicap mentionnés à l'article L. 165-3 du même code.

(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Annexe II

Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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), du forfait patient urgences (FPU), 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-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

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

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la

réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Tableau non reproduit (1), consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 102 à 104.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du cahier des charges des contrats responsables prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne la prise en charge de certaines prothèses capillaires et de certains véhicules pour personnes en situation de handicap mentionnés à l'article L. 165-3 du même code.

(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Annexe III

Annexe III

Mise en concurrence

Compte tenu du nouveau cadre légal relatif aux clauses de recommandation, les organisations syndicales et patronales représentatives au plan départemental ont lancé, le 12 mai 2014, une procédure de mise en concurrence transparente afin de maintenir le régime frais de santé des salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations et entreprises agricoles, des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers créé par l'accord du 17 septembre 2009.

Ainsi, sur la base d'un cahier des charges définissant les conditions tant de recevabilité d'éligibilité que de planification des étapes, quatre organismes assureurs ont répondu à ce dernier.

Le 1er juillet 2014 s'est tenue une réunion d'ouverture des plis et de recevabilité des offres à l'issue de laquelle des précisions complémentaires techniques ont été demandées.

Le 22 juillet 2014, en application des critères et du système de notation y afférent, le comité paritaire ad hoc créé dans le cadre de cette procédure a recommandé Agri-Prévoyance à l'unanimité pour assurer la gestion du régime frais de santé précité.

Avenant n° 1 du 12 novembre 2013 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

12 novembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2014 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-5](#)

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord au décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont décidé de mettre en conformité la catégorie objective assurée, les dispenses d'affiliation et d'instaurer le dispositif de portabilité.

Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser les cotisations.

Article 1er Champ d'application

L'article 1er est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 1er

Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique sur le département du Gers aux salariés agricoles, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 3 mois, et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le

département du Gers. »

Article 2 Salariés bénéficiaires et affiliation

Salariés bénéficiaires

L'article 3 « Salariés bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord et non affilié à l'AGIRC.

L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté. »

Il est précisé qu'aux termes du présent avenant les dispositions du 1er alinéa du paragraphe « Garanties à adhésion individuelle et facultative », « Salariés non cadres ayant moins de 3 mois d'ancienneté » de l'article 5 s'appliquent donc aux salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue.

Dispenses d'affiliation

L'article 4 « Affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 4

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 auprès de l'organisme désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

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

Dispenses d'affiliation

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins 3 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière 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 cessation de la couverture obligatoire, de la diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 3 mois d'ancienneté.

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

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

Article 3 Cotisations

Le 1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Taux et répartition

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et de la pêche

maritime et, à ce titre, les cotisations patronales sont exonérées.

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 conclusion du présent accord.

Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou en partie, à cette occasion.

Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale, pour les exercices 2014 et suivants, à 1,27 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

Garanties facultatives

Le salarié pourra affilier, facultativement, ses ayants droit selon les options suivantes :

- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 3 mois d'ancienneté continus dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,27 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par les membres de sa famille (conjoint et enfant (s) à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,29 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé complémentaires engagés par lui-même ou par lui-même et les membres de sa famille moyennant un taux de cotisation spécifique de :
 - , 1,49 % du PMSS pour le salarié bénéficiaire seul ;
 - , 2,76 % du PMSS pour le salarié et sa famille.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur désigné à l'article 6.

Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1er janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1er septembre, et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1er janvier de l'exercice précédent et le 1er janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois, et après consultation des partenaires sociaux. »

Article 4 Portabilité

L'intitulé de l'article 9 « Cessation des garanties » est remplacé par l'intitulé : « Maintien des garanties ».

Est ajouté un paragraphe 9.1 intitulé : « Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé ».

Les dispositions de l'article 9 sont transférées au 9.1 et demeurent inchangées, sauf le 2e alinéa qui est modifié comme suit :

« En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée au 9.2 ci-après ou le décès du participant. »

Il est inséré un paragraphe 9.2 rédigé comme suit :

« 2. Portabilité

Les salariés bénéficient, à compter du 1er juin 2014, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 :

- 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 ;

- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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.

Pour bénéficier du maintien, le 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 lesquelles les prestations sont dues. »

Article 5 Suspension du contrat de travail

L'article 10 « Suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 10

Suspension du contrat de travail

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

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas 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, et ce sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

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

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

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 6 Annexes

Les annexes I et II présentant les garanties complémentaires santé sont actualisées et jointes au présent avenant.

Article 7 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil qui suit la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension, et, au plus tôt, au 1er juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

Article 8 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 ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé de base

Désignation des actes	Total remboursement MSA + CRIA
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
Vaccins prescrits	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Frais dentaires	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel égal à 200 €
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	52 € par jour dans la limite de 30 jours
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité :	
- frais de soins et séjour	300 % de la BR
- dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS).
BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS).
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe II

Tableau des garanties complémentaires frais de santé optionnelles

Désignation des actes	Total remboursement MSA + CRIA
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	300 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
Ostéopathie	Forfait égal à 22 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par famille
Vaccins prescrits	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 475 €
Frais dentaires	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 475 €
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Implantologie	200 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	350 % de la BR
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	500 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel égal à 350 €
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	52 € par jour dans la limite de 30 jours

Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité :	
- frais de soins et séjour	300 % de la BR
- dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.	

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Avenant n° 2 du 24 février 2015 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

24 février 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-18](#)

Article 1er Objet

Le présent avenant modifie l'ensemble des dispositions de l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à l'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres du Gers ainsi qu'il suit :

« Préambule

Afin de respecter les dispositions légales et conventionnelles et de recommander un nouvel organisme assureur, les organisations syndicales salariales et patronales ont réalisé une procédure de mise en concurrence transparente, dont les éléments figurent pour information en annexe III au présent accord, dans sa rédaction issue de l'avenant n° 2 du 24 février 2015.

Article 1er

Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique, sur le département du Gers :

- aux salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 4 mois ;
- et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et aux employeurs visés précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant 4 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant de son champ d'application.

L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté.

Article 3

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent couvrir les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 et proposer l'ensemble des garanties visées à l'article 4 auprès de l'organisme assureur recommandé ou l'organisme assureur de leur choix.

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

Dispenses d'affiliation

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins 4 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement être affilié au régime mis en place par le présent accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière 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 cessation de la couverture obligatoire, de la diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ses employeurs cotisent auprès d'un seul organisme assureur. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 4 mois d'ancienneté.

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

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

Article 4

Garanties

A., Régime obligatoire

Ce régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié bénéficiaire défini à l'article 2, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels. La nature et le montant de ces prestations sont présentés dans le tableau de l'annexe I au présent accord.

Il ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif légal relatif aux contrats dits "responsables" défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

En conséquence :

- sont prises en charge les prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables", dans les délais prévus dans les textes.

B., Garanties à adhésion individuelle et facultative

Salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC ayant moins de 4 mois d'ancienneté

Les salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC ayant moins de 4 mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime

peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie au paragraphe A de l'article 7.

La cotisation globale acquittée sera entièrement à la charge du salarié et les prestations sont identiques à celles de l'annexe I.

Extension famille

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint, concubin ou cocontractant d'un Pacs et ses enfants moyennant le paiement d'une cotisation définie au paragraphe B de l'article 7.

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

La cotisation correspondante sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur ou son délégataire de gestion procédera à la collecte de la cotisation.

Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Ces prestations supplémentaires sont définies dans l'annexe II. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise.

Article 5

Organisme assureur recommandé

1. Recommandation

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de recommander l'organisme suivant :

Agri-Prévoyance, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08,
institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Cette recommandation est établie après avoir satisfait aux dispositions fixées à l'alinéa 1 du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

La recommandation a été faite pour permettre une meilleure mutualisation et permettre aux salariés concernés de bénéficier des actions de solidarité de l'assureur recommandé.

Les organisations syndicales salariales et patronales s'engagent à respecter les dispositions réglementaires en la matière, et notamment en termes de financement.

L'organisme recommandé ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application du présent accord. Il est tenu d'appliquer le tarif unique dans les conditions et modalités fixées à l'article 7 du présent accord en offrant les garanties fixées dans le présent texte.

2. Réexamen du régime et du choix de l'organisme assureur recommandé

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur recommandé sont réexaminés par les signataires du présent accord selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 6

Convention de gestion spécifique

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux, qui définit notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs au moins une fois par an et, en cas de besoin, avec les représentants de l'organisme assureur recommandé, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et des salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés ;
- de définir les modalités de modification des cotisations et des garanties.

Article 7

Cotisations

7.1. Taux et répartition

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 conclusion de l'avenant n° 2 du 24 février 2015 au présent accord. Les cotisations pourront être revues annuellement lors de la présentation des comptes du régime.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

A., Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

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 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 5,50 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

B., Garanties facultatives

1. Adhésion d'un salarié ayant 4 mois d'ancienneté ou plus

Extension famille

+ 1,94 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,17 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;

ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

2. Adhésion d'un salarié ayant moins de 4 mois d'ancienneté

1,22 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Extension famille

+ 1,79 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,20 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;

ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

Les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise.

7.2. Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1er janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) hors hospitalisation connu au 1er septembre et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1er janvier de l'exercice précédent et le 1er janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois, et après consultation des partenaires sociaux.

Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procède au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou, le plus souvent, grâce à la télétransmission établie avec les caisses de la MSA, ou le cas échéant sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Article 9

Maintien des garanties

Article 9.1

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

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 9.2 ci-après ou le décès du participant.

Dans ce cadre, l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), à savoir :

- les anciens salariés préretraités et retraités ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

Article 9.2

Portabilité

Les salariés peuvent bénéficier, à leur demande, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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.

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.

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

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

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

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

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.

Pour bénéficier du maintien, le 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.

Article 10

Suspension du contrat de travail

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

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à

maintien en tout ou partie du salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension, et ce sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

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

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

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ; sans versement de cotisation pour tout mois civil d'absence.

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

Article 11

Dénonciation

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Annexe I

Garanties complémentaires de base

Nature des risques	Remboursement régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	Remboursement total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites médecin ou spécialiste	70 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : deux prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie			

Pharmacie prise en charge	De 15 % à 65 % de la BR	TM	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (enfants de moins de 16 ans)	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 60 % à 100 % de la BR	De 200 % à 240 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives	60 % de la BR	395 % de la BR + 200 € par an	455 % de la BR + 200 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires	De 80 % à 100 % de la BR	De 400 % à 420 % de la BR	De 480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière		52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant		52 € par jour pendant 30 jours	52 € par jour pendant 30 jours
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.			

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Nature des risques	Remboursement régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	Remboursement total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites médecin ou spécialiste	70 % de la BR	230 % de la BR	300 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Ostéopathie		22 € × 4, par an et par famille	22 € × 4, par an et par famille
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : deux prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge	De 15 % à 65 % de la BR	TM	100 % de la BR
Pharmacie - vignette bleue - vignette blanche - vignette orange	65 % de la BR 30 % de la BR 15 % de la BR	35 % BR 70 % BR 85 % de la BR	100 % de la BR 100 % de la BR 100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Implantologie		200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (enfants de moins de 16 ans)	100 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
Appareillage et divers			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 60 % à 100 % de la BR	De 400 % à 440 % de la BR	500 % de la BR

Pharmacie sur prescription non remboursée		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Prothèses auditives	60 % de la BR	395 % de la BR + 350 € par an	455 % de la BR + 350 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires	De 80 % à 100 % de la BR	De 400 % à 420 % de la BR	De 480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière		52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant		52 € par jour pendant 30 jours	52 € par jour pendant 30 jours
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.			

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe III

Mise en concurrence

Compte tenu du nouveau cadre légal relatif aux clauses de recommandation, les organisations syndicales et patronales représentatives au plan départemental ont lancé, le 12 mai 2014, une procédure de mise en concurrence transparente afin de maintenir le régime frais de santé des salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations et entreprises agricoles, des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers créé par l'accord du 17 septembre 2009.

Ainsi, sur la base d'un cahier des charges définissant les conditions tant de recevabilité d'éligibilité que de planification des étapes, quatre organismes assureurs ont répondu à ce dernier.

Le 1er juillet 2014 s'est tenue une réunion d'ouverture des plis et de recevabilité des offres à l'issue de laquelle des précisions complémentaires techniques ont été demandées.

Le 22 juillet 2014, en application des critères et du système de notation y afférent, le comité paritaire ad hoc créé dans le cadre de cette procédure a recommandé Agri-Prévoyance à l'unanimité pour assurer la gestion du régime frais de santé précité. »

Article 2 Entrée en vigueur., Durée

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2015.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu de l'accord départemental du 17 septembre 2009 si les circonstances en démontrent l'utilité.

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

Article 3 Formalités administratives

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

Avenant n° 3 du 30 septembre 2015 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

30 septembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-44](#)

Article 1er Objet

Pour se mettre en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, il a été procédé à l'aménagement des tableaux des garanties conformément aux dispositions réglementaires, respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables et aux obligations résultant de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à 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 intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé ainsi que leur impact sur les taux de cotisations.

Article 2 Salariés bénéficiaires

L'article 2 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

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

(1) Article étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 22 décembre 2015 - art. 1)

Article 3 Affiliation

Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3 « Affiliation » est modifié comme suit :

« 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 remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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

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

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

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

Article 4 Cotisations

Le paragraphe 7.1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » est modifié comme suit :

« 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 conclusion de l'avenant n° 3 du 30 septembre 2015 au présent accord. Les cotisations pourront être revues annuellement lors de la présentation des comptes du régime.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

A., Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

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 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie à raison de :

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

B., Garanties facultatives

1. Adhésion d'un salarié ayant 3 mois d'ancienneté ou plus

Extension famille

+ 1,91 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,16 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;

ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

2. Adhésion d'un salarié ayant moins de 3 mois d'ancienneté

1,22 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Extension famille

+ 1,76 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,19 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;

ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

Les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 5 Tableaux des garanties

Les annexes I et II sont remplacées par les suivantes :

« Annexe I

Garantie complémentaire de base frais de santé

Niveau 1 base	Remboursement sécurité sociale	Remboursement garanties de base (hors sécurité sociale)	Remboursement total
Frais médicaux			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	100 % BR	100 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionné (1)	-	80 % BR	80 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	De 35 % à 70 % BR	De 65 % à 30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu " majeur ou important "	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu " modéré "	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu " faible "	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	200 % ou 240 % BR	300 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR plus 200 € par an	455 % BR plus 200 € par an

Hospitalisation (conventionnée ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	400 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (2)	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	-	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant, 16 ans) (limité à 30 jours par an)	-	52 € par jour	52 € par jour
Maternité (conventionnée ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière	-	52 € par jour	52 € par jour
Divers			
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par la sécurité sociale (honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports remboursés par la sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (4)	-	100 % FR	100 % FR
Optique			
Equipe ment verres + monture (5)		Plafond maximum de monture 150 €	Plafond maximum de monture 150 €
Equipe ment monture + 2 verres simples (6)	60 % BR	370 €	60 % + 370 €
Equipe ment monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (6)	60 % BR	510 €	60 % + 510 €
Equipe ment monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60 % BR	650 €	60 % + 650 €
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	60 % BR	395 % BR + 350 €	455 % BR + 350 €
Dentaire			
Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (hors couronne implanto-portée ; hors inlays cores et inlays/ onlays)	70 % BR	140 % BR plus 350 € par an et par bénéficiaire	210 % BR plus 350 € par an et par bénéficiaire
Actes inlays, onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Couronne implanto-portée	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Parodontologie (7)	-	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	70 % ou 100 % BR	150 % BR	220 % BR ou 250 % BR

(1) Pour le secteur non conventionné, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) A l'exclusion des établissements médico-sociaux.

(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) :

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est donc 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).

(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(6) Verres simples : sphère comprise entre, 6 + 6 dioptries ou/ et cylindre < = 4 dioptries.

Verres complexes :

- verres simple foyer sphère hors zone >, 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 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.

(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.

BR : base de remboursement du régime de base de sécurité sociale.

FR : frais réels.

TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires). »

« Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Niveau 2 option	Remboursement sécurité sociale	Remboursement garanties de base (hors sécurité sociale)	Remboursement total
Frais médicaux			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	De 35 % à 70 % BR	De 65 % à 30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie	-	22 € par an et par bénéficiaire, limité à 4 séances par an	22 € par an et par bénéficiaire, limité à 4 séances par an
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
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire

Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	400 % ou 440 % BR	500 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR + 350 € par an	455 % BR + 350 € par an
Hospitalisation (conventionnée ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	400 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (2)	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	-	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant, 16 ans) (limité à 30 jours par an)	-	52 € par jour	52 € par jour
Maternité (conventionnée ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Divers			
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par la sécurité sociale (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports remboursés par la sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (4)	-	100 % FR	100 % FR

(1) Pour le secteur non conventionné, remboursement sur la base du tarif d'autorité.
(2) A l'exclusion des établissements médico-sociaux.
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) :
- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage Hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).
(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est donc 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).
(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.
(6) Verres simples : sphère comprise entre, 6 + 6 dioptries ou/ et cylindre < = 4 dioptries.
Verres complexes :
- verres simple foyer sphère hors zone >, 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 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.
(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.
BR : base de remboursement du régime de base de sécurité sociale.
FR : frais réels.
TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires). »

Article 6 Durée., Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2016.

Article 7 Formalités administratives

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

Avenant n° 4 du 31 janvier 2017 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

31 janvier 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2018 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-50](#)

Préambule

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

Comme l'ont fait les partenaires sociaux nationaux dans l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 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 du Gers ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et ceux bénéficiaires d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, les partenaires sociaux ont décidé de les faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi (décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016).

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à solliciter l'organisme assureur afin qu'il propose

à titre facultatif la couverture santé individuelle aux salariés en contrats de travail de courte durée et aux salariés à temps partiel prévue dans cet accord.

Autres modifications :

- mise à jour des tarifs du fait de la suppression des tarifs en cas de demande d'affiliation avant l'ancienneté précédemment requise ;
- aménagement des tableaux des garanties conformément aux dispositions réglementaires respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Article 1er Modifications apportées à l'article 1 « Champ d'application »

Le premier paragraphe « Champ d'application professionnel » est modifié comme suit :

« Le présent accord s'applique sur le département du Gers aux :

Salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC.

Et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises du territoire, des CUMA. »

Article 2 Modifications apportées à l'article 3 « Salariés bénéficiaires »

L'article 3 est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés non cadres, non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces deux dernières catégories de salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 4 bis créé ci-après. »

Article 3 Modification de l'article 4 « Affiliation »

Le paragraphe relatif aux dispenses d'affiliation est complété comme suit :

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

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

Article 4 Création d'un article 4 bis « Dispositif versement santé »

Il est créé un article 4 bis « Dispositif versement santé » rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires et pour ceux titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de

travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions

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

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

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

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

Modalités

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

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

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé

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

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

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

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

Article 5 Modification de l'article 7 « Cotisations »

Le paragraphe 1 « Taux et répartition » est inchangé.

La partie « A., Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul » est inchangée :

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 égale à 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie à raison de :

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

La partie « B., Garanties facultatives » est modifiée ainsi :

« Extension famille :

+ 1,91 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter, selon le cas, la ou les cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,16 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié seul ;

+ 0,28 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille du salarié.

Toutes les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. Elles s'ajoutent aux cotisations obligatoires.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 6 Mise à jour des tableaux des garanties

Les annexes I et II sont annulées et remplacées par :

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20170050_0000_0020.pdf/BOCC

Article 7 Modification de l'article 14 « Clause de réexamen, dénonciation »

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires ou adhérentes et représentatif (jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu) d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme *désigné* (1). À l'issue du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives sont habilitées à engager la procédure de révision conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

(1) A la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article 7, le mot « désigné » est exclu de l'extension en tant qu'il contrevient à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre telles qu'interprétées par le Conseil constitutionnel dans la décision n° 2013-672 du 13 juin 2013.

(Arrêté du 14 décembre 2017 - art. 1)

Article 8 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2016 concernant les tableaux de garanties et à compter du 1er juillet 2016 concernant la suppression de l'ancienneté.

Les autres modifications entreront en vigueur à compter du 1er jour du trimestre civil suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel, et au plus tôt le 1er avril 2017.

Article 9 Dépôt et extension

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.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Avenant n° 5 du 9 février 2018 à l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres affiliés à l'AGIRC (Gers)

9 février 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2018 [Légifrance](#)

Préambule

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, et avec les dispositions légales concernant les régimes collectifs de prévoyance, les parties se sont accordées pour procéder à des aménagements de l'accord santé du Gers du 17 septembre 2009.

Mise à jour des structures tarifaires et des tarifs, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, et intégration du principe de solidarité.

Article 1er Modification de l'article 7, cotisations

L'article 7 « Cotisations » est réécrit ainsi :

« Le contrat d'assurance complémentaire santé se compose d'un socle obligatoire appelé « Garanties complémentaires de base » et d'une option appelée « Garanties optionnelles ».

Les structures tarifaires de la garantie santé sont les suivantes, au choix de l'entreprise :

Structure tarifaire 1 : Adulte/ Enfant

Structure tarifaire 2 : Isolé/ Famille

Le financement du contrat d'assurance complémentaire frais de santé souscrit par l'employeur est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

1. Garanties complémentaires de base (salarié seul)

Cotisation « Adulte » ou cotisation « Isolé »

Répartition :

50 % à la charge de l'employeur ;

50 % à la charge du salarié.

2. Garanties facultatives (elles s'ajoutent aux garanties de base du salarié)

2.1. Garanties de base

Cotisation « Adulte » (conjoint), cotisation « Enfant »

Cotisation « Famille ».

2.2. Garanties optionnelles

Cotisation « Adulte » (salarié, conjoint), cotisation « Enfant »

Cotisation « Isolé », cotisation « Famille ».

Toutes les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. Elles s'ajoutent à la cotisation obligatoire.

3. Tarifs

Formule Adulte/ Enfant :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Adulte (salarié seul)	1,07 %, soit 35 €	0,535 %, soit 17,50 €	0,535 %, soit 17,50 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 1,07 %, soit 35 €	-	+ 1,07 %, soit 35 €
Cotisation enfant (enfant à charge)	+ 0,63 %, soit 21 €	-	+ 0,63 %, soit 21 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			

Cotisation adulte (conjoint)	+ 0,16 %, soit 5 €	-	+ 0,16 %, soit 5 €
Cotisation enfant (enfant à charge) *	+ 0,09 %, soit 3 €	-	+ 0,09 %, soit 3 €
* Gratuité à partir du 3e enfant.			

Formule Isolé/ famille :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Isolé (Salarie seul)	1,07 %, soit 35 €	0,535 %, soit 17,50 €	0,535 %, soit 17,50 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Famille (conjoint et enfants à charge) **	+ 1,91 %, soit 63 €	-	+ 1,91 %, soit 63 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Isolé (salarie seul)	+ 0,16 %, soit 5 €	-	+ 0,16 %, soit 5 €
Famille (conjoint et enfants à charge) **	+ 0,28 %, soit 9 €	-	+ 0,28 %, soit 9 €
** Ne comprend pas la cotisation salarié.			

Les montants en euros de l'exercice 2018 sont indiqués à titre informatif. Ces montants évoluent tous les ans en fonction du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

PMSS 2018 = 3 311 €.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2

Le renvoi (1) des tableaux de garanties des annexes I et II est modifié ainsi :

« (1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-CO) ; »

Article 3

L'article suivant est ajouté :

« Article 12. Haut degré de solidarité

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 2 % des cotisations frais de santé (hors taxe) est affectée au financement de prestations revêtant un degré élevé de solidarité. Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental. (1)

L'institution AGRI PRÉVOYANCE est choisie comme gestionnaire du fonds de solidarité.

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article 6.3.1 de l'accord du 10 juin 2008 étendu par l'arrêté du 3 décembre 2008.

(Arrêté du 24 mai 2018 - art. 1)

Article 4

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur à compter du premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel, et au plus tôt le 1er Juillet 2018.

Article 5

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.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Avenant n° 6 du 5 octobre 2018 à l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres non affiliés à l'AGIRC (Gers)

5 octobre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 [Légifrance](#)

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 départemental sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles, des entrepreneurs du territoire et des CUMA du Gers du 17 septembre 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties et l'évolution des taux de cotisations.

Article 1er Mise à jour des taux de cotisations

Le point 3 « Tarifs » de l'article 7 « Cotisations » est modifié comme suit :

« Formule Adulte/ Enfant :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Adulte (salarié seul)	1,14 %, soit 37,74 €	0,570 %, soit 18,87 €	0,570 %, soit 18,87 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 1,14 %, soit 37,74 €	-	+ 1,14 %, soit 37,74 €
Cotisation enfant (enfant à charge)	+ 0,65 %, soit 21,52 €	-	+ 0,65 %, soit 21,52 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 0,19 %, soit 6,29 €	-	+ 0,19 %, soit 6,29 €
Cotisation enfant (enfant à charge) (*)	+ 0,09 %, soit 2,98 €	-	+ 0,09 %, soit 2,98 €
(*) Gratuité à partir du 3e enfant.			

Formule Isolé/ Famille :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	1,14 %, soit 37,74 €	0,570 %, soit 18,87 €	0,570 %, soit 18,87 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Famille (conjoint et enfants à charge) (**)	+ 2,03 %, soit 67,21 €	-	+ 2,03 %, soit 67,21 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	+ 0,19 %, soit 6,29 €	-	+ 0,19 %, soit 6,29 €
Famille (conjoint et enfants à charge) (**)	+ 0,32 %, soit 10,60 €	-	+ 0,32 %, soit 10,60 €
(**) Ne comprend pas la cotisation salarié.			

Les tarifs sont indiqués en % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale). Les montants en euros sont indiqués à titre informatif et sont relatifs à l'exercice 2018. Ces montants évoluent tous les ans en fonction du PMSS.

PMSS 2018 = 3 311 €.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2

Mise à jour des tableaux des garanties.

Les tableaux de garanties de l'annexe 1 et de l'annexe 2 sont modifiés comme suit :

« Annexe 1

Garanties complémentaires de base frais de santé

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, 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_20180049_0000_0012.pdf/BOCC

Annexe 2

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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, 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_20180049_0000_0012.pdf/BOCC

Article 3

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur à compter du premier jour du mois civil suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel.

Article 4

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.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 juin 2009.

Avenant n° 7 du 16 septembre 2019 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

16 septembre 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 16 septembre 2019 [Légifrance](#)

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.

En outre, le champ d'application professionnel du présent accord est mis à jour.

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

Article 1er Mise à jour du champ d'application professionnel

La partie « Champ d'application professionnel » de l'accord du 17 septembre 2009 est rédigée ainsi :

« Article 1er

Champ d'application.

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :

- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés. »

Article 2 Mise à jour des tableaux des garanties

Les tableaux de garanties de l'annexe 1 et de l'annexe 2 sont modifiés comme suit :

« Annexe 1.

Garanties complémentaires de base frais de santé

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

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

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

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

conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20200005_0000_0016.pdf/BOCC

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Annexe 2.

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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 Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20200005_0000_0016.pdf/BOCC

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé. »

Article 3

Les dispositions de l'article 1er du présent avenant prennent effet immédiatement, et celles de l'article 2 entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2020.

Article 4

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.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 juin 2009.

Avenant n° 8 du 15 novembre 2020 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

15 novembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2021 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2021-3](#)

Préambule

Afin de maintenir l'équilibre du régime frais de santé, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer les taux de cotisations sur une durée de 2 ans.

Article 1er Mise à jour des taux de cotisations

Le paragraphe 3 intitulé « Tarifs » de l'article 7 « Cotisations » est annulé et remplacé par :

« 3. Tarifs »

À compter de la prise d'effet du présent avenant, les taux de cotisations sont les suivants :

Formule adulte/ enfant :

Garanties de base	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (salarié seule)	1,41 % PMSS	0,705 % PMSS	0,705 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (conjoint)	+ 1,41 % PMSS		+ 1,41 % PMSS
Enfant (enfant à charge)	+ 0,80 % PMSS		+ 0,80 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (conjoint)	+ 0,24 % PMSS		+ 0,24 % PMSS
Enfant (enfant à charge) [1]	+ 0,11 % PMSS		+ 0,11 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Gratuité à partir du 3e enfant.

Formule isolé/ famille :

Garanties de base	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seule)	1,41 % PMSS	0,705 % PMSS	0,705 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 2,51 % PMSS		+ 2,51 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seul)	+ 0,24 % PMSS		+ 0,24 % PMSS
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 0,40 % PMSS		+ 0,40 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Ne comprend pas la cotisation salarié.

À partir de la 2e année, les taux de cotisations seront les suivants :

Les taux de cotisations seront confirmés en fonction de l'équilibre du régime et en concertation avec les partenaires sociaux.

Formule adulte/ enfant :

Garanties de base	Total	Part Patronale	Part Salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (salarié seule)	1,51 % PMSS	0,755 % PMSS	0,755 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		

Adulte (conjoint)	+ 1,51 % PMSS		+ 1,51 % PMSS
Enfant (enfant à charge)	+ 0,86 % PMSS		+ 0,86 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (conjoint)	+ 0,25 % PMSS		+ 0,25 % PMSS
Enfant (enfant à charge) [1]	+ 0,12 % PMSS		+ 0,12 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Gratuité à partir du 3e enfant.

Formule isolé/ famille :

Garanties de base	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seule)	1,51 % PMSS	0,755 % PMSS	0,755 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 2,68 % PMSS		+ 2,68 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seul)	+ 0,25 % PMSS		+ 0,25 % PMSS
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 0,42 % PMSS		+ 0,42 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Ne comprend pas la cotisation salarié.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet au premier jour du trimestre qui suit la parution de l'arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er avril 2021.

Article 3 Formalité de dépôt

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.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 septembre 2009.

Prévoyance des non-cadres, Gers (accord du 30 septembre 2009)

Accord du 30 septembre 2009 relatif à la prévoyance pour les salariés agricoles non cadres du Gers

30 septembre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-49](#)

Préambule

Le présent accord est un accord distinct de la convention collective départementale de travail des exploitations agricoles, des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers et des coopératives d'utilisation de matériels agricoles du Gers.

Les partenaires sociaux agricoles du Gers ont décidé de mettre en place un régime départemental de prévoyance couvrant les risques incapacité temporaire, et permanente, invalidité et décès, comme le leur permet l'accord national agricole du 10 juin 2008. Ils souhaitent ainsi améliorer le statut du salarié agricole en lui offrant une couverture sociale tout en gardant la maîtrise de leur régime.

Les partenaires sociaux conviennent que les articles 23.1 et 74 de la convention collective départementale de travail des exploitations agricoles, des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers et des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers sont abrogés à compter de la date d'application du présent accord.

Article 1er Champ d'application

1.1. Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :

- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés.

1.2. Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2 Bénéficiaires

Par dérogation aux dispositions de l'accord national, les dispositions du présent accord s'appliquent aux 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 :

- justifiant d'une ancienneté de 3 mois continus dans l'entreprise pour les garanties incapacité temporaire et permanente de travail ;
- sans condition d'ancienneté pour les garanties décès,

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, techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles obligatoires.

Article 3 Garanties

Les employeurs des entreprises relevant du champ d'application visé à l'article 1er de l'accord sont tenus obligatoirement de faire bénéficier à tous les salariés visés à l'article 2 des garanties prévoyance figurant dans le tableau ci-après et selon les dispositions relatives au dispositif prévoyance contenues dans l'accord national. Tous les salariés visés à l'article 2 bénéficient des dispositions relatives à la mensualisation telle que prévue à l'article L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du code du travail.

Toutefois, les signataires du présent accord ont décidé d'améliorer le dispositif de mensualisation légale.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 265 et 266.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190044_0000_0033.pdf BOCC

Le descriptif des garanties optionnelles figurant dans le tableau de garanties ci-dessus est précisé ci-après :

Option « Incapacité temporaire de travail (ITT) »

L'option « ITT » permet d'augmenter le montant de l'indemnité journalière complémentaire servie en cas d'arrêt de travail (d'origine professionnelle ou non) du salarié.

Option « Mensualisation légale avec amélioration »

Selon les dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du code du travail, tout salarié ayant 1 année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière versée par le régime de base de sécurité sociale, à condition d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité et d'être pris en charge par le régime de base.

Afin de permettre aux entreprises visées à l'article 1er de l'accord de faire face à l'obligation de maintien de salaire telle qu'elle résulte du présent accord, l'option mensualisation légale avec amélioration permet aux employeurs de s'assurer auprès d'un organisme assureur pour couvrir cette obligation.

Cette option comprend également une assurance des charges sociales prévoyant le versement d'indemnités correspondant aux charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité temporaire de travail du participant pour la quote-part relative à la mensualisation légale.

Le montant de la prestation est servi sous déduction de l'indemnité journalière versée par le régime de base. Le versement de la prestation intervient :

- à compter du 1er jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail (hors accident de trajet) ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8e jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

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

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **page 267.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190044_0000_0033.pdf BOCC

Option « Incapacité permanente de travail (invalidité catégorie 2 ou 3) »

L'option « Invalidité catégorie 2 ou 3 » permet d'augmenter le montant de la pension mensuelle complémentaire servie en cas d'attribution par le régime de base d'une pension (catégorie 2 ou 3) dans le cadre de l'assurance invalidité.

Option « Incapacité permanente de travail (invalidité catégorie 1) »

L'option « Invalidité catégorie 1 » consiste à servir une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension (catégorie 1) dans le cadre de l'assurance invalidité.

Option « Incapacité permanente de travail (IPP $\geq$ 2/3) »

L'option « IPP $\geq$ 2/3 » permet d'augmenter le montant de la pension mensuelle complémentaire servie en cas d'attribution par le régime de base d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Option « Incapacité permanente de travail (1/3 $\leq$ IPP $<$ 2/3) »

Cette option consiste à servir une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une rente correspondant à un taux d'incapacité compris entre 33,33 % et 66,66 % dans le cadre de l'assurance accidents

du travail et maladies professionnelles.

Option « Majoration enfant »

L'option « Majoration enfant » permet le versement d'une majoration par enfant à charge du participant décédé.

Option « Frais d'obsèques »

L'option « Frais d'obsèques » consiste à verser une indemnité funéraire en cas de décès d'un ayant droit du salarié (conjoint, cocontractant d'un Pacs, concubin ou enfant à charge).

Option « Rente éducation »

En cas de décès du salarié, cette option consiste à verser aux enfants à charge une rente dont le montant varie selon l'âge. La rente est versée viagèrement aux enfants invalides déclarés avant leur 26e anniversaire. Elle est doublée pour les orphelins des deux parents.

Article 4 Financement du dispositif prévoyance

Les garanties du socle obligatoire conventionnel sont assurées, pour tous les salariés, via une cotisation dont la part à la charge de l'employeur répond au minimum fixé par l'accord national du 10 juin 2008 dans ses dispositions relatives au dispositif prévoyance.

Les garanties du socle obligatoire et les garanties optionnelles obligatoires sont assurées, pour les garanties incapacité temporaire et permanente, pour tous les salariés ayant 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, via une cotisation répartie de la façon suivante :

- mensualisation 100 % à la charge de l'employeur ;
- incapacité temporaire (ITT) 100 % à la charge du salarié ;
- incapacité permanente professionnelle (IPP) et Incapacité permanente privée (invalidité) : 35 % à la charge des employeurs et 65 % à la charge des salariés.

Les garanties du socle obligatoire et les garanties optionnelles obligatoires sont assurées, pour la garantie décès, pour tous les salariés sans condition d'ancienneté, via une cotisation répartie de la façon suivante :

- décès : 100 % à la charge des employeurs.

Avenant n° 1 du 6 décembre 2013 à l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la prévoyance (Gers)

6 décembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2014 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-5](#)

Préambule

Dans le cadre du suivi des comptes de résultats du régime conventionnel assuré par Agri-Prévoyance, il a été constaté un déséquilibre technique.

Conscients du fait que ces résultats sont de nature à affecter durablement la pérennité du régime, les partenaires sociaux se sont accordés afin de prendre les mesures nécessaires de retour à son équilibre.

Article 1er Prise en compte du recul de l'âge de départ à la retraite

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a introduit des dispositions visant à relever, de manière progressive, l'âge de départ à la retraite.

Afin de prendre en compte les impacts de cette mesure sur le régime de prévoyance, il est inséré à l'article 7 un paragraphe 2 bis ainsi rédigé :

« 2 bis. Prise en compte du recul de l'âge de départ à la retraite

Afin de prendre en compte les effets de la loi portant réforme des retraites sur la durée de service des prestations incapacité temporaire de travail et/ ou incapacité permanente de travail, il est instauré une cotisation exceptionnelle et temporaire de 0,18 % qui s'ajoute au taux de cotisation du régime.

Cette cotisation exceptionnelle et temporaire sera répartie entre l'employeur et le salarié dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 7, soit 0,11 % à la charge du salarié et 0,07 % à la charge de l'employeur.

Cette cotisation sera prélevée pendant une durée de 12 mois.

A l'issue de cette période, la cotisation exceptionnelle et temporaire cessera d'être appelée. »

Article 2 Baisse des prestations

Au 6e alinéa du paragraphe « Garantie incapacité temporaire de travail » de l'article 5, les mots « à 85 % du salaire brut de référence » sont remplacés par les mots « à 80 % du salaire brut de référence ».

Au 5e alinéa du paragraphe « Garantie incapacité permanente professionnelle et non professionnelle » du même article, les mots « à 25 % du salaire mensuel brut de référence » sont remplacés par les mots « à 20 % du salaire mensuel brut de référence ».

Article 3 Hausse des cotisations

Le 2 de l'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2. Taux de cotisations et répartition

Dès l'embauche, et sans condition d'ancienneté, pour tous les employeurs et les salariés, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement de la prestation « décès » définie à l'article 5 est de 0,31 %, réparti comme suit :

- employeur : 40 %, soit une cotisation de 0,12 % ;
- salarié : 60 %, soit une cotisation de 0,19 %.

A compter de 3 mois d'ancienneté continus dans l'entreprise, pour tous les employeurs et salariés, le taux global de cotisation destiné au financement de l'ensemble des garanties décès, incapacité temporaire et permanente et invalidité est de 1,24 %, réparti de la façon suivante :

- employeur : une cotisation de 0,39 % ;
- salarié : une cotisation de 0,85 %.

Il est précisé que la couverture des prestations incapacité temporaire, en relais de l'obligation des employeurs résultant de la loi dite de mensualisation, est assurée par une cotisation de 0,56 %, prise intégralement en charge par les salariés sur leur participation globale.

En outre, pour tous les employeurs, le taux de cotisation correspondant à leur obligation de maintien de salaire résultant de l'article L. 1226-1 du code du travail est de 0,45 % et la couverture des charges sociales afférentes est de 0,16 %, soit un taux global de 0,61 % qui est à la charge exclusive des employeurs. »

Article 4 Champ d'application

Afin de tenir compte de l'existence d'accords conventionnels régionaux concernant les entreprises de travaux forestiers et leurs activités (convention collective de travail du 1er décembre 1982 concernant les exploitations forestières de la région Midi-Pyrénées, IDCC : 8731), au 5e alinéa du paragraphe « Champ d'application professionnel » de l'article 1er, les mots « agricoles, ruraux et forestiers » sont remplacés par les mots « agricoles et ruraux ».

Article 5 Situation des autres articles et conditions de l'accord

Les autres dispositions de l'accord ne sont pas modifiées.

Article 6 Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 7 Date d'effet

Le présent avenant prend effet le premier jour du trimestre civil qui suit la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension.

Avenant n° 2 du 21 juillet 2015 à l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la prévoyance (Gers)

21 juillet 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-41](#)

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord, afin d'y intégrer le dispositif de portabilité et les évolutions des taux de cotisations (prise en compte notamment du coût lié à la portabilité).

Ainsi :

- les taux de cotisations sont modifiés ;
- des informations sont apportées sur les modalités relatives au dispositif de portabilité des droits.

Article 1er Article 7 « Cotisations »

L'article 7 « Cotisations » est abrogé et remplacé par le suivant.

« Article 7

Cotisations

Article 7.1

Assiette

Les cotisations sont appelées par tous les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord sur la base des rémunérations brutes, limitées à quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, servant au calcul de l'assiette des cotisations d'assurances sociales.

Article 7.2

Taux de cotisations et répartitions

Pour tous les employeurs et les salariés, le taux global d'appel des cotisations, comprenant l'assurance du versement des cotisations sociales dues par l'employeur sur les indemnités journalières complémentaires et l'assurance du versement du maintien de salaire, destinées au financement des garanties définies à l'article 5 de l'accord, est ainsi fixé :

2,30 % tranche A / tranche B

Ce taux global est réparti comme suit :

- 1,15 % à la charge des employeurs ;
- 1,15 % à la charge des salariés.

L'impact de la portabilité et son surcoût (s'élevant à 10 % et réparti à 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié) sont inclus dans les cotisations détaillées ci-dessous.

Le maintien ou l'évolution des taux sera étudié en commission paritaire avec l'assureur.

Détails des cotisations par garantie et répartition employeur/ salarié

(En pourcentage.)

Garantie	Condition d'ancienneté	Coût global EN % SR	Part employeur	Part salarié
Décès	-	0,33	0,13	0,20
Incapacité temporaire de travail (en relais de la mensualisation employeur)	3 mois	0,68	-	0,68
Incapacité permanente professionnelle et invalidité de catégories 1,2 et 3	3 mois	0,66	0,39	0,27
Sous-total	-	1,67	0,52	1,15
Cotisations exclusivement employeur, liées à l'incapacité temporaire de travail				
Obligation maintien de salaire « Mensualisation » résultant de l'article L. 1226-1 du code du travail	-	0,47	0,47	-
Assurance charges sociales patronales	-	0,16	0,16	-
Total	-	2,30	1,15	1,15

Article 7.2 bis

Prise en compte du recul de l'âge de la retraite

Afin de prendre en compte les effets de la loi portant réforme des retraites sur la durée de service des prestations incapacité temporaire de travail et/ ou incapacité permanente de travail, il est instauré une cotisation exceptionnelle et temporaire de 0,180 % qui s'ajoute au taux de cotisation du régime.

Cette cotisation exceptionnelle et temporaire sera répartie entre l'employeur et le salarié, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 7.1, avec les pourcentages suivants : 0,110 % à la charge du salarié et 0,070 % à la charge de l'employeur.

Cette cotisation sera prélevée pendant une période de 12 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2015.

A l'issue de cette période, la cotisation exceptionnelle et temporaire cessera d'être appelée.

Article 7.3

Collecte

Les cotisations sont collectées par la MSA pour le compte d'Agri-Prévoyance selon les modalités définies entre eux.

Article 7.4

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 peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

En cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident (toutes origines) 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 incapacité permanente ou invalidité 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 professionnelle est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident (toutes origines), les garanties sont maintenues sans versement de cotisation.

Article 7.5

Dispositif de 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 la prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant pour information en annexe de l'avenant n° 2 du 21 juillet 2015).

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 2 Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé auprès de l'unité territoriale du Gers de la DIRECCTE Midi-Pyrénées.

Article 3 Date d'effet

Les dispositions du présent avenant prennent effet au premier jour du trimestre qui suit la date de publication au Journal officiel de son arrêté d'extension et, au plus tard, le 1er juin 2015 concernant le dispositif de portabilité.

Annexe

Annexe

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, 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 12 juillet 2019 à l'accord du 30 septembre 2009 relatif à la prévoyance (Gers)

12 juillet 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2020 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2019-44](#)

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord collectif du régime de prévoyance des salariés non cadres du Gers du 30 septembre 2009.

Afin de faire bénéficier lesdits salariés des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture, les partenaires sociaux décident d'appliquer le socle national de prévoyance défini dans l'accord national, auquel ils ajoutent les options nationales, dans l'objectif d'un meilleur niveau de couverture et d'une mutualisation nationale du risque.

Article 1er Révision de l'accord départemental du 30 septembre 2009

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

De plus, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 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.

Les dispositions de l'accord départemental du 30 septembre 2009 sur un régime de prévoyance des salariés non cadres des exploitations agricoles, des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers, et des CUMA du Gers, y compris ses avenants, sont totalement abrogées et remplacées par les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance et ses avenants, pour la partie des dispositions relatives à la prévoyance complémentaire.

Toutefois, les partenaires sociaux du département du Gers ont décidé de faire bénéficier les salariés d'un système de garanties collectives obligatoires à un niveau supérieur au socle national.

C'est pourquoi ils ont choisi certaines des options nationales qui viennent compléter le socle national minimum obligatoire de la couverture prévoyance.

« Article 1er

Champ d'application

1.1. Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :

- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés.

1.2. Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2

Bénéficiaires

Par dérogation aux dispositions de l'accord national, les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres :

- justifiant d'une ancienneté de 3 mois continus dans l'entreprise pour les garanties incapacité temporaire et permanente de travail ;
- sans condition d'ancienneté pour les garanties décès.

À l'exclusion :

- des cadres 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 ressortissant d'autres dispositions conventionnelles obligatoires.

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

Article 3

Garanties

Les employeurs des entreprises relevant du champ d'application visé à l'article 1er de l'accord sont tenus obligatoirement de faire bénéficier à tous les salariés visés à l'article 2 des garanties prévoyance figurant dans le tableau ci-après et selon les dispositions relatives au dispositif prévoyance contenues dans l'accord national. Tous les salariés visés à l'article 2 bénéficient des dispositions relatives à la mensualisation telle que prévue à l'article L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du code du travail.

Toutefois, les signataires du présent accord ont décidé d'améliorer le dispositif de mensualisation légale.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 265 et 266.**)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190044_0000_0033.pdf/ BOCC

Le descriptif des garanties optionnelles figurant dans le tableau de garanties ci-dessus est précisé ci-après :

Option « Incapacité temporaire de travail (ITT) »

L'option « ITT » permet d'augmenter le montant de l'indemnité journalière complémentaire servie en cas d'arrêt de travail (d'origine professionnelle ou non) du salarié.

Option « Mensualisation légale avec amélioration »

Selon les dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du code du travail, tout salarié ayant 1 année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière versée par le régime de base de sécurité sociale, à condition d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité et

d'être pris en charge par le régime de base.

Afin de permettre aux entreprises visées à l'article 1er de l'accord de faire face à l'obligation de maintien de salaire telle qu'elle résulte du présent accord, l'option mensualisation légale avec amélioration permet aux employeurs de s'assurer auprès d'un organisme assureur pour couvrir cette obligation.

Cette option comprend également une assurance des charges sociales prévoyant le versement d'indemnités correspondant aux charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité temporaire de travail du participant pour la quote-part relative à la mensualisation légale.

Le montant de la prestation est servi sous déduction de l'indemnité journalière versée par le régime de base. Le versement de la prestation intervient :

- à compter du 1er jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail (hors accident de trajet) ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8e jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

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

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **page 267**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190044_0000_0033.pdf BOCC

Option « Incapacité permanente de travail (invalidité catégorie 2 ou 3) »

L'option « Invalidité catégorie 2 ou 3 » permet d'augmenter le montant de la pension mensuelle complémentaire servie en cas d'attribution par le régime de base d'une pension (catégorie 2 ou 3) dans le cadre de l'assurance invalidité.

Option « Incapacité permanente de travail (invalidité catégorie 1) »

L'option « Invalidité catégorie 1 » consiste à servir une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension (catégorie 1) dans le cadre de l'assurance invalidité.

Option « Incapacité permanente de travail (IPP $\geq$ 2/3) »

L'option « IPP $\geq$ 2/3 » permet d'augmenter le montant de la pension mensuelle complémentaire servie en cas d'attribution par le régime de base d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Option « Incapacité permanente de travail ($1/3 \leq$ IPP $<$ 2/3) »

Cette option consiste à servir une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une rente correspondant à un taux d'incapacité compris entre 33,33 % et 66,66 % dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Option « Majoration enfant »

L'option « Majoration enfant » permet le versement d'une majoration par enfant à charge du participant décédé.

Option « Frais d'obsèques »

L'option « Frais d'obsèques » consiste à verser une indemnité funéraire en cas de décès d'un ayant droit du salarié (conjoint, cocontractant d'un Pacs, concubin ou enfant à charge).

Option « Rente éducation »

En cas de décès du salarié, cette option consiste à verser aux enfants à charge une rente dont le montant varie selon l'âge. La rente est versée viagèrement aux enfants invalides déclarés avant leur 26e anniversaire. Elle est doublée pour les orphelins des deux parents.

Article 4

Financement du dispositif prévoyance

Les garanties du socle obligatoire conventionnel sont assurées, pour tous les salariés, via une cotisation dont la part à la charge de l'employeur répond au minimum fixé par l'accord national du 10 juin 2008 dans ses dispositions relatives au dispositif prévoyance.

Les garanties du socle obligatoire et les garanties optionnelles obligatoires sont assurées, pour les garanties incapacité temporaire et permanente, pour tous les salariés ayant 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, via une cotisation répartie de la façon suivante :

- mensualisation 100 % à la charge de l'employeur ;
- incapacité temporaire (ITT) 100 % à la charge du salarié ;

- incapacité permanente professionnelle (IPP) et Incapacité permanente privée (invalidité) : 35 % à la charge des employeurs et 65 % à la charge des salariés.

Les garanties du socle obligatoire et les garanties optionnelles obligatoires sont assurées, pour la garantie décès, pour tous les salariés sans condition d'ancienneté, via une cotisation répartie de la façon suivante :

- décès : 100 % à la charge des employeurs. »

Article 2 Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions du présent avenant prendront effet à compter du 1er jour du trimestre civil qui suivra la parution de l'arrêté d'extension et au plus tôt le 1er avril 2020.

Article 3 Formalités de dépôt

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

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 : Gers : notice d'information frais de santé des salariés non cadres (exploitations, ETAR et CUMA)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition février 2015 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Gers : conditions générales frais de santé des salariés non cadres (exploitations, ETAR et CUMA)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition février 2015 [Ouvrir le document](#)

Bulletin d'adhésion : Gers : bulletin d'adhésion entreprise au régime frais de santé des salariés non cadres

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition février 2017 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Midi-Pyrénées : conditions générales prévoyance des salariés non cadres des pépinières et de l'horticulture

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition février 2010 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information prévoyance de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82492)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama ; OCIRP pour les rentes, prévoyance, édition 2021 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82437)

Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82433)

Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Bulletin d'adhésion : Bulletin d'adhésion prévoyance de l'accord national des non cadres en agriculture (version Groupama, réf. 82376)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama, prévoyance, édition janvier 2021 [Ouvrir le document](#)

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales prévoyance du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)

Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance ; OCIRP, prévoyance, édition novembre 2015, version ancienne [Ouvrir le document](#)

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales frais de santé du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)

Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance, frais de santé, édition octobre 2015, version ancienne [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales du régime de prévoyance de la production agricole (accord national des salariés non cadres)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Fiche d'information (IPID) : Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) : prévoyance de l'accord national des salariés non cadres en agriculture

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Taux de cotisations : Barème des cotisations prévoyance entreprises de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition 1er juillet 2024 [Ouvrir le document](#)

Taux de cotisations : Barème des cotisations frais de santé de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition 1er juillet 2024 [Ouvrir le document](#)

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

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

Tous les salariés

Taux de cotisations : MSA Midi-Pyrénées Sud : taux de cotisations sur salaires au 1er avril 2026

MSA Midi-Pyrénées Sud, santé et prévoyance, édition 1er avril 2026 [Ouvrir le document](#)