

ACCORD COLLECTIF DU 15 OCTOBRE 2009
RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UN REGIME DE PROTECTION SOCIALE
COMPLEMENTAIRE SANTE EN AGRICULTURE
SALARIES NON CADRES

IDCC 9401

ENTRE :

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles des Landes, ID
- La Fédération des Syndicats Agricoles C.G.A.-M.O.D.E.F. des Landes, NB
- La Fédération Départementale des C.U.M.A des Landes, DG
- Le Syndicat des Entrepreneurs des Territoires des Landes, ST

- d'une part,

ET :

- La Fédération Nationale Agro-alimentaire et Forestière -- Confédération Générale du Travail, (FNAF -- CGT), section agriculture, ~~ES~~ ID
- Le Syndicat Général Agro-alimentaire -- Confédération Française Démocratique du Travail (SGA -- CFDT) des Landes, ND
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture - F.O. (FGTA -- FO), section agriculture, AM
- Le Syndicat national des Cadres d'exploitation agricole CFE - C.G.C. des Landes,
- Le syndicat C.F.F.G. agri. des Landes,

- d'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1

Champ d'application

Article 1-1 Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des exploitations et entreprises agricoles relevant de la Convention collective du département des LANDES du 10 juillet 2006 :

- les exploitations agricoles proprement dites,
- les exploitations d'élevage,
- les exploitations de cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, établissements d'horticulture ou de production grainière, cultures maraîchères, pépiniéristes etc.),
- les entreprises de travaux agricoles pour le compte de tiers (battage, moissonnage-battage, motoculture, préparation des terres, opération de cultures, exploitation des systèmes d'irrigation, etc. (code NAF 01.4 A, Code A.P.E. 400),
- les coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Toutefois, les exploitations forestières et les organismes professionnels agricoles sont exclus de son champ d'application professionnel.

ND
DG
ID
AM
ST

Article 1-2. Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique dans les exploitations ou entreprises dont le siège, représenté par les bâtiments d'exploitation principaux, est situé sur le territoire du département des Landes, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe et ceci où que solent domiciliés les employeurs et les salariés.

Article 2

Objet

Le présent accord définit les conditions et les garanties d'une protection complémentaire santé des personnels non cadres.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective concernant les exploitations agricoles du département des Landes du 10 juillet 2006.

Article 3

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date. Dans le cas contraire, il entrera en vigueur à compter du 1^{er} jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

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

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

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

Article 4

Bénéficiaires

Les garanties frais de santé s'appliquent à titre obligatoire aux salariés justifiant d'une ancienneté de 6 mois continus dans l'entreprise de date à date.

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

Le présent accord met en place une couverture de type Isolé (obligatoire)/Famille (facultative). Sont donc couverts également les ayants droit du salarié, si le salarié choisit de couvrir sa famille.

9A
ID
PT
A.1
HD
TSD

Contractuellement l'entreprise peut choisir par dérogation d'étendre à titre obligatoire et collectif la couverture de ses salariés à leurs ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint marié résidant en France et non séparé de droit ou de fait.
- le concubin résidant en France, s'il justifie de deux années de vie commune avec le salarié ou s'ils ont un enfant en commun.
- le cocontractant d'un PACS résidant en France.
- les enfants du salarié, de son conjoint, partenaire ou concubin :
 - âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin,
 - âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU).
 - âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée,
 - quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé, qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée, mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources, peut être garanti.

Article 5

Garanties

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le Régime Social de Base, dans la limite des frais réels.

Le régime de protection sociale complémentaire santé s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, 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 L322-2 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 ».

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau suivant :

DO MD
NB ~~BD~~
DT AN
ID

Tableau de remboursements

		ESSENTIEL SANTE CONFORT LANDES	
PRESTATIONS COUVERTES PAR LE CONTRAT		Remboursements part MSA incluse (1)	Services
Soins courants	Honoraires de généralistes et spécialistes	300% BR	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
	Honoraires de médecine douce 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	
	Analyses biologiques, Auxiliaires médicaux; Radiologie, Actes techniques (2)	100% BR	Information sur les laboratoires proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
	Pharmacie de 15 à 65%	100% BR	4 portages de médicaments à domicile, en cas d'immobilisation de plus de 5 jours.
	Pharmacie sur prescription non prise en charge par le Régime de Base	40€/an/famille	
Prothèses	Vaccins non pris en charge par le Régime de Base	40€/an/famille	Information sur le calendrier des vaccins.
	Prothèses et appareillage (dont orthopédie) Part obligatoire : 65% BR	465% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel, organisation de la livraison.
	Prothèses auditives Part obligatoire : 100% BR	500% BR	
	Prothèses auditives	455% BR + crédit de 350 €/an/oreille (3)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte.
Optique	Forfait monture + lentilles	65% BR + 175 €/an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte. Service d'analyse et de conseil sur les devis optique.
	Forfait verres unifocaux	65% BR + 182 €/paire limité à 1 paire/an	
	Forfait verres progressifs et multifocaux	65% BR + 350 €/paire limité à 1 paire/an	
	Crédit optique	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes	
Dentaire	Traitement chirurgical des corrections oculaires	250€	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire.
	Soins dentaires	100% BR	
	Prothèses dentaires	410% BR + 85€/an	
	Inlays core	170% BR	
	Forfait Parodontologie	100€/an	
	Forfait Implantologie	200€/an	
	Orthodontie acceptée par le Régime de Base	350% BR	
Polyvalents	Orthodontie refusée par le Régime de Base	200€	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
	Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cures thermales)	FR	
	Forfait actes lourds « 18 euros »	18 €	
	Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile acceptée par le régime de base (HAD)	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	
Milieu hospitalier	Cures thermales : Frais balnéaires acceptés	100% BR : 150€/an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision. Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
	Cures thermales : Frais balnéaires refusés		
	Médical et chirurgical :		
	Frais de séjour	100% BR	
	Honoraires	De 480 à 500% BR suivant PEC RB	
	Forfait journalier	FR	
	Chambre particulière	78€/jour	
	Frais de lit d'accompagnant	52€/jour limité à 30 jours/an (4)	
	Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	26€/an	
	Maternité :		
	Honoraires	300% BR	
Chambre particulière	52€/jour		
Psychiatrie :			
Frais de séjour	100% BR		
Honoraires	300% BR		
Forfait journalier	FR limité à 30 jours/an		

(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements.

(2) Y compris actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.

(3) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an.

(4) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

BD
MJD
DG
178 DT AM
ID

Les services d'assistance

Garanties d'assistance intégrées	SANTÉ CONFORT LANDES
AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE	
Permanence médicale	inclus
Informations pratiques par téléphone	inclus
Informations et organisation de téléassistance	inclus
EN CAS D'IMMOBILISATION DU BÉNÉFICIAIRE AU DOMICILE	
	(d'au moins 3 jours)
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans	30h
Assistance maternelle	30h
Garde des ascendants	30h
Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée	30h
Aide ménagère	30h
Garde d'animaux domestiques	150€
Organisation de la venue d'un proche	inclus
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE D'UN BÉNÉFICIAIRE	
	(d'au moins 2 jours)
Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
Prise en charge d'un lit accompagnant	Inclus
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans	30h
Assistance maternelle	30h
Garde des ascendants	30h
Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée	30h
Aide ménagère	30h
Garde d'animaux domestiques	150€
Transmission de messages urgents	Inclus
Soutien psychologique	6 entretiens
ASSISTANCE EN CAS DE MALADIE D'UN ENFANT	
	(d'au moins 3 jours)
Garde d'enfant malade	Plafond 10h/jour Maximum 2 fois/an/enfant
Répétiteur scolaire	Plafond 10h/semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE	
Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives	4h
Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile	6 000 €
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans	30h
Assistance maternelle	30h
Garde des ascendants	30h
Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée	30h
Aide ménagère pour le conjoint survivant	30h
Garde d'animaux domestiques	150€
Soutien psychologique	6 entretiens
ASSISTANCE EN CAS DE LONGUE MALADIE D'UN PARENT, DÉCÈS D'UN PARENT, MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE REPÉTITEUR SCOLAIRE POUR PLUS DE 3 MOIS, DIVORCE DES PARENTS ENTRAÎNANT LE REDOUBLEMENT DE L'ENFANT	
	Bilan orientation scolaire de l'enfant
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL	
	<ul style="list-style-type: none"> - Rapatriement médical (illimité) - Rapatriement de corps - Venue d'un collaborateur de remplacement

NB : les prestations des services d'assistance sont exprimées « à concurrence de »

MA
DG

TBD
AM
NB DT
ID

Article 6

Dispenses d'affiliation

Des dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire Frais de Santé sont possibles dans les situations suivantes :

- Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS tel que défini par la loi, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être dispensés d'affiliation de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations supérieures. Cette dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur.
- Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité Sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.
- Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être dispensés d'affiliation à la présente assurance complémentaire santé.
- Les salariés ayant une faible rémunération : les salariés à temps très partiel n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de leur cotisation est égal ou supérieure à 10% de leur rémunération.
En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10% de celle-ci de façon pérenne le salarié devra alors obligatoirement cotiser à la garantie complémentaire santé.
- Les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un des deux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.
- Les salariés en contrat à durée déterminée et les saisonniers.

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

Justification des renoncements au régime

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

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés concernés doivent faire leur demande de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur du présent accord, la demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur au plus tard dans le délai d'un mois suivant l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

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

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

Article 7

Cessation et maintien des garanties

Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié. Lors d'une démission ou d'un départ en retraite, la cessation intervient dès le 1^{er} jour du mois suivant la rupture du contrat de travail. La cotisation du mois de départ est due.

Cependant, les garanties sont maintenues dans les cas suivants :

A - Bénéficiaire gratuitement du maintien de la garantie santé :

- les ayants droit d'un salarié décédé, jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date du décès ;
- les salariés licenciés, jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date de rupture du contrat de travail, s'ils en font la demande auprès de l'organisme mentionné à l'article 9 durant la période de préavis ou avant la fin du mois civil suivant ladite date de rupture.

B - Bénéficiaire du maintien de la garantie santé dans le cadre d'un contrat individuel, sans condition de période probatoire, d'examen ou de questionnaire médical :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emplois, d'un revenu de remplacement, et ce sur leur demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail et sans condition de durée. Pour les salariés licenciés ayant bénéficié de la gratuité prévue au A et remplissant les conditions ci-dessus, ce droit est ouvert à compter du jour suivant la fin de la période de gratuité ;
- les ayants droit d'un salarié décédé pendant les 12 mois suivant la période de gratuité prévue au A, à condition qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Pour ces personnes, le tarif applicable peut être supérieur au montant fixé à l'article 8 dans la limite de 150 %.

Article 8

Cotisations

Garanties obligatoires

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime « complémentaire frais de santé », couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,014 % du PMSS.

AD
DG

AD
BD

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

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

Néanmoins l'employeur peut décider dans son entreprise d'une meilleure prise en charge sur la part isolée du salarié.

Extension famille facultative (conjoint et enfants à charge)

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

La cotisation résultant de cette garantie facultative, à la seule charge du salarié, est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle est égale à 2,004 % du PMSS (hors cotisation du salarié).

Par Dérogation

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord peuvent également choisir d'étendre à titre obligatoire et collectif, par accord collectif, la couverture des salariés à leurs ayants droit. Dans ce cas, l'une des deux structures tarifaires suivantes pourra être choisie.

- Le tarif Uniforme : La cotisation couvre le salarié et l'ensemble de ses ayants droit.

	Cotisation mensuelle	Part patronale	Part salariale
Tarif Uniforme	2,13% du P.M.S.S.	15 %	Solde restant à la charge du salarié

- Le tarif Isolé/Famille (obligatoire)

- la cotisation isolée couvre obligatoirement le salarié sans ayants droit au sens du présent accord ;
- la cotisation famille couvre obligatoirement le salarié et l'ensemble de sa famille dès lors qu'il a au moins un ayant droit au sens du présent accord.

	Cotisation mensuelle	Part patronale	Part salariale
Tarif Isolé	1.014% du P.M.S.S.	15 %, dans la limite de 5 €	Solde restant à la charge du salarié
Tarif Famille	3.018% du P.M.S.S.	15 % du tarif isolé, dans la limite de 5 €	Solde restant à la charge du salarié

HD
DG

Néanmoins l'employeur peut décider dans son entreprise d'une meilleure prise en charge sur la part isolée du salarié.

AM
TD
ID NB DT

Les tarifs sont garantis pendant trois ans à partir de la date d'application du présent accord, soit du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012.

Collecte des cotisations

La collecte des cotisations du régime obligatoire est confiée par l'organisme désigné à la caisse de MSA compétente sur le territoire des Landes selon les termes d'une convention de gestion conclue entre eux.

Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu au-delà d'un mois, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental, d'éducation, congé sans solde, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, directement auprès de l'organisme assureur.

En cas de suspension du contrat de travail pour maladie ou accident (toutes origines) non indemnisée d'une durée supérieure à un mois civil complet, la couverture pourra être maintenue aux mêmes conditions qu'au paragraphe précédent (demande de l'intéressé et règlement de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme).

Mutualisation

Le régime des assurés à titre obligatoire est mutualisé dans un compte distinct des autres régimes.

Article 9

Organisme gestionnaire et entreprises concernées par l'accord

Organisme gestionnaire

La gestion du régime de prévoyance complémentaire frais de santé est assurée par AGRI-PREVOYANCE, Institution de Prévoyance, sise 21, Rue de la Bienfaisance, 75008 PARIS.

La désignation de l'organisme assureur sera réexaminée tous les deux ans par les parties. En tout état de cause ce réexamen sera effectué au plus tard 5 ans après la date d'effet du présent accord, conformément à l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité Sociale. HD

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

Entreprises concernées par l'accord

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord collectif sont tenues d'adhérer à AGRI-PREVOYANCE pour leur personnel non cadre. Toutefois, les entreprises

disposant déjà d'un régime frais de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord pourront ne pas remettre en cause leur régime et ne pas rejoindre l'organisme ci-dessus désigné sous réserve que leur couverture frais de santé soit d'un niveau supérieur, avec une part des cotisations prise en charge par l'employeur au moins égale à 15 % de la cotisation totale.

Pour être considéré comme offrant des garanties supérieures, le régime en question devra prévoir :

- l'amélioration des conditions d'accès et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord
- et/ou amélioration de la clé de répartition et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord
- et/ou amélioration d'une des prestations et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord

Les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé obligatoire de niveau inférieur aux garanties définies à l'article 5, devront le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel départemental à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 10

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, 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 désigné, afin notamment :

- De faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord.
- De dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de 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.

Article 11

Réexamen du régime

Conformément aux articles L.912-1 et 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 partenaires sociaux signataires 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 assureur.

Si besoin, afin de rééquilibrer le régime, la commission mixte décidera soit de la diminution des garanties, soit de l'augmentation ou de la baisse des cotisations.

Article 12

Durée, révision, dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du Code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de trois mois selon les dispositions de l'article L.2261-9 du Code du Travail et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis.

Article 13

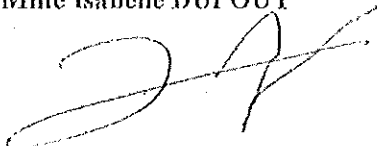
Dépôt et extension

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

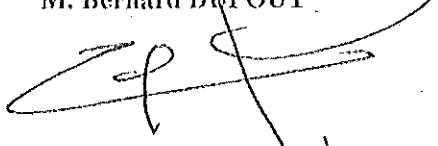
Les parties signataires demandent l'extension du présent accord, déposé par la partie la plus diligente, en deux exemplaires, dont une version sur support électronique, à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Landes.

Fait à Mont de Marsan, le 15 Octobre 2009

Pour la F.D.S.E.A
Mme Isabelle DUPOUY




Pour la FNAP - CGT, section agricole
M. Bernard DUPOUY



Pour la C.G.A.-M.O.D.E.F.
M. Bernard MARTIN



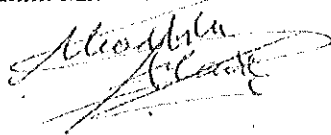
Pour S.G.A.-C.F.D.T.
M. Michel DORE



Pour la Fédération des C.U.M.A.
M. Dominique GLEYZE



Pour la F.G.T.A. - F.O.
M. Alain MARTIN



Pour les E.D.T.
M. Didier TASTET



Pour Le Syndicat national des Centres
d'exploitation agricole CFE - C.C.C. des Landes

Pour Le syndicat C.F.T.C. agri. des Landes