

CONVENTION COLLECTIVE REGIONALE DU 4 MARS 1985 CONCERNANT  
LES TRAVAUX D'AMENAGEMENT ET D'ENTRETIEN FORESTIERS  
DE LA GIRONDE, DES LANDES ET DU LOT ET GARONNE

AVENANT N° 42 du 22 décembre 2009

relatif au régime collectif d'assurance complémentaire santé

IDCC : 8723

Direction Départementale du Travail  
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle  
Section Centrale Travail

Dépot des Conventions et Accords Collectifs  
Enregistré sous le n° C040.09.005  
Date de dépôt le 28/12/2009

Entre :

- le Syndicat des Sylviculteurs du Sud-Ouest, JM

- la Fédération Régionale des Entrepreneurs des Territoires d'Aquitaine, JB

- la Fédération Régionale des Coopératives d'Aquitaine, AB

d'une part, et

- l'Union Professionnelle Régionale Agroalimentaire C.F.D.T. d'Aquitaine, JB

- l'Union régionale des Syndicats des Travailleurs de la Forêt de Gascogne C.G.T., P-L

- le Syndicat régional des Travailleurs de l'Agriculture F.O. d'Aquitaine AM

- le Syndicat régional des Cadres d'Entreprises Agricoles C.F.E.-C.G.C. d'Aquitaine R.B

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article I

Il est créé un titre XVI dans la convention collective de travail intitulé : REGIME COLLECTIF  
D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

« TITRE XVI : REGIME COLLECTIF D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Article 102

Champ d'application

Les dispositions ci-après s'appliquent à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des  
travaux d'aménagement et d'entretien forestiers (préparation des reboisements, labours, semis,  
plantations, dépressements, élagages, entretien des pistes et fossés, etc...), telles que définies à l'article  
1<sup>er</sup> de la présente convention collective régionale du 04 mars 1985 susvisée.

(Les exploitations forestières en sont exclues).

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

Article 103

Affiliation obligatoire des salariés bénéficiaires

Les présentes dispositions s'appliquent aux salariés non cadres ayant 3 mois d'ancienneté continue  
au sein d'une même entreprise.  
La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le  
salarié acquiert l'ancienneté requise.

103.1 - Affiliation :

Les entreprises doivent affilier leurs salariés bénéficiaires, auprès de l'organisme assureur désigné à  
l'article 106.

AB JB  
D.C.  
34

P.L  
M.M

R.B  
1/8

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.

### 103.2 - Cas d'exclusion :

Sont exclus du bénéfice du présent régime :

- les cadres ressortissants de la Convention Collective Nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.
- les VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles obligatoires.
- les salariés « non cadres » définis ci-dessus ressortissant d'un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 112.

### 103.3 - Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime collectif d'assurance complémentaire « frais de santé » les salariés se trouvant notamment dans un des cas ci-dessous :

- les salariés bénéficiant d'une assurance complémentaire frais de santé, en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS tel que défini par la loi, et en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. 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.

- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé visée à l'article L863-1 du Code de la Sécurité Sociale, et ce temporairement jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément et n'entrant pas dans le champ d'application des présentes dispositions fixées à l'article 102 .

- les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou bien ceux en contrat d'apprentissage, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10% ou plus de leur rémunération ;

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

Pour les salariés à employeurs multiples, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 107.2.

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 les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

13/11  
ABD  
IB  
P.L  
R.S  
AM

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

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

#### Article 104 Adhésions volontaires et extensions facultatives

104.1 - Adhésion volontaire des salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place peuvent adhérer volontairement à titre individuel à un régime facultatif offrant des prestations identiques.

104.2 - Extensions facultatives des garanties aux membres de la famille

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties à leurs ayants droit tels que définis dans la convention de gestion conclue avec l'organisme gestionnaire défini à l'article 106.

104-3 - Extension facultative solidarité famille

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord peuvent choisir d'étendre à titre obligatoire et collectif, par accord collectif, la couverture des salariés à leurs ayants droit.

#### Article 105

##### Nature et montant des prestations

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel obligatoire sont présentées à l'annexe I ( tableau garanties complémentaire santé).

**Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.** Il a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complément, acte par acte, les prestations versées par le Régime Social de Base, dans la limite des frais réellement engagés. Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif 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.

Ainsi, les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non respect du parcours de soins ainsi que la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas remboursables.  
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 »

34  
AB JB PL NM  
26 R.S.

**Article 106**  
**Gestion du régime**

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires de la présente convention ont convenu de désigner l'organisme assureur suivant :

**LANDES-MUTUALITE,**  
Mutuelle du livre II régie par le Code de la mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 782 099 196  
sise : allée de La Capère - 40016 MONT-DE-MARSAN cédex,  
membre fondateur du groupe VITTAVI-MUTUALITE

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

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

**Article 107**  
**Cotisations**

**107.1 - Montant des cotisations**

Les taux de cotisations sont garantis par l'organisme assureur désigné à compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant et jusqu'au 31 décembre 2011, dans le cadre de la réglementation applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**107.2 - Cotisation pour affiliation obligatoire du salarié seul, dit « isolé »**

Le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit « isolé », au présent régime « complémentaire frais de santé », dont les garanties sont définies en annexe 1, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), et égal à :

→ 1,196 % du PMSS

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15 % pour l'employeur dans la limite d'un montant de 5,00 € par mois,
- Le reste à la charge du salarié.

**107.3 - Cotisation volontaire pour adhésion facultative du salarié seul dit « isolé »**

Le taux de cotisation mensuelle à la seule charge du salarié n'ayant pas l'ancienneté requise, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), est de :

→ 1,196 % du PMSS.

**107.4 - Cotisation volontaire pour extension facultative aux ayants droit du salarié seul dit « isolé »**

Le taux de cotisation mensuelle supplémentaire à la seule charge du salarié pour cette extension facultative, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), est de :

+ 1,542 % du PMSS.

34  
AB JB PL AM  
26  
R.B

AM JB PL R.S. S.C. 34

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 dans les conditions fixées par la convention de gestion avec l'organisme assureur.

**Cas de suspension du contrat de travail**  
**Article 110**

Les conjoints eux-mêmes retraités ou pré-retraités pourront demander également à bénéficier du maintien de ces garanties à titre individuel auprès de l'organisme assureur, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat ou de la date de décès du salarié.

Néanmoins, les salariés cessant leur activité, ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur désigné, dans les conditions définies par la convention de gestion du présent régime, le maintien à titre volontaire de leur couverture santé dans les conditions fixées par la convention de gestion du présent accord, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou du décès. Dans ce cadre, l'organisme assureur désigné procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

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.

**Cas de cessation ou de maintien des garanties**  
**Article 109**

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

**Règlement des prestations et tiers-payant**  
**Article 108**

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires et facultatives seront effectués selon les modalités définies dans la convention de gestion entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

107.6 - Appel et recouvrement des cotisations

Tarif uniforme	2,288 % du P.M.S.S.	15 %	Solde restant à la charge du salarié
Cotisation mensuelle totale	Part patronale minimale		Part salariale

La cotisation couvre le salarié et l'ensemble de ses ayants droit.

107.5 - Cotisation solidarité famille, tarif uniforme

### Convention de gestion spécifique

#### Article III

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues au présent chapitre font l'objet d'une convention de gestion entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires. Celle-ci définit les modalités de gestion et de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront, soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants salariés d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte, 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 II2

### Recours contre les tiers responsables

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

#### Article II

Les dispositions du présent avenant sont conclues pour une durée indéterminée. Elles entreront en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la publication au journal officiel de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Toutefois, ces dispositions s'imposeront à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Par ailleurs, elles pourront, préalablement à son extension et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, être appliquées de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissants d'entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au 22 décembre 2009, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe I pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leur propre régime et ne pas rejoindre l'organisme désigné à l'article I06.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, avant le 22 décembre 2009, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe I, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Les salariés présents dans l'entreprise au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant et concernés par l'article I03.3 précité doivent faire leur demande de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1<sup>er</sup> mois d'application du présent avenant, avec les justificatifs de leur situation.

Conformément aux articles L912-1 et 2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent avenant 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.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de trois mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du Code du Travail.

**Article III**

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.

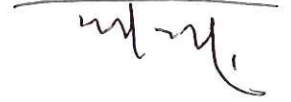
Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

**Article V**

L'article 102 de la convention collective régionale du 4 mars 1985 concernant les travaux d'aménagement et d'entretien forestiers de la Gironde, des Landes et du Lot et Garonne devient l'article 113

Fait à Mont-de-Marsan, le 22 décembre 2009

le Syndicat des Sylviculteurs du Sud-Ouest  
MESPLEDE Bernard



la Fédération Régionale des Coopératives  
d'Aquitaine  
DE DECKER Antoine



l'Union Professionnelle Régionale Agroalimentaire  
C.F.D.T. d'Aquitaine  
BABAUULT Jacques



le syndicat régional des Travailleurs  
de l'Agriculture F.O. d'Aquitaine  
MARTIN Alain



le syndicat régional des Cadres d'Entreprises  
Agricoles C.F.E.-C.G.C. d'Aquitaine  
BERTRANET Régis



l'union régionale des Syndicats des Travailleurs  
de la Forêt de Gascogne C.G.T.  
LASSUS Patrick



# Annexe 1 - Tableau des garanties d'assurance Complémentaire Santé



GARANTIES		REGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE	TOTAL
<b>Maladie</b>				
Honoraires médicaux (Consultations généralistes, consultations spécialistes, Actes d'imagerie...)				
Pharmacie (vignettes blanches)				
Pharmacie (vignettes bleues)				
Analyses médicales				
Auxiliaires médicaux				
Appareillage orthopédique et autres prothèses				
Transport ambulance				
<b>Dentaire</b>				
Soins dentaires				
Prothèses dentaires acceptées				
Prothèses dentaires acceptées				
Orthodontie acceptée				
Orthodontie refusée				
Implants				
<b>Optique</b>				
Verres / montures / lentilles remboursées				
Forfait optique				
Lentilles refusées				
Chirurgie corrective de l'œil (par oeil)				
Adaptation de lentilles				
<b>Acoustique</b>				
Appareil				
Forfait acoustique (par oreille)				
<b>Hospitalisation*</b>				
Frais de séjour				
80% ou 100%				
80% ou 100%				
Frais de séjour				
0% ou 20%				
150% ou 170%				
100%				
250%				
Chambre particulière				
100%				
100%				
Forfait journalier				
100%				
Forfait accompagnant*				
Nombre de jours d'hospitalisation				
Illimité				
Illimité				
20,00€ (jour)				
Illimité				
Frais de télévisioman (suite hospitalisation confondue, prise en charge à compter du cinquième jour d'hospitalisation)				
Soins de remise en forme suite à maternité				
<b>Cure thermique</b>				
Soins				
65%				
45%				
110%				
Forfait cure				
250,00 €				
150,00 €				
150,00 €				
60,00 €				
60,00 €				
60,00 €				
60,00 €				
60,00 €				
30,00 €				
30,00 €				
<b>Décès</b>				
Obsèques - Actifs***				
100% PMSS				
100% PMSS				
<b>Services</b>				
Assistance				
GRATUIT				
GRATUIT				
GRATUIT				
Protection juridique Santé				
GRATUIT				
GRATUIT				
GRATUIT				

Les prestations tiennent compte du remboursement du Régime obligatoire et de Landes Mutualité. Les prestations sont prises en charge sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses engagées. Une modification des taux de remboursement du Régime obligatoire n'engage pas la mutuelle. Les prestations respectent les contraintes et les obligations des « contrats responsables ». La majoration du ticket modérateur payé par l'assuré lorsque celui-ci consultera hors parcours de soins n'est pas prise en charge. (majoration fixée par décret).

Les prestations exprimées en forfait (euro ou pourcentage du PMSS) sont limitées par an et par personne.

\* La durée de ces prestations est liée à la nature de l'hospitalisation.

\*\* Frais d'accompagnement : cette prestation concerne exclusivement les nuits et les repas facturés par l'établissement de soins à la personne accompagnant une personne hospitalisée (voir conditions générales).

\*\*\* Ce forfait est une garantie annuelle.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par votre complémentaire santé conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale soit 0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste et pédicure-podologue), 2 € par transport sanitaire (taxi, VSL, ambulance, sauf en cas d'urgence). Plafond : 50 €/an, au total.

Une participation forfaitaire de 18 €, non remboursée par la Sécurité Sociale, s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Ce forfait est pris en charge par votre mutuelle.

B.M. J.B. P.L. D.G. R.S. 1