

**Accord départemental du 7 septembre 2009 portant sur
la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé
des salariés non cadres des exploitations agricoles de Polyculture,
d'Elevage, de Cultures Spécialisées, d'Elevages Spécialisés,
de Viticulture, des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole
et des Entreprises de Travaux Agricoles et Forestiers
de Charente Maritime**

Etendu le 18 Janvier 2010 – J.O. du 23 Janvier 2010

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

D'une part,

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles de Charente-Maritime F.D.S.E.A,
- le Syndicat Professionnel des Entrepreneurs de Travaux Agricoles et Forestiers de Charente-Maritime,
- la Fédération Départementale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole F.D. C.U.M.A,

D'autre part,

- la Fédération Nationale Agro-alimentaire et Forestière FNAF-CGT,
- la Section interdépartementale du Syndicat national des cadres d'exploitations agricoles C.F.E.-C.G.C,
- la FGTA Force Ouvrière,
- le Syndicat Général agro-alimentaire C.F.D.T.,

Ont convenu de ce qui suit :

(Avenant n° 7 du 28 octobre 2015)

"PREAMBULE"

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires du présent accord ont mis en place dès le 7 septembre 2009 un accord départemental portant sur une protection sociale complémentaire en santé sur le département de la Charente-Maritime, comme le permettait l'accord national du 10 juin 2008. Ce régime créait un dispositif de protection sociale complémentaire en santé sur le département de la Charente-Maritime et désignait comme organisme assureur, Mutuelle Santé Atlantique.

Compte tenu de la signature d'un avenant national à l'accord du 10 juin 2008, le 15 septembre 2015, des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis le 10 juin 2008 et afin de pérenniser le dispositif conventionnel départemental, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles de Charente-Maritime ont souhaité, par voie d'avenant, définir le nouveau cadre d'intervention du régime de protection sociale conventionnelle complémentaire départemental pour les salariés non cadres des structures de la production agricole. "

(Avenant n° 7 du 28 octobre 2015)

"ARTICLE 1 : Champ d'application"

Le présent accord est applicable sur le département de la Charente-Maritime aux salariés non cadres et employeurs des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de cultures spécialisées, d'élevages spécialisés, de viticulture, des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) et des entreprises de travaux agricoles et forestiers

Le présent accord s'applique aux entreprises, CUMA, exploitations agricoles ayant leur siège social dans le département de la Charente-Maritime à l'occasion de travaux effectués dans ou en dehors du département.

Ces exploitations, CUMA et entreprises agricoles (ci-après dénommés "les employeurs") appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties du régime frais de santé du présent accord.

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

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

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

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

(Avenant n° 7 du 28 octobre 2015)

"ARTICLE 2 : Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2016."

(Avenant n° 7 du 28 octobre 2015)

"ARTICLE 3 : Révision et dénonciation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Avenant n° 7 du 28 octobre 2015)

ARTICLE 4 : Régime frais de santé

(Avenant n° 8 du 5 septembre 2018)

Article 4.1 Bénéficiaires

Les présentes dispositions, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à l'ensemble des salariés non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord visé à l'article 1, quel que soit leur contrat de travail.

Par salariés non cadres, il est entendu tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC).

Sont donc exclus du régime 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.

Toutefois, l'employeur pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié."

Article 4.2 Définition des ayants droit

Le salarié pourra, sur demande expresse, demander l'affiliation de ses ayants droit, à titre facultatif, dans le cadre d'une extension enfant/conjoint/famille. Dans ce cas, l'ayant droit devra obligatoirement souscrire le même niveau de garantie que le salarié.

La définition des ayants droit est arrêtée comme suit :

- Le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (article 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le cocontractant d'un PACS (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.
- La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- Les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,
 - Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U),
 - Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,

- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH –. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
 - Les enfants du bénéficiaire nés "viables" moins de 300 jours après son décès,
- Les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

(Avenant n° 9 du 15 janvier 2020)

"Article 4.3 Cas de dispenses d'adhésion du régime frais de santé"

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord, et par application des règles de la législation sociale et fiscale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du régime.

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 :

1. Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (12) mois à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
2. Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
3. Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
4. Salariés bénéficiaires de la complémentaire santé et solidaire (CSS). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
5. 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 ;
6. Salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - a. 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),
 - b. Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
 - c. 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,
 - d. 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,
 - e. Contrats d'assurance de groupe dits "Madelin",
 - f. Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la Sécurité Sociale

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations, CUMA 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, notamment qu'il ne sera pas garanti par la complémentaire santé de l'entreprise et ne bénéficiera pas de la participation employeur qui s'y rapporte ainsi que de la portabilité."

Article 4.4 Niveau des garanties du régime frais de santé

Les garanties instaurées en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation des régimes de base d'assurance maladie en vigueur à la date de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changements opérés dans ces textes ayant un impact sur les garanties prévues au titre du présent régime.

Sont couverts tous les actes et frais médicaux courants sur la période de garantie et ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base dont relève l'assuré au titre de la législation "maladie", "accidents du travail / maladies professionnelles" et "maternité". Par ailleurs, sont également pris en compte les actes et frais non pris en charge par le régime de base mais expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré et / ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties "Maternité" prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité.

La nature et le montant des prestations du régime socle et optionnel sont détaillés dans les tableaux en annexe du présent accord.

Article 4.5 Contrat "solidaire" et "responsable"

Le présent régime frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables".

(Avenant n° 8 du 5 septembre 2018)

"Article 4.6 Portabilité Loi Evin"

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite "Loi Evin", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du régime frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles de salariés actifs, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou questionnaire médicaux, au profit :

- Des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 5.4 ci-après) ;
- Des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1^{er} du Décret n°90-769 du 30 août 1990 modifié par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017, la tarification évolue selon un plafonnement progressif échelonné sur trois ans, à savoir :

- La première année qui fait suite à la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.
- La deuxième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.
- La troisième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

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

(Avenant n° 9 du 15 janvier 2020)

"Article 4.7 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 1^{er} 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 organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat 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 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 d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

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 complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- 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 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.

A 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 frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, le montant de référence lié au versement santé ne peut être inférieur au seuil fixé annuellement par arrêté.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

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."

(Avenant n° 7 du 28 octobre 2015)

"ARTICLE 5 : Dispositions générales du dispositif frais de santé

Article 5.1 Financement du régime frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur de l'exploitation, la CUMA ou l'entreprise agricole, afin de couvrir les garanties minimales du régime frais de santé pour le seul salarié définies par le présent accord, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

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

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du "socle minimum obligatoire" du présent accord, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives à ses salariés, choisit :

- D'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers
- ou
- De mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du "socle minimum obligatoire"

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

Article 5.2 Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, est régi comme suit :

Le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord express écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 4.3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

(Avenant n° 8 du 5 septembre 2018)

"Article 5.3 Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies aux articles 5.3.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1% de la cotisation Hors Taxes de la couverture frais de santé sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Article 5.3.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

1. Une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
2. Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
3. Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
4. Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
5. Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150€ à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
6. Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 5.3.2 et 5.3.3.

Article 5.3.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps ;
- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;
- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé de formation ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

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

Article 5.3.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

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

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

Article 5.3.4 Mutualisation du fonds de solidarité départemental

Il est institué un fonds au niveau départemental destiné à recueillir la cotisation visée à l'article 5.3. Chaque année, les partenaires sociaux définiront les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche."

Article 5.4 Portabilité à titre gratuit

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

Article 5.4.1 Durée – limites

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

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

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

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

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

Article 5.4.2 Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur chez l'employeur. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture pour que la portabilité soit assurée au titre de cette couverture optionnelle.

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

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

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficieraient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties collectives plus favorables sur ce point, c'est à dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 5.4.3 Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues aux présents articles 5.4, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

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

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

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

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

Article 5.4.4 Cotisations

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

Article 5.5 Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la Loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties frais de santé du présent accord, est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution.

Ainsi, le principe est que les prestations de protection sociale complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat d'assurance de groupe ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure dudit contrat.

Article 5.6 Maintien de la couverture

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

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

Article 5.7 Information des assurés

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

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

Article 5.8 Commission Paritaire de suivi de l'Accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du régime de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires se réuniront au moins deux (2) fois par an."

Fait à Saintes, le 7 septembre 2009.

(Avenant n° 10 du 7 janvier 2021)

Garanties indice 17 au 1^{er} avril 2021

Au 1er avril 2021	INDICE 17
Soins courants	
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques	
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO et sages-femmes	180% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...	
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
- Praticiens non adhérents pas à l'OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
Médicaments	
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	100% BR
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO : patchs, gommes, pastilles	100% BR
- Vaccin anti-grippe	-
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100% BR
Transports pris en charge par le RO	100% BR
Hospitalisation	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	180% BR
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels
Frais de séjour	200% BR
Chambre particulière avec nuitée	50 € / jour
Forfait accompagnant de l'enfant et de l'adulte	25 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (2)	200 €
Forfait maternité (3)	Jusqu'à 1/3 du PMSS / benef / maternité
Optique	
Equipements 100% santé (4)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (4)	
Equipement : 2 verres simples (dont monture)	ad : 290€ (dont max monture 100€) enf : 420€ (dont max monture 100€)
Equipement : 2 verres complexes (dont monture)	ad : 350€ (dont max monture 100€) enf : 500€ (dont max monture 100€)

Equipement : 2 verres très complexes (dont monture)	ad : 350€ (dont max monture 100€) enf : 500€ (dont max monture 100€)
Equipement : 2 verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	ad : 310€ (dont max monture 100€) enf : 500€ (dont max monture 100€)
Equipement : 2 verres mixtes : 1 simple + 1 très complexe (dont monture)	ad : 310€ (dont max monture 100€) enf : 500€ (dont max monture 100€)
Equipement : 2 verres mixtes : 1 complexe + 1 très complexe (dont monture)	ad : 350€ (dont max monture 100€) enf : 500€ (dont max monture 100€)
Autres équipements optiques	
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)	455% BR + 100 €
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	
Autres prestations optiques 100% santé (5)	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Autres prestations optiques à tarifs libres (5)	100% BR
Dentaire	
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (5)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)	100% BR
Inlay onlay pris en charge par le RO (5)	225% BR
Prothèses prises en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)	210% BR + 12% PMSS / an
Inlay core pris en charge par le RO (6)	210% BR + 12% PMSS / an
Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	300 € / an
Parodontologie	
Implantologie	
Orthodontie prise en charge par le RO	300% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	200 € / an
Aides auditives	
Equipements 100% santé (7)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)	400% BR + 200 € / an
Cures thermales (8)	
Soins, et forfait thermal pris en charge par le RO	100% BR
Transport et hébergement pris en charge par le RO	
Prévention	
Actes de prévention pris en charge par le RO	100% BR
Bien-être (6)	
Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue (9)	35 € par consultation Max. 4 consult / bénéficiaire / an
Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	200 € / an
Assistance et services	
Assistance (cf. notice Assistance)	Oui
Réseau de soins optique	Oui

BR : Base de remboursement; **RO** : Régime Obligatoire; **TM** : Ticket Modérateur; **OPTAM** : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; **OPTAM-CO** : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique; **PEC** : Pris en charge

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentations de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'art. L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Paiement de la prime effectuée à condition que l'inscription de l'enfant en tant qu'ayant droit soit faite dans les 31 jours suivant sa naissance ou adoption. Forfait accordé quel que soit le nombre de naissance. (3) Dépassement d'honoraires et chambre particulière. (4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie. (5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. (6) Forfait par année civile et par bénéficiaire. (7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille. (8) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO. (9) Inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, sage-femme ou un chirurgien dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement.

POUR :

La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles de la Charente-Maritime,

Mme ARVOIRE Marie Paule

Le Syndicat Professionnel des Entrepreneurs de Travaux Agricoles et Forestiers de la Charente-Maritime,

Mme PILET Bernadette

La Fédération Départementale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole,

M. CIMETIERE Philippe

POUR :

Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière FNAF-CGT,

Mme DOURSON Maryse

FGTA Force Ouvrière,

M. LAROCHE Olivier

Le Syndicat Général Agroalimentaire C.F.D.T.,

Mme FETIS Claudette

La Section Interdépartementale du Syndicat national des cadres d'exploitations agricoles C.G.C.,

M. BOUCHET Jean-Paul