

**Accord départemental**  
**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ**  
**POUR LES SALARIÉS NON CADRES**  
**DES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLY-CULTURE,**  
**ÉLEVAGE, VITICULTURE, HORTICULTURE, PÉPINIÈRES,**  
**ENTREPRISES DES TERRITOIRES ET CUMA**  
**(Charente)**  
**(2 juin 2009)**

(Étendu par arrêté du 8 décembre 2009,  
*Journal officiel* du 16 décembre 2009)

AVENANT N° 4 DU 7 SEPTEMBRE 2017  
À L'ACCORD DU 2 JUIN 2009 RELATIF AU RÉGIME  
D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1897021M

Entre :

FNSEA de Charente ;

Syndicat des entrepreneurs des territoires de la Charente,

D'une part, et

SGA CFDT de la Charente ;

SNCEA CFE-CGC ;

UD FO de la Charente ;

UD CFTC de la Charente,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article unique**

*Révision totale de l'accord du 2 juin 2009*

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

Les dispositions des articles 1 à 11 sont abrogées et remplacées en totalité :

« Article 1<sup>er</sup>

*Champ d'application*

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés agricoles relevant du champ d'application du présent accord ci-après défini, non affiliés à l'AGIRC des secteurs des entreprises agricoles de poly-culture, d'élevage, de viticulture, d'horticulture, des pépinières, des entreprises des territoires et des CUMA de Charente relevant des activités suivantes.

## Champ d'application professionnel

Les salariés y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

- les exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient (polyculture, cultures et élevages spécialisés, horticulture, maraîchage, arboriculture, pépinières, viticulture...), ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) ;
- les entreprises des territoires.

## Champ d'application territorial

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l'article 1<sup>er</sup>, effectués dans des entreprises situées sur le territoire de la Charente.

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

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté, franchise...) ;
- de financement minimum de l'employeur ;
- de respect de la transférabilité des droits.

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

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

## Article 2

### *Durée*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## 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 de 2 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

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

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

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 de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

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

#### Article 4

##### *Bénéficiaires*

##### Article 4.1.1

##### *Cas général*

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés sans condition d'ancienneté relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC).

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif du versement santé.

##### Article 4.1.2

##### *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<sup>er</sup> 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 ainsi que pour les salariés en CDI dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 15 heures par semaine et qui n'ont qu'un seul employeur.

## 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 ainsi que les salariés en CDI dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 15 heures par semaine et qui n'ont qu'un seul employeur.

## 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 ;
- d'un contrat de travail à durée indéterminée dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 15 heures par semaine et qui n'ont qu'un seul employeur.

## Conditions

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

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

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

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

## Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit être informé par l'employeur :

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

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours calendaires (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

## Calcul du versement santé

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé, appliquée dans l'entreprise,

majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures 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.

#### Article 4.2

##### *Définition des ayants droit*

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou l'entreprise agricole est institué ou modifié par l'un des actes juridiques mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

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

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

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

#### Article 4.3

##### *Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé*

Par exception aux dispositions de l'article 4.1.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité

sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après :
  - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
  - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
  - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
  - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
  - contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
  - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
  - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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

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

## Article 4.4

### *Niveau des garanties*

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1.1 du présent accord.

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

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires du présent accord ont décidé d'établir un tableau de garanties frais de santé composé :

- d'un niveau minimum obligatoire de garanties ;
- d'une garantie optionnelle qui pourra être :
  - soit mise en place dans l'entreprise à titre obligatoire, dans ce cas cette option aura un caractère obligatoire pour l'ensemble des salariés de l'entreprise ;
  - soit choisie librement par le salarié et dont le montant de l'option sera intégralement à sa charge.

## Article 4.5

### *Contrat "solidaire" et "responsable"*

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

## Article 4.6

### *Portabilité loi Évin (frais de santé)*

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

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



- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

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

## Article 5

### *Financement du dispositif frais de santé*

#### Article 5.1

##### *Montant de la cotisation*

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

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

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;

ou

- de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent accord, 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 :

- pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, 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 et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites 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.



## Article 5.3

### *Mise en œuvre du principe de solidarité*

Les exploitations, entreprises agricoles et CUMA 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 à l'article 5.3.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application du présent accord 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, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise, en CUMA ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le 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 indemnisée*

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

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;

– le congé d’enseignement ou de recherche.

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

### Article 5.3.3

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

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

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

### Article 5.4

#### *Portabilité à titre gratuit*

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

#### Article 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 12 mois.

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

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

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 dans l'exploitation, la CUMA ou l'entreprise agricole.

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 de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour 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 bénéficiaient 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'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 6

##### *Maintien de la couverture*

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, main-

tiendront 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 7

##### *Prestations*

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les garanties du contrat obligatoire sont modifiées suivant le tableau suivant (voir annexe I).

#### Article 8

##### *Information des assurés*

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations, des 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, des CUMA et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

#### Article 9

##### *Commission paritaire de suivi de l'accord*

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs une fois par an, dans le courant du deuxième trimestre afin notamment :

- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime.

#### Article 10

##### *Formalités administratives*

Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du nouveau code du travail.

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

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

Fait à Angoulême, le 7 septembre 2017.

(Suivent les signatures.)



Entre nous, c'est humain

## 2018 : Evolution des Garanties optiques

GARANTIES 2016 et 2017		REGIME OBLIGATOIRE + GARANTIE SOCLE	REGIME OBLIGATOIRE + GARANTIE SOCLE + GARANTIE SURCOMPLEMENTAIRE
<b>OPTIQUE (1)</b>			
Monture		455% BR	60% BR + 100€
2 Verres simples (classe a)		60% BR + 200 €	60% BR + 200€
2 Verres com plexes (classe b)		60% BR + 200 €	60% BR + 500€
2 Verres très com plexes (classe c)		60% BR + 200 €	60% BR + 500€
1 Verre simple (classe a) et un verre com plexe (classe b)		60% BR + 200 €	60% BR + 350€
1 Verre simple (classe a) et un verre très com plexe (classe c)		60% BR + 200 €	60% BR + 350€
1 Verre com plexe (classe b) et un verre très com plexe (classe c)		60% BR + 200 €	60% BR + 500€
Lenilles acceptées ou refusées/an		100% BR + 100€	100% BR + 130€
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)		Néant	50€ par an par bénéficiaire
<b>GARANTIES 2018</b>			
		REGIME OBLIGATOIRE + GARANTIE SOCLE	REGIME OBLIGATOIRE + GARANTIE SOCLE + GARANTIE SURCOMPLEMENTAIRE
<b>OPTIQUE (1)</b>			
Equipement : 2 Verres simple (classe a) - monture		60% BR + 250 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + 250 € + 100 € (monture)
Equipement : 2 Verres com plexes (classe b) - monture		60% BR + 300 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (500 € + 100 € (monture))
Equipement : 2 Verres très com plexes (classe c) - monture		60% BR + 350 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (500 € + 100 € (monture))
Equipement : 1 Verre simple (classe a) et un verre com plexe (classe b) - monture		60% BR + 275 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (350 € + 100 € (monture))
Equipement : 1 Verre simple (classe a) et un verre très com plexe (classe c) - monture		60% BR + 300 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (350 € + 100 € (monture))
Equipement : 1 Verre com plexe (classe b) et un verre très com plexe (classe c) - monture		60% BR + 325 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (500 € + 100 € (monture))
Lenilles acceptées ou refusées/an		100% BR + 100€	100% BR + 150€
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)		Néant	50€ par an par bénéficiaire



## LES GARANTIES 2018

GARANTIES 2018	REGIME OBLIGATOIRE + GARANTIE SOCLE	REGIME OBLIGATOIRE + GARANTIE SOCLE + GARANTIE SURCOMPLEMENTAIRE
<b>FRAIS MEDICAUX- SOINS COURANTS</b>		
Consultations, Visites, Médecins ou Spécialistes CAS	100% BR	200% BR
Consultations, Visites, Médecins ou Spécialistes Non CAS	100% BR	180% BR
Actes techniques CAS	100% BR	200% BR
Actes techniques non CAS	100% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux, Soins Infirmiers	100% BR	150% BR
Massages, Pédicures, Orthophonistes	100% BR	150% BR
Orthoptistes, Sages Femmes	100% BR	150% BR
Analyses, Examens de Laboratoire	100% BR	120% BR
Radiographie, Electro-Radiologie CAS	100% BR	200% BR
Radiographie, Electro-Radiologie Non CAS	100% BR	180% BR
Actes de Prévention responsables	100% BR	200% BR
<b>PHARMACIE</b>		
Pharmacie : service médical rendu majeur / modéré / faible	100%	100%
<b>OPTIQUE (1)</b>		
Equipement : 2 Verres simples (classe a) - monture	60% BR + 250 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (250€ + 100 € monture)
Equipement : 2 Verres complexes (classe b) - monture	60% BR + 300 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (500€ + 100 € monture)
Equipements : 2 Verres très complexes (classe c) - monture	60% BR + 350 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (500€ + 100 € monture)
Equipement: 1 Verre simple (classe a) et un verre complexe (classe b) - monture	60% BR + 275 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (350€ + 100 € monture)
Equipements : 1 Verre simple (classe a) et un verre très complexe (classe c) -monture	60% BR + 300 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (350€ + 100 € monture)
Equipement : 1 Verre complexe (classe b) et un verre très complexe (classe c) - monture	60% BR + 325 € (dont monture maxi 50 €)	60% BR + (500€ + 100 € monture)
Lentilles acceptées ou refusées/ an	100% BR + 100€	100% BR + 150€
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	Néant	50€ par an par bénéficiaire



Entre nous, c'est humain

## LES GARANTIES 2018

	210% BR + un crédit de 300€ par an	250% BR + un crédit de 360€ par an
<b>DENTAIRE</b>		
Prothèses acceptées	Néant	150€ par an
Prothèses dentaires refusées par le régime sécurité sociale (y compris implantologie)		
Frais de Soins	100% BR	100% BR
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	125% BR	200% BR
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire	Néant	100€ par an par bénéficiaire
Inlays cores (acceptés par le Régime de base)	125% BR	125% BR
Inlays et Onlays (acceptés par le Régime de base)	100% BR	200% BR
Parodontologie	Néant	80 €/an
<b>APPAREILLAGE</b>		
Fournitures médicales, pansements,	100% BR	100% BR
Autres prothèses et petit appareillage	100% BR	150% BR
Gros appareillage	100% BR	200% BR
Prothèses auditives	100% BR	400% BR + 200€ par an
<b>HOSPITALISATION (SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON)</b>		
Frais de Soins et Séjour	100% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires CAS	155% BR	155% BR
Dépassements d'honoraires Non CAS	100% BR	100% BR
Chambre particulière : hospitalisation, maternité, psychiatrie	25€ par jour	75€ par jour illimité - 45 jours par an en Psy
Forfait hospitalier	100% FR dès le 1er jour	100% FR dès le 1er jour
Lit accompagnant (dans le cas d'une hospitalisation d'un enfant de -16 ans)	Néant	25€ par jour sans limite
<b>MATERNITE (SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON) (2)</b>		
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	Jusqu'à un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité	Jusqu'à un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité
Frais de soins et séjour	100% BR	100% BR





Entre nous, c'est humain

## LES GARANTIES 2018

<b>DIVERS</b>			
Transport pris en charge par le Régime Obligatoire	100% BR		100% BR
<b>CURES THERMALES</b>			
Honoraires médicaux	Néant		100% BR
Traitement thermal	Néant		100% BR
Forfait Transport / Hébergement	Néant		6% du PMSS par an
<b>AUTRES</b>			
Forfait Ostéodensitométrie non prise en charge par le régime obligatoire	Néant		50€ par an par bénéficiaire
Médecine douce : Ostéopathie - Chiropraxie - acupuncture	Néant		15 € la séance 4 séances/an/bénéficiaire
Sevrage tabagique	50€ par an par bénéficiaire		100€ par an par bénéficiaire
Forfait Vaccin Antigrippal prescrit médicalement	Néant		OUI
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	Néant		20€ par an par bénéficiaire
<b>Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base</b>	Néant		20€ par an par bénéficiaire
Actes de prévention (3)	100% BR		100% BR
<b>MUTUALIA ASSISTANCE 24H/24 ET 7J/7</b>	OUI		OUI

Légende :

BR : Base de Remboursement TM ; Ticket Modérateur

CAS : Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins.

"Légende poste Optique (1) : Prise en charge d'un équipement (monture+2verres) tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles (forfait annuel) : Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries « . Le Ticket Modérateur est inclus dans les forfaits.

Légende poste Maternité (2) : Dans la limite des frais réellement engagés

Légende poste Actes de prévention (3) : Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

**Pas d'évolution du taux des cotisations, uniquement l'indexation du PMSS**

TARIFS MENSUELS TTC AU 01.01.2018		
Montant mensuel des cotisations à titre Obligatoire -Contrat Socle	Taux indexé sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale* N-1	Montant mensuel TTC en Euros
SALARIE	1,0730%	35,08 €
Montant mensuel des cotisations à titre Facultatif -Contrat Socle		Montant mensuel TTC en Euros
SALARIE	1,0730%	35,08 €
CONJOINT	1,0730%	35,08 €
ENFANT (gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant )	0,8108%	26,51 €
Montant mensuel des cotisations de la Surcomplémentaire (à ajouter à la cotisation socle)	Taux indexé sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale* N-1	Montant mensuel TTC en Euros**
SALARIE	0,4571%	14,94 €
CONJOINT	0,4571%	14,94 €
ENFANT (gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> )	0,2859%	9,35 €

\*PMSS N-1 (PMSS 2017) : 3269 €

\*\* Les cotisations de la Surcomplémentaire sont à la charge exclusive du salarié.