

Avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l'Accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de prévoyance

Avenant relatif au dispositif conventionnel national de prévoyance et de frais de santé des salariés non cadres en Agriculture

Entre :

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ci-après :

- La Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FNSEA)
- La Fédération Nationale des Entrepreneurs des Territoires (FNEDT)
- La Fédération Nationale du Bois (FNB)
- Les Forestiers Privés de France (FPF)
- La Fédération Nationale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (FNCUMA)
- L'Union Syndicale des Rouisseurs Teilleurs de Lin de France (USRTL)

D'une part,

Et

- La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT
- La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes FO
- La Fédération CFTC de l'Agriculture
- Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE/CGC

D'autre part,

SUITE A NEGOCIATION ET ACCORD DES PARTIES, IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

*JV R-DB CL
JN DP JA
 EP*

PREAMBULE

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles, précurseurs dans leur volonté de couvrir les salariés non cadres – des secteurs d'activité relevant du champ d'application du présent avenant – contre les risques frais de santé et prévoyance, ont mis en place depuis le 10 juin 2008 un accord national portant sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Cet accord créait un niveau minimal de garanties harmonisé sur l'ensemble du territoire et organisait également la co-désignation des assureurs et gestionnaires du régime.

Conscients des vertus du dialogue social quel que soit le niveau considéré (négociation d'accords au niveau : national dans un secteur professionnel plus réduit, régional, inter-régional, départemental, inter-départemental et d'entreprise), il a importé aux négociateurs nationaux de permettre aux autres organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles de déroger à ce régime de prévoyance national, par la conclusion d'accords collectifs d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint offrant un régime supérieur aux garanties minimales obligatoires et dans les conditions prévues par l'Accord du 10 juin 2008.

Toutefois, compte tenu :

- De la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la *Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi* ;
- De la fin des clauses de désignation et de migrations suite à la *décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013*, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- De la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité (c.f. *CJUE, 3 mars 2011, AG2R c./ Beaudout, aff. C-437/2009*) et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;
- De l'exigence de prendre en compte, en termes d'équilibre du dispositif, depuis le 1^{er} juin 2015, la portabilité à titre gratuit en matière de prévoyance ;
- De l'obligation de respecter la couverture minimale de garanties dite « panier de soins ANI », telle que définie par le *Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale* ;
- De la nécessité de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de 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 ;

PO DB CL
DP
JP
EP

De nouvelles négociations ont été engagées au niveau des secteurs professionnels en Agriculture, afin d'adapter et de réviser, aux nouvelles obligations légales et réglementaires, l'Accord national du 10 juin 2008 et d'assurer une parfaite sécurité juridique au nouveau système de protection sociale complémentaire des salariés non cadres (ci-après dénommé « dispositif » frais de santé et prévoyance).

Considérant les éléments qui précèdent – et la nécessité, pour les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles, d'assurer la pérennité du régime mis en place par accord de 2008 – le présent avenant organise l'architecture de la couverture conventionnelle en matière de protection sociale complémentaire des salariés non cadres dans les secteurs de la production agricole.

Cela se traduit par une meilleure répartition des garanties santé et prévoyance entre le niveau national et les autres niveaux d'un champ professionnel et territorial plus restreint avec : un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives, ainsi qu'un dispositif prévoyance national définissant, également, des garanties minimales obligatoires.

En outre, compte tenu de la diversité des accords de protection sociale complémentaire actuellement applicables en Agriculture en raison notamment d'une décentralisation du dialogue social s'expliquant par un lien très fort entre activité agricole et territoire, les signataires du présent avenant ont souhaité permettre aux négociateurs locaux – quel que soit le niveau où s'exercera leurs prérogatives (national, régional, départemental...) – de mettre en place au sein de leur accord des garanties à adhésion obligatoire correspondant aux options déterminées nationalement.

Ainsi, il s'agit, pour le dispositif frais de santé du présent avenant, d'options nationales qui pourront être souscrites facultativement par les salariés ou mises en place obligatoirement par accord collectif (quel que soit le champ d'application considéré en Agriculture), décision unilatérale de l'employeur ou référendum.

Pour le dispositif prévoyance, des garanties optionnelles sont prévus par le présent avenant afin de permettre aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs, des différents secteurs agricoles au niveau territorial considéré, de renégocier leur accord en adaptant leurs garanties aux options déterminées nationalement. Néanmoins, ces options ne sauraient ouvrir un droit à adhésion facultative aux salariés, mais permettrons aux acteurs du dialogue social de constituer leur système de garanties collectives obligatoires, s'ils décident de l'établir à un niveau supérieur au socle minimum du présent avenant. En outre, ces options pourront également être souscrites par l'exploitation ou l'entreprise agricole.

L'objectif des signataires est, en considérant la pluralité des accords applicables en Agriculture, d'harmoniser sur l'ensemble du territoire national la diversité des niveaux de couverture dont bénéficient les salariés au moyen d'options définies nationalement. Cette démarche s'insère

Handwritten initials: *JP*, *DB*, *CL*

dans le cadre des futures négociations en matière de protection sociale complémentaire impulsées par la présente et les réformes impactant les régimes.

ARTICLE 1 Révision totale de l'Accord national du 10 juin 2008

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 jusqu'à 6.7 ainsi que les Annexes I et II du présent avenant, abrogent et remplacent en totalité les termes de l'Accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de prévoyance (et ses trois (3) avenants), tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'Accord du 10 juin 2008.

« ARTICLE 1 Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et les Collectivités d'Outre-Mer (DROM - COM), aux salariés non cadres (ci-après dénommés « les salariés ») visés à l'article 4.1 et 5.1 du présent accord – au titre respectivement des garanties collectives frais de santé et prévoyance – aux coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi qu'aux exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions, ci-après, de l'article L. 722-1 du Code rural et de la pêche maritime :

- 1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) ;
- 2° (à l'exception des entreprises du paysage) ;
- 3° (à l'exception de l'Office national des forêts) et ;
- 4° (à l'exception des établissements de conchyliculture).

Les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci après dénommés « les employeurs ») appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties collectives frais de santé et prévoyance¹ instituées par le 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 celles du dispositif frais de santé et prévoyance ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- De garanties minimales obligatoires ;

¹ Les garanties minimales obligatoires, au titre du présent accord, sont dénommées : « Socle national minimum obligatoire » pour les frais de santé et pour la prévoyance.

- 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 et/ou de prévoyance ; elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, 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 et prévoyance 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^{er} janvier 2016.

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 (3) mois.

ARTICLE 4 Dispositif frais de santé

Article 4.1 Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la Convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins trois (3) mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

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.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert trois (3) mois d'ancienneté.

Toutefois :

- Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord ;
- L'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole ;

Pourront, 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

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 (notamment les accords collectifs d'un champ

d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord), met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié ; les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- Le **conjoint** : personne liée au bénéficiaire² 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 - (article 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 ;
- Les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;

² Le bénéficiaire tel que défini à l'article 4.1 du présent accord.

- 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 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale³ 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 douze (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 douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- Les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir *Arrêté du 26 mars 2012* relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :

³ Le Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu'il a été modifié, en dernier, lieu par Décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la Circulaire N° DSS.SD5B.2013.344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la Lettre Circulaire questions/réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la Lettre Circulaire ACOSS du 12 août 2015.

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

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

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

Article 4.4 Niveau des garanties du dispositif frais de santé

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 II comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général et local 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 dénommé : « Socle national minimum obligatoire » ;

Handwritten initials: DB, CL, BT

- De niveaux de garanties supérieurs au précédent, sous la forme de trois (3) options facultatives dénommées : « Options nationales facultatives ».

Cette structuration des niveaux de garanties a pour objectif d'organiser sur l'ensemble du territoire national une harmonisation des différentes couvertures frais de santé des salariés, compte tenu des négociations collectives en Agriculture et des accords collectifs applicables en conséquence. Elle permettra également d'anticiper la diversité des besoins des salariés, tant sur le plan du montant des remboursements de leurs frais médicaux que de la variété des garanties qui leur sera proposée.

Ainsi, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ainsi que les employeurs auront la possibilité de mettre en place, s'ils le souhaitent, à titre obligatoire l'une des garanties optionnelles facultatives du présent dispositif frais de santé, permettant ainsi d'améliorer les prestations des garanties collectives du socle minimum obligatoire applicables aux salariés.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles des secteurs d'activité définie à l'article L. 722-1, 3° du Code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts) et et des entreprises relevant de la Convention Collective du rouissage teillage du lin, pourront mettre en place, par la conclusion d'accords collectifs, des options différentes de celles prévues au présent article.

En tout état de cause, la couverture frais de santé dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties du « Socle national minimum obligatoire », conformément aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1.

La nature et le montant des prestations de la couverture socle et optionnelle sont détaillés dans les tableaux en Annexe I du présent accord.

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 à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Article 4.6 Bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-1, 5° du Code de la Sécurité sociale et du 6° du I.-A de l'article 1^{er} de la Loi relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord – ainsi que la cotisation qui la finance –, des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du Code rural et de la pêche maritime, sont adaptées compte tenu du niveau des garanties assuré par ce régime local.

ARTICLE 4.7 Portabilité Loi Evin (frais de santé)

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de 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 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 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 6.5 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, 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 bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

CO DB
CL

ARTICLE 5 Dispositif prévoyance

Article 5.1 Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties prévoyance, s'appliquent à tous les salariés relevant de la Convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins six (6) mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif prévoyance :

- 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.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert six (6) mois d'ancienneté.

Article 5.2 Définition des ayants droit

Pour l'application des dispositions du présent dispositif prévoyance, il faut entendre par ayants droit :

- Le **conjoint** : personne liée au bénéficiaire⁴ 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 ;

⁴ Le bénéficiaire tel que défini à l'article 5.1 du présent accord.

- 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 - (article 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 ;

- 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.

Article 5.3 Assiette de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime, dans la limite de quatre (4) fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale (tranches A et B).

Article 5.4 Assiette de calcul des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime, dans la limite de quatre (4) fois le montant du plafond de la Sécurité sociale (tranche A et B) déclarées soit au cours des douze (12) mois précédant l'évènement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la Sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul de ses prestations.

PO JB CV

Lorsque la période de référence des douze (12) derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué au prorata temporis.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO⁵ intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité - temporaire ou permanente - professionnelle), l'invalidité et le décès.

Si une période d'incapacité temporaire (professionnelle ou non) a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité.

Article 5.5 Niveau des garanties du dispositif prévoyance

Le « Socle national minimum obligatoire » de la couverture prévoyance, au titre du présent accord, comporte les garanties décrites aux articles 5.5 ci-après.

Toutefois, dans l'objectif d'apporter aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs, des différents secteurs agricoles au niveau territorial considéré, les outils leur permettant de renégocier leur accord en prévoyance, des options au Socle national minimum obligatoire ont été déterminées nationalement. Ces options ne constituent nullement un droit à adhésion facultative aux salariés, mais permettront aux acteurs du dialogue social (ou aux employeurs) de constituer leur système de garanties collectives obligatoires, s'ils décident de l'établir à un niveau supérieur au socle national.

En tout état de cause, la couverture prévoyance dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties du « Socle national minimum obligatoire », conformément aux modalités décrites aux alinéas 4 et 5 de l'article 1.

La nature et le montant des prestations sont récapitulés dans le tableau en Annexe II du présent accord pour le Socle national minimum obligatoire et celui en Annexe III pour les options nationales.

Par ailleurs, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles des secteurs d'activité définie à l'article L. 722-1, 3° du Code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts) et des entreprises relevant de la Convention Collective du rouissage teillage du lin, pourront mettre en place, par la conclusion d'accords collectifs, des options différentes de celles prévues en Annexe III.

⁵ ARRCO : Association des Régimes de Retraites Complémentaires.

Article 5.5.1 Garanties en cas de décès

En cas de décès toutes causes ou accidentel du salarié, il est versé un capital dont le montant est égal à 100 % du salaire annuel de référence, au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaires, à ses ayants droit ou à défaut ses héritiers conformément à la législation et la réglementation applicable.

Par ailleurs, en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)⁶, le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

Article 5.5.2 Garanties en cas d'Incapacité Temporaire de Travail (ITT)

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elles sont égales à 15 % du salaire journalier de référence.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation prévues en application des dispositions légales ou conventionnelles (si ces dernières sont plus favorables aux obligations légales) relatives à la mensualisation. La mensualisation légale est applicable au titre des dispositions de l'article L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du Code du travail⁷.

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les douze (12) mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du 1^{er} jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 8^e jour d'arrêt de travail, dans tous les autres cas.

Le salarié ayant six (6) mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

⁶ La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est nommée aussi IAD (Invalidité Absolue et Définitive), cela correspond à une Invalidité de 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou une Incapacité Permanente Professionnelle consécutive à un AT/ MP au taux de 66,66%.

⁷ Conformément à l'Accord National Interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la Loi n° 88-1202 du 30 décembre 1988, modifié par la Loi n° 2008-596 du 25 juin 2008.

- à compter du 61^e jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 71^e jour d'absence, dans tous les autres cas.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur est maintenue tant que les indemnités journalières sont servies par la Sécurité sociale. Elle cesse à la date du décès du salarié et, au plus tard, au 1095^e jour d'arrêt de travail.

Article 5.5.3 Garanties en cas d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)

La prestation susceptible d'être servie pour une incapacité permanente de travail est une rente mensuelle versée en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles. Elle est égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

L'attribution de la rente complémentaire est conditionnée au versement par la Sécurité sociale d'une rente accident du travail pour incapacité permanente d'origine professionnelle, entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. L'attribution de la rente complémentaire cesse si le taux d'incapacité devient inférieur à 66,66 %.

La prestation IPP est servie tant que la rente d'incapacité de la Sécurité sociale est versée au salarié. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base et, au plus tard, à la date à laquelle il peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein.

Article 5.5.4 Garanties en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie

Les salariés bénéficient d'une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée), en complément de celle versée par la Sécurité sociale (telle que définie à l'article L. 341-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale), égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

Le versement de la prestation cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base.

Article 5.6 Règle de cumul des prestations prévoyance

En aucun cas, les prestations versées en application du présent accord ne pourront, en s'ajoutant : aux prestations en espèces de même nature servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme assureur, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage ; permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Si tel était le cas, les prestations versées en application du présent accord seraient réduites à due concurrence du dépassement constaté.

Article 5.7 Exclusions des garanties prévoyance

Sont garantis en application du dispositif prévoyance du présent accord tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

- De la guerre civile ou étrangère ;
- Du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du dispositif prévoyance (incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité) ne dispose pas de clauses d'exclusion.

Article 5.8 Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord seront revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat collectif d'assurance, auprès duquel l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole à décider de s'assurer, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 6.6 du présent accord, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé au minimum en fonction de la valeur du point ARRCO.

Article 5.9 Reprise du passif des garanties prévoyance

Conformément à l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur par l'employeur, les prestations en cours de service à la date de ce changement continueront à être revalorisées selon les modalités prévues à l'article 5.8 ci-avant.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur devra organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

ARTICLE 6 Dispositions communes au dispositif frais de santé et prévoyance

Article 6.1 Financement du dispositif frais de santé et prévoyance

Article 6.1.1 Dispositif Frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du « Socle national minimum obligatoire » 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 ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du « Socle national minimum obligatoire », 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 « Socle national minimum obligatoire » (garanties supérieures, identiques ou non, aux options nationales facultatives stipulées au présent accord).

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

Article 6.1.2 Dispositif Prévoyance

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties collectives complémentaires prévoyance du Socle national minimum obligatoire, 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.

Par dérogation à ce qui précède, les salariés prennent à leur charge la totalité de la cotisation due au titre de la garantie invalidité de 2^e et 3^e catégorie de la Sécurité sociale (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) mise en place en application du présent accord.

Par ailleurs, la part salariale susmentionnée au 1^{er} alinéa est affectée au financement exclusif de la garantie en cas d'Incapacité Temporaire de Travail (ITT) définie à l'article 5.5.2 du présent accord, en raison du principe selon lequel les indemnités journalières complémentaires versées

au salarié directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur demeurent – en application des articles L. 136-2, I, L. 242-1 et R. 242-1 du Code de la Sécurité sociale – soumis aux cotisations de la Sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS, au prorata du financement patronal⁸.

Pour rappel, l'employeur financera l'intégralité du coût du maintien de salaire prévu en application des dispositions légales (article L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du Code du travail) ou conventionnelles (si ces dernières sont plus favorables aux obligations légales).

En tout état de cause, si les options détaillées en Annexe III du présent accord sont mises en place obligatoirement au sein notamment d'un accord collectif, la répartition du financement de ces garanties entre l'employeur et le salarié est laissée à la discrétion des signataires dudit accord ou de l'employeur.

Article 6.2 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 6.3 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 6.3 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

⁸ Conformément aux dispositions du n° 1.3 de la Circulaire Acoiss, 2007-30 du 8 février 2007,

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 6.3.1 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 notamment comprendre :

- 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 ;
- 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 d'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 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 6.3.2 et 6.3.3.

Article 6.3.2 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 6.3.3 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 et prévoyance 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, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur.

Article 6.5 Portabilité à titre gratuit (frais de santé et prévoyance)

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 et prévoyance, 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 6.5.1 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) ;

Handwritten signatures and initials: TU, DPJN, 21/34, F, P, CL, DB, JN.

- 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 et prévoyance prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 6.5.2 Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation 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. Toutefois, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités, au titre de l'arrêt de travail, d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au cours de la même période.

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 6.5.3 Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en oeuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues aux présents articles 6.5, 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 6.5.4 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 6.6 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 prévoyance 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.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 7-1 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 prévoyance du présent accord, est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité, telle que définie dans le présent accord.

Article 6.7 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 ou prévoyance auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 6.8 Information des assurés

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

Article 7 Commission Paritaire de suivi de l'Accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif 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 instituent une « Commission paritaire de suivi de l'Accord ».

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la Commission Paritaire nationale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Elle est composée de deux (2) représentants et d'un (1) suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux (2) réunions par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et à toutes formalités résultant des travaux de ladite commissions.

La Commission Paritaire de suivi de l'Accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.»

ARTICLE 2 Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant 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^{er} janvier 2016.

ARTICLE 3 Dépôt et publicité

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du Code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

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

Fait à Paris, le 15 septembre 2015.

Pour les organisations professionnelles d'employeurs :

La Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FNSEA)

Représentée par : *VOLLE JÉRÔME*


Signature :



Fédération Nationale des Entrepreneurs des Territoires (FNEDT)

Représentée par : *DUMONT Paul*

Signature :



La Fédération Nationale du Bois (FNB)

Représentée par :

Signature :

Forestiers Privés de France (FFP)

Représentée par :

Signature :

La Fédération Nationale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (FNCUMA)

Représentée par :

Signature :

L'Union Syndicale des Rouisseurs Teilleurs de Lin de France (USRTL)

Représentée par : *BONTE David*

Signature :



Pour les organisations syndicales de salariés :

La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT

Représentée par : ERIC POMMAOËOT

Signature :



La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT

Représentée par : NETO Johnny

Signature :



La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes FO

Représentée par : DREVON Patricia

Signature :



La Fédération CFTC de l'Agriculture

Représentée par : Piene JARDON

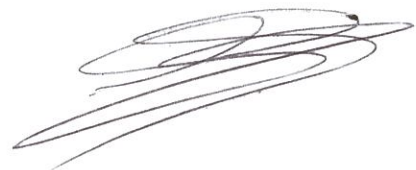
Signature :



Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE/CGC

Représenté par : Dominique LEFEUVRE

Signature :



PO DB CC

Annexe I – Dispositif Frais de santé

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale

	OPTIONS NATIONALES FACULTATIVES		
	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3
SOINS COURANTS			
	SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE		
Généraliste / Spécialiste	100 % BR	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
Acte Technique	100 % BR	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
Radiologie (radio, scanner, IRM...)	100 % BR	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)
Sages-femmes	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaire médical	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyse médicale	100 % BR	180 % BR	180 % BR
Médecine douce (ostéo, acu, chiro)	Néant	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	Néant	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie	SMR majeur	100 % BR	100 % BR
	SMR modéré	100 % BR	100 % BR
	SMR faible	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	Néant	20 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	Néant	20 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

CAS : Convention d'Accès aux Soins

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) 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

JV
JN
DP
EP

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale

SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE

OPTIONS NATIONALES FACULTATIVES

Option n° 1

Option n° 2

Option n° 3

HOSPITALISATION (CONVENTIONNE OU NON)

	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3			
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Honoraire médical et chirurgical	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Dépassements d'honoraires	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 250 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 250 % BR (CAS)			
Forfait Journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Forfait de 18 € sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	25 € / jour	25 € / jour			
				Maternité	25 € / jour	25 € / jour
				Psychiatrie	Néant	Néant
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 60 jours maximum / an puis 25 € par jour			
Maternité ⁽²⁾	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour			
Frais de transport	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour (45 jours) / an			
Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum / an puis 30 € par jour			
	1/3 PMSS ⁽²⁾	40 % PMSS ⁽²⁾	40 % PMSS ⁽²⁾			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire			

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

JV
 J
 P
 CL
 DS
 EP

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale

	OPTIONS NATIONALES FACULTATIVES		
	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3
SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE			
DENTAIRE			
Soins Dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	100 % BR	225 % BR	250 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	125 % BR	125 % BR	690 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base)	210 % BR + 360 € / an	210 % BR + 450 € / an	+ 400 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y/c implantologie pour les options 1, 2 et 3]	Néant	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)	Néant	90 € / an	100 € / an
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	125 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	Néant	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire

Légende :

BR : Base de Remboursement

JU
 JU
 DP
 CB
 CL
 EP

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale

OPTIQUE	SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE			OPTIONS NATIONALES FACULTATIVES		
	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3			
Fréquence de prise en charge	Tous les 2 ans ⁽¹⁾	Tous les 2 ans ⁽¹⁾	Tous les 2 ans ⁽¹⁾			
Monture seule	455 € BR	60 % BR + 150 €	60 % BR + 150 €			
2 verres simples classe (a)	200 €	60 % BR + 300 € ^(d)	60 % BR + 300 € ^(d)			
2 verres complexes classe (b)	200 €	60 % BR + 500 € ^(d)	60 % BR + 600 € ^(d)			
2 verres très complexes classe (c)	200 €	60 % BR + 500 € ^(d)	60 % BR + 600 € ^(d)			
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b)	200 €	60 % BR + 350 € ^(d)	60 % BR + 450 € ^(d)			
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c)	200 €	60 % BR + 350 € ^(d)	60 % BR + 450 € ^(d)			
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)	200 €	60 % BR + 500 € ^(d)	60 % BR + 600 € ^(d)			
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €			
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	Neant	Neant	300 €			

Légende :

BR : Base de Remboursement

(1) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

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

(d) Y compris forfait monture

JU
 JU
 DP
 EC
 EP

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale

	OPTIONS NATIONALES FACULTATIVES		
	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3
SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE			
PROTHESE HORS DENTAIRE			
Prothèse auditive	100 % BR	400 % BR + 200 € / an	400 % BR + 200 € / an
Autres prothèses et petit appareillage	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Gros appareillage	100 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
Fourniture médicale et pansement	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

JZ
JN
DP
EP
CB
PB

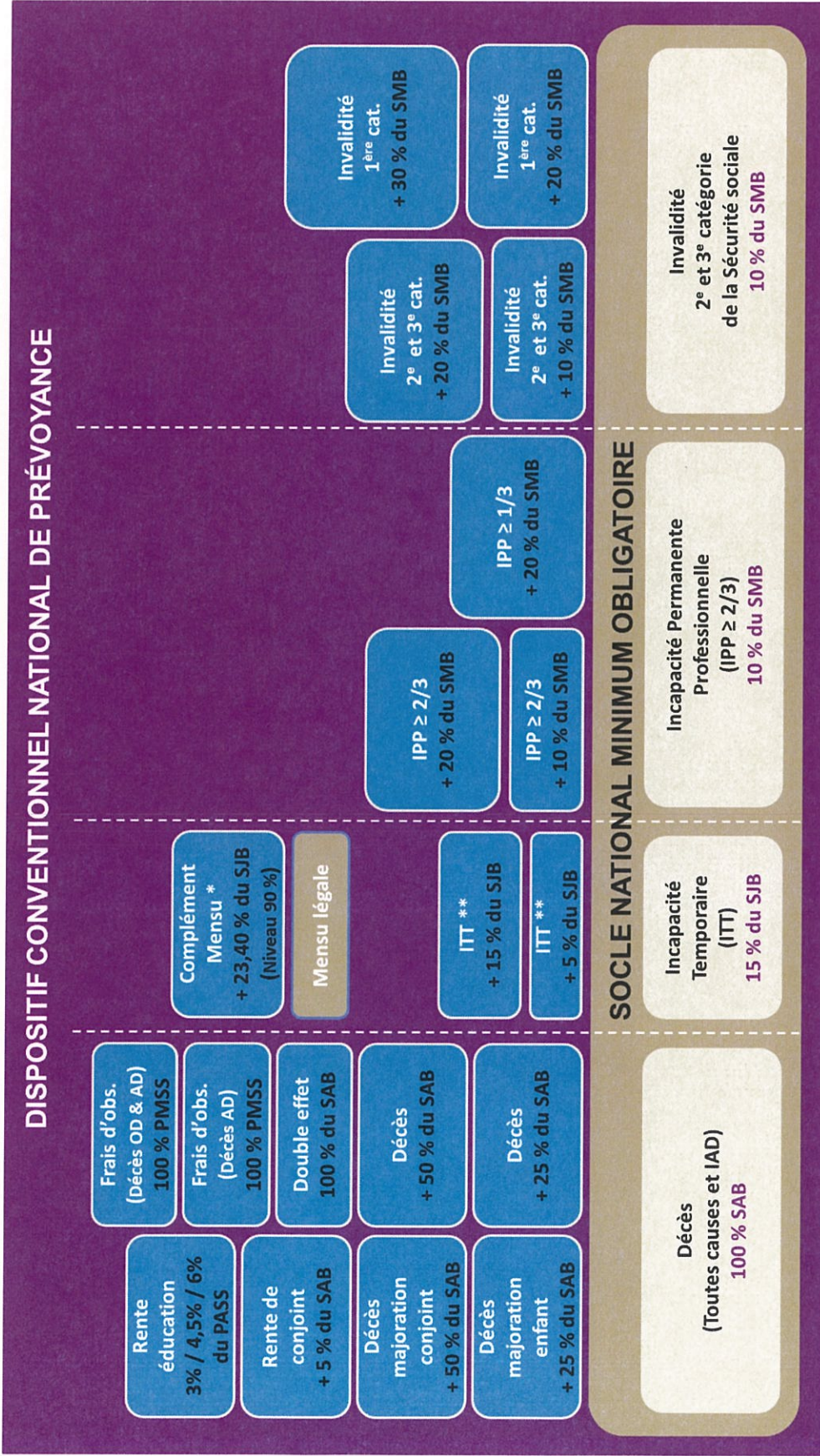
Annexe II – Socle National Minimum Obligatoire du Dispositif Prévoyance

SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE		
DECES	DECES (toutes causes et accidentel)	
	Capital Décès	100 % du salaire annuel brut TA + TB ⁹
ARRETS DE TRAVAIL	INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)	
	Prestation	15 % du salaire journalier brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la Sécurité sociale)
	Franchises	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 mois – 1 an d'ancienneté : <ul style="list-style-type: none"> ○ Au 61^e jour d'absence pour AT / MP¹⁰ (hors accident de trajet) ○ Au 71^e jour dans tous les autres cas ▪ 1 an d'ancienneté : <ul style="list-style-type: none"> ○ En relais de la mensualisation (donc à compter de la fin de la 2^e période d'indemnisation due au titre de la mensualisation, c'est-à-dire au 68^e jour pour une ancienneté de 1 à 6 ans...) ▪ Lors d'un nouvel arrêt, si le salarié a épuisé ses droits au titre de la mensualisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dès le 1^{er} jour d'absence pour AT / MP (hors accident de trajet) ○ Au 8^e jour dans tous les autres cas
	INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	
Garantie si taux IPP ≥ à 66,66%	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la Sécurité sociale)	
ARRETS DE TRAVAIL	INVALIDITE (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée)	
	2 ^e / 3 ^e catégorie de la Sécurité sociale	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la Sécurité sociale)

⁹ La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisation limitée au plafond de la Sécurité sociale. Ce plafond est de 3 170 € pour 2015 (Il est revalorisé chaque année). La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisation, déduction faite de la tranche A, et limitée à 3 plafonds de la Sécurité sociale.

¹⁰ Accident du Travail (AT) et Maladie Professionnelle (MP).

Annexe III – Options nationales du Dispositif Prévoyance



Options nationales (fond bleu) pouvant être mises en place obligatoirement au niveau :

- D'un secteur professionnel agricole et territorial plus restreint ;
- Des exploitations et entreprises agricoles.

Légende :

- SAB : Salaire Annuel Brut de référence.
- SMB : Salaire Mensuel Brut de référence.
- SJB : Salaire Journalier Brut de référence.
- ITT : Incapacité Temporaire de Travail.
- IPP : Incapacité Permanente Professionnelle.
- PASS / PMSS : Plafond Annuel / Mensuel de la Sécurité Sociale.
- OD : Ouvrant Droit.
- AD : Avant Droit.

- IAD : Invalidité Absolue et Définitive.
- Frais d'obs : Frais d'obsèques.
- Double effet : capital complémentaire au capital décès, versé aux enfants à charge si le conjoint décède au cours de l'année suivant le décès de l'assuré.
- Mensu : Mensualisation (maintien de salaire financé à 100 % par l'employeur).
- * Le « complément mensualisation » vient compléter la deuxième période d'indemnisation à 66,66 % de la mensualisation.
- ** L'ITT à + 5 % ou à + 15 % est une ITT qui intervient en relais des obligations de mensualisation, donc à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation dues au titre de la mensualisation.