

Avenant n°3 du 16 octobre 2015
à l'accord du 22 juin 2009
sur une protection sociale complémentaire en santé

Codes IDCC : 9851, 9852, 9853, 8535

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

D'une part,

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FDSEA) de la Vendée,
- L'Union des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (CUMA) des Pays de la Loire,
- Le Syndicat des Horticulteurs et Pépiniéristes de la Vendée,

D'autre part,

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

Sont convenus de ce qui suit.

BG

BP

LD

DD

HH

MAD

Préambule

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ci-dessus désignées ont mis en place depuis le 22 juin 2009 un accord départemental portant sur une protection sociale complémentaire en agriculture, en application des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008.

Toutefois, compte-tenu de nouvelles dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur, de nouvelles négociations ont été engagées entre les partenaires sociaux afin d'adapter et de réviser l'accord départemental du 22 juin 2009.

Il est ici précisé que les garanties de prévoyance lourde sont acquises aux salariés en vertu de l'accord collectif de prévoyance du 9 septembre 1999. La protection sociale complémentaire des salariés visés résulte de la combinaison de l'ensemble des dispositions des deux accords.

Article 1^{er} - Modification de l'article 3 de l'accord du 22 juin 2009

L'article 3 de l'accord du 22 juin 2009 est ainsi rédigé :

« Article 3 - Salariés bénéficiaires

§ 1 - Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant trois mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord ;

à l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissants de la Convention Collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les trois mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins trois mois. »

VP DD
2 HH
BG BV MHD

§ 2 – Dispense d'adhésion

Par exception aux dispositions de l'article 3 §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 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 :
 - o 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),
 - o Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
 - o 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,
 - o 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,
 - o Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin »,

BG

BD

UP

DD
HH
3
NHD

- 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.

La demande de ne pas cotiser doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du 1er mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté prévue au § 1 du présent article.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

§ 3 – 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 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.

§ 4 – Portabilité Loi Evin

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 au §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 1er 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.

DD
 VD HH
 4
 BG BH NHD

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.

§ 5 – 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 :

a) Durée – limites

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

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

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

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

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

b) 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.

Handwritten notes and initials at the bottom right of the page:

- DD
- HH
- 5
- MAD
- BP
- BG

c) Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent §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 2 – Modification de l'article 4 de l'accord du 22 juin 2009

L'article 4 de l'accord du 22 juin 2009 est ainsi rédigé :

Le salarié justifiant de l'ancienneté prévue à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature des prestations est présentée dans le tableau figurant à l'article 5.

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base dont relève l'assuré au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visées à l'article 5.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité.

Article 3 – Abrogation des annexes

Les annexes à l'accord collectif du 22 juin 2009 sont abrogées à compter du 1^{er} janvier 2016.

BG UP DD
6 HH
MHD

Article 4 – Abrogation des dispositions des articles 6, 7, 10 et 11 de l'accord du 22 juin 2009

Les dispositions des articles 6, 7, 10 et 11 de l'accord du 22 juin 2009 sont abrogées à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 5 – Modification de l'article 8 de l'accord du 22 juin 2009

L'article 8 de l'accord du 22 juin 2009 est ainsi rédigé :

Antériorité des régimes d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 5 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties.

Article 6 – Modification de l'article 9 de l'accord du 22 juin 2009

L'article 9 de l'accord du 22 juin 2009 est ainsi rédigé :

§ 1 – Répartition de la cotisation

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties définies à l'article 5 – au titre du seul salarié – est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50% à la charge de l'employeur,
- 50% à la charge du salarié

§ 2 – Suspension du contrat de travail

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

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

Article 7 – Modification de l'article 5 de l'accord du 22 juin 2009

L'article 5 relatif aux prestations est ainsi rédigé :

BG
BD
7
HH
MAD

La nature et le montant des prestations sont :

| Garanties Contrat Complémentaire Santé obligatoire pour les salariés de la production agricole de Vendée | Régime Obligatoire | Socle |
|--|---|--|
| | en % de la Base de Remboursement (BR) y compris la part du régime obligatoire | |
| <p><i>Les taux de remboursement de la Sécurité Sociale sont mentionnés ci-dessous à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire ou législative. Les taux indiqués s'appliquent aux tarifs de Base de Remboursement de Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés et sous réserve de remboursement par le Régime Obligatoire. Les garanties s'appliquent dans les limites des dispositions du contrat collectif. Les garanties sont des contrats responsables au sens de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Conformément à la loi, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (1€) ainsi que les franchises et majorations applicables au 1^{er} janvier 2009 en cas de non respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120 € mis en œuvre par des spécialistes, la franchise de 18 € est prise en charge par la mutuelle.</i></p> | | |
| 1. ACTES MEDICAUX | | |
| Consultations, visites : généralistes et spécialistes (hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires) - CAS | 70% | 100% |
| Consultations, visites : généralistes et spécialistes (hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires) - Non CAS | 70% | 100% |
| Auxiliaires médicaux : Infirmières, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiçures-Podologues, Orthophonistes, Orthopédistes, Orthoptistes, Sages-femmes | 60% | 100% |
| Radiographies, électroradiologie - CAS | 70% | 100% |
| Radiographies, électroradiologie - Non CAS | 70% | 100% |
| Analyses, examens de laboratoire | 60% | 100% |
| Forfait actes lourds | - | 100% |
| 2. PHARMACIE | | |
| Médicaments | 15% à 100% | T.M. |
| 3. OPTIQUE | | |
| <p><i>Limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Par dérogation, période réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</i></p> | | |
| Adulte : | | |
| Équipement à verres simples | 60% | 455% + 200€ (maxi 70€ pour la monture) |
| Équipement à verres mixtes (1 verre simple + 1 verre complexe) | 60% | 455% + 200€ (maxi 70€ pour la monture) |
| Équipement à verres complexes | 60% | 455% + 200€ (maxi 70€ pour la monture) |
| Lentilles acceptées et refusées par le régime obligatoire | 60% | 100% + 100€/an/bénéficiaire |
| 4. DENTAIRE | | |
| Actes et soins (y compris inlay-onlay acceptées) | 70% | 100% |
| Inlay Core acceptées | 70% | 125% |
| Prothèses Dentaires acceptées | 70% | 210% + 300€ / an |
| Orthodontie acceptée | 70 à 100 % | 125% |
| Prothèses non remboursées (hors implants) | - | - |
| 5. APPAREILLAGE | | |
| Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages | 60% | 100% |
| Prothèses auditives | 60% | 100% |
| Autres prothèses | 60% | 100% |

Handwritten notes and initials: BG, AP, BP, HH, NHD, 8

| 6. HOSPITALISATION | | |
|---|------------|---------------------------------|
| Frais de soins et de séjour | 80 ou 100% | 100% |
| Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires - CAS | 80 ou 100% | 100% |
| Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires - Non CAS | 80 ou 100% | 100% |
| Dépassements d'honoraires - CAS | - | 155% |
| Dépassements d'honoraires - Non CAS | - | 100% |
| Chambre particulière | - | 25 € / jour |
| Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ | - | 100% - illimité ⁽¹⁾ |
| Frais d'accompagnement de l'enfant de moins de 16 ans (lit +repas) | - | 15 € / jour |
| 7. MATERNITE | | |
| Frais de soins et de séjour | 100% | 100% |
| Dépassements d'honoraires et chambre particulière (dans la limite des frais engagés et sur présentation de justificatifs) | - | 1/3 du PMSS / an et / maternité |
| 8. CURES THERMALES | | |
| Traitement et surveillance | 70% | 100% |
| Hébergement et transport avec justificatifs | 65% | 100% |
| 9. FRAIS DE TRANSPORT | | |
| Transport | 65% | 100% |
| 10. PREVENTION SANTE | | |
| Actes de prévention des contrats responsables | 70% | 100% |
| Aide au sevrage tabagique | - | 15€/an/bénéficiaire |
| Vaccins (grippe, rotavirus, leptospirose, pneumocoques) | - | - |
| Forfait médecine douce (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture) | - | - |
| ASSISTANCE (Mutualia Assistance) | - | oui |
| Valeur du PMSS au 1er janvier. | | |

⁽¹⁾ La mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des Familles. (En application de la circulaire du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

Article 8 - Mise en œuvre du principe de solidarité

Il est inséré dans l'accord du 22 juin 2009 un nouvel article 5-1 intitulé « Mise en œuvre du principe de solidarité », et rédigé comme suit :

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 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.

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.

§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 :

BG

BD

9 HH

NHD

UD
DD

- 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 §2 et §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.

§3 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

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

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur.

UD
 DD
 10 HH
 NAD
 BG

Article 9 – Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension ne serait pas publié à cette date, il est décidé une application volontaire anticipée au 1^{er} janvier 2016.

Article 10 - Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à La Roche sur Yon, Le 16 octobre 2015

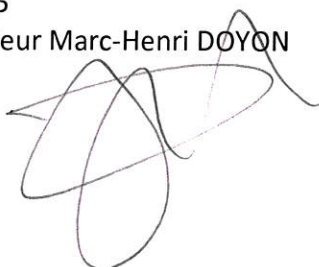
FDSEA de la Vendée
Monsieur Brice GUYAU



FGA/CFDT
Monsieur Dominique BOUHIER

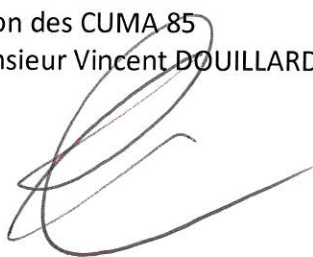


SHP 85
Monsieur Marc-Henri DOYON



FNAF/CGT

Union des CUMA 85
Monsieur Vincent DOUILLARD



FGTA/FO
Monsieur Dominique DOUIN



CFTC-AGRI
Monsieur Hervé HUYGHE



SNCEA/CFE/CGC
Monsieur Jean-Jacques BALLANGER

