

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES**

(Manche)

(28 juillet 2009)

(Étendu par arrêté du 7 décembre 2009,
Journal officiel du 15 décembre 2009)

AVENANT N° 4 DU 27 JANVIER 2017

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1797118M

Entre

FDSEA de la Manche

Fédération des CUMA de Basse-Normandie, comité Manche

D'une part, et

Union régionale des syndicats CFTC-Agri Basse-Normandie

SGA CFDT Manche

SNCEA CFE-CGC

Union départementale FO

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

Considérant les dernières modifications législatives et réglementaires apportées aux dispositions relatives aux régimes complémentaires frais de santé, à savoir l'obligation légale de l'employeur d'affilier tous ses salariés dès le premier jour et la mise en place du dispositif de versement santé, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de modifier l'accord collectif départemental du 28 juillet 2009. Cette modification tient compte également des évolutions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par un avenant en date du 28 septembre 2016.

Les organisations professionnelles et syndicales ont ainsi voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de travail.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de les faire bénéficier du dispositif de versement santé tel que prévu par la loi.

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes :

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord d'entreprise dans les conditions de l'article 13 de l'accord ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif du versement santé tel que défini dans l'article 3.3 du présent accord.

Article 3.1

Affiliation

À compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés au présent article.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime. Cette notice définit, notamment, les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 3.2

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions précédentes, 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, conformément notamment aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

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

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, 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 :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d’adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d’État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - contrats d’assurance de groupe dits “Madelin” ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

La demande de dispense doit être notifiée par écrit à l’employeur avant la fin du premier mois qui suit l’entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d’embauche. Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, qui devront produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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

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

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d’application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l’organisme assureur. Il s’agira de l’employeur chez lequel le salarié est embauché en premier, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

Article 3.3

Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations professionnelles et syndicales décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Article 3.3.1

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Article 3.3.2

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Article 3.3.3

Conditions

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

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

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

Article 3.3.4

Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :

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

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat res-

pensable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Article 3.3.5

Calcul du versement santé

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalent à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

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

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

Article 2

Les dispositions de l'article 6 « Garanties facultatives au choix du salarié » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Article 6.1

Salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois

Les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, et ne bénéficiant pas de ce fait du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime auprès du même organisme que celui assurant le régime obligatoire. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leur famille.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation.

Article 6.2

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les salariés peuvent également étendre à titre facultatif la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille, composée de leurs ayants droit tels que définis ci-après :

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

La preuve du lien se fait 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 salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du (membre) participant/souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - âgés de moins de 18 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur :
 - âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

La cotisation résultant de cette garantie facultative est à la seule charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié. »

Article 3

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la parution de son arrêté d'extension.

Article 4

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale de la Manche de la DIRECCTE de Normandie.

Fait à Saint-Lô, le 27 janvier 2017.

(Suivent les signatures)