Accord du 09 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire Frais de Santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure

ENTRE

- La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Eure,

- La fédération de l'Eure des coopératives d'utilisation de matériels agricoles,

D'UNE PART

ET

- Le syndicat C.F.D.T. des salariés de la production agricole (section de l'Eure),

- L'union départementale des syndicats ouvriers confédéré C.G.T.-F.O (section de l'Eure),

- Le syndicat CFTC-AGRI- Fédération de l'Agriculture (Section de l'Eure),

D'AUTRE PART.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Eure ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire - Frais de Santé - comme le leur permet l'Accord National du 10 juin 2008 "sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de prévoyance", garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires, entendent ainsi :
- Permettre aux salariés agricoles non cadres des exploitations de production agricole du département de l'Eure de bénéficier d'un régime complémentaire - Frais de Santé - offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- Favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche agricole dans le département ;
- Conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord constituera l'annexe IV de la convention collective du 28 juin1985 concernant les exploitations et les entreprises agricoles de l'Eure

Article 1 – CHAMP D'APPLICATION

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent accord, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnel défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs

DL JPC BF A. PP

concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et les Coopérative d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) de l'Eure.

Article 2 – ENTREE EN VIGUEUR

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et des salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.
En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1er janvier 2010, aux employeurs et salariés ressortissants d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.
Le présent accord pourra toutefois préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissants d'entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet, notamment l'Accord national du 10 juin 2008 précité.

Article 3 - SALARIES BENEFICIAIRES

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié non cadre ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise
- et relevant du champ d'application du présent accord.

Affiliation :
A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier l'ensemble des salariés visés au présent article, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Le bénéfice du régime frais de santé prend effet le 1er jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis.

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.

ML JPC BF AE. PP

Cas d'exclusion :

- Les cadres et les personnels ressortissants de la Convention Collective Nationale 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.
- Les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles obligatoires
- Les salariés « non cadres » définis ci-dessus ressortissant d'un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 13 du présent accord.

Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS tel que défini par la loi, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur.
- Les salariés bénéficiant de la CMU-C ainsi que de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale.
- Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de la présente assurance complémentaire.
- Les salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers titulaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois.
- Les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou en contrat de formation par alternance (notamment les apprentis), pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10% ou plus de leur rémunération.
  Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.
  Il est précisé que le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

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 désigné. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concerné. Cet employeur prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.

DL JPC BF AE. PP

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.
Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1er mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.
Après l'entrée en vigueur du présent accord, la demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai d'un mois suivant l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.
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 1er jour 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.

Article 4 – OFFRE A ADHESION INDIVIDUELLE ET FACULTATIVE

Article 4-1 : LES SALARIES N'AYANT PAS L'ANCIENNETE REQUISE

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe 2 du présent accord.

Article 4-2 : L'EXTENSION FAMILLE (ENFANTS ET CONJOINT) FACULTATIVE

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe 2 du présent accord.

Article 5 – GARANTIES

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le Régime Social de Base, dans la limite des frais réels.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » défini par l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application et à ce titre, les contributions patronales sont exonérées.

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

BL JPC BF E. PP

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir partie annexe 1 « tableau garanties complémentaire santé »).

Article 6- GESTION DU REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner les organismes :

- **ANIPS** Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, sise 4-6 avenue d'Alsace – 92033 La Défense Cedex, en partenariat avec GROUPAMA afin de pouvoir faire bénéficier les salariés du réseau des praticiens partenaires Groupama

et

- **AGRI PREVOYANCE,** Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, sise 21 Rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS Cedex 08, membre du groupe **AGRICA,**

en co-assurance à hauteur respectivement de 50% pour l'ANIPS et 50% pour AGRI – PREVOYANCE.

ANIPS est apériteur du régime complémentaire Frais de Santé.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Article 7 - COTISATION

Article 7-1 : MONTANT DE LA COTISATION

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.
Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.
Les taux de cotisations ainsi définis sont garantis pour une durée de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2012, sauf modification de la législation et de la réglementation en vigueur.

Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire :
Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime « complémentaire frais de santé » est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à **1,15% du PMSS.**
La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :
- 16% à la charge de l'employeur,

- 84% à la charge du salarié.

Article 7-2 : APPEL ET RECOUVREMENT DES COTISATIONS

L'appel et le recouvrement des cotisations sont confiés par les organismes désignés à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) compétente sur le département de l'Eure selon les termes d'une convention conclue entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Article 8 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

La MSA procède aux remboursements de base MSA et complémentaire Frais de Santé du présent régime sur le même décompte. Concernant les frais d'optique et dentaire GROUPAMA remboursera la partie complémentaire santé pour le compte des organismes désignés.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.
Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 9 - TIERS PAYANT ET UTILISATION DU RESEAU OPTIQUE/DENTAIRE DE GROUPAMA

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte Santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières.

Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Avec l'accord des organismes désignés, les salariés et leurs ayants-droit peuvent bénéficier des Services de Tiers payant du réseau Optique et Dentaire de Groupama, en partenariat avec l'ANIPS.

Article 10 - CESSATION DES GARANTIES

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité, ont la possibilité de demander auprès de la Caisse Régionale GROUPAMA CENTRE MANCHE, partenaire de l'ANIPS, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, la Caisse Régionale GROUPAMA CENTRE MANCHE procèdera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, **sans que celle-ci dépasse de plus de 50% la cotisation des actifs.**

JPC BF PP

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- les salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- les salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité.

Article 11 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié formulée à la Caisse Régionale GROUPAMA CENTRE-MANCHE, partenaire de l'ANIPS, sous réserve du paiement par l'intéressé de la totalité de la cotisation.

Art 12 – ACCORD DE GESTION SPECIFIQUE ET SUIVI DU REGIME

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte qui définit entre les organismes assureurs désignés et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront* par ailleurs au moins une fois par an, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collèges (employeurs ou salariés), avec les représentants des organismes assureurs désignés, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord,
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord,
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime,
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions,
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

**dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins quatre représentants issus d'organisations syndicales ou professionnelles distinctes en nombre égal dans chaque collège, et chargé de rendre compte à la commission mixte.*

Article 13 - ANTERIORITE DES REGIMES D'ENTREPRISE

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné, sont obligatoires à compter de la prise d'effet du présent accord.
Ainsi, tout employeur ayant une activité définie à l'article 1er du présent accord, est tenu d'adhérer, au présent régime, pour l'ensemble des salariés concernés au titre du présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et les organismes désignés, sauf dans le cas défini ci après.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 5 pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre les organismes désignés dans le présent accord.
En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 5, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 14 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, les organismes assureurs désignés sont subrogés au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 15 - CLAUSE DE REEXAMEN-DENONCIATION

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix des organismes assureurs.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités de dénonciation prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail.
L'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 16 - DEPOT ET EXTENSION

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

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

Fait à Evreux le 09 juillet 2009

JPC BF

Ont signé :

Organisation	Nom	Signature
Pour la fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Eure	FANOST Bertrand	
Pour la Fédération de l'Eure des coopératives d'utilisation de matériels agricoles	CAPON Jean-Pierre	
Pour le syndicat C.F.D.T. des salariés de la production agricole (section de l'Eure)	Juliette CALTENEY	
Pour l'union départementale des syndicats ouvriers confédérés C.G.T.-F.O (section de l'Eure)	LE HAY Daniel	
Pour le syndicat CFTC-AGRI-Fédération de l'Agriculture (Section de l'Eure)	POULET PATRICK	

Annexe 1 – Tableau Garanties Régime complémentaire Frais de Santé des salariés agricoles non cadres de l'Eure :

Les prestations sont exprimées **en complément du remboursement de la MSA,** dans la limite des frais réels

Définitions :
FR : frais réels
TM : ticket modérateur c'est dire différence entre la base de remboursement et le remboursement de la MSA
BR : base de remboursement de la MSA.

HOSPITALISATION		
Honoraires	200% BR	
Séjour conventionné	100 % FR	
Séjour non conventionné	100% BR	
Forfait hospitalier	100% FR	
Chambre particulière / jour	50 €	
Lit + repas accompagnant / jour	30 €	
MATERNITE (secteur conventionné ou non)		
Dépassement d'honoraires et frais de chambre particulière	1/3 du PMSS (soit 953 € en 2009)	
SOINS MEDICAUX		
Pharmacie prescrite et remboursée par la MSA	TM	
Médecins généralistes et spécialistes	100% BR	
Ostéopathes, Chiropracteurs	20 € / séance Max 2 / an / personne	
Consultations diététiques	28€ / an / personne	
Auxiliaires Médicaux Laboratoire Radiologie Frais de transport pris en charge par la MSA Appareillage (hors prothèses auditives)	100% BR	
Prothèses auditives	TM	
Forfait supplémentaire prothèses auditives / oreille tous les 3 ans	+ 150 €	
Cures thermales prises en charge par la MSA	TM	
Forfait supplémentaire cures thermales / an / pers	+ 125 €	
DENTAIRE	Partenaires Groupama	Autres chirurgiens dentistes
Soins conservateurs (hors inlays / onlays)	FR	TM
Inlays / Onlays	275% BR	225% BR
Toutes prothèses	275% BR	225% BR
Parodontologie / an / personne	150 €	75 €
Implantologie / an / personne	400 €	200 €
Orthodontie prise en charge par la MSA à 100 % BR	200% BR	
Orthodontie non prise en charge par la MSA / an / personne	200 €	
OPTIQUE	Partenaires Groupama	Autres opticiens
Verres /an/ personne	100 % prix négociés pour les verres *	400 % BR + 200 €
Monture / an / personne Lentilles / an / personne	200 €	

PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN	
Actes de prévention responsables pris en charge par la MSA	100 % BR
Moyens contraceptifs et vaccins prescrits non remboursés par la MSA / an / pers	50 €
Substituts nicotiniques / an / pers (après intervention MSA)	50 €
Assistance**	Inclus
Tiers payant systématique en pharmacie et à l'hôpital et selon les accords passés avec les MSA pour les laboratoires et la radiologie	Inclus
Tiers payant optique (chez les partenaires uniquement)	Inclus

* 100 % des prix négociés : prise en charge intégrale des verres sélectionnés par les opticiens partenaires et Groupama dans la limite de deux verres / an /personne.

** Assistance 7 jours sur 7 en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile : services d'une aide ménagère, approvisionnement des médicaments, assistance et garde des enfants, soutien scolaire. Ce service d'assistance est géré par Mutuaide Assistance.

AL JPC BF P.P

Annexe 2 – Les offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.
Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel des garanties prévues par le présent accord, auprès de la Caisse Régionale GROUPAMA CENTRE-MANCHE, partenaire de l'ANIPS et dans les conditions prévues par ladite Caisse Régionale. La Caisse Régionale proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Ce régime est géré directement par la Caisse Régionale GROUPAMA CENTRE MANCHE, indépendamment du régime obligatoire.

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

2. L'extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié. Celui-ci devra remplir un bulletin d'affiliation afin d'indiquer nominativement ses ayants droit.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Elle est égale à :

2,26 % du PMSS.

Cette cotisation s'ajoute à celle du salarié (1,15% du PMSS) et sera appelée conjointement.

Définition des ayants-droit du salarié

- le conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- le cocontractant d'un PACS : est assimilée au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant ;
- le concubin du participant justifiant de deux années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union) sous réserve que le salarié soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS .
- les enfants à charge .

Est considéré comme enfant à charge, l'enfant du salarié, de son conjoint, partenaire ou concubin:

- âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef du salarié, de son conjoint, partenaire ou concubin ;
- âgé de moins de 28 ans poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions

AL JPL BF P.B

énumérées ci-dessus même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier…) ou accessoirement (petit travail d'appoint,…) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.

- Agé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité salariée.
- Quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en fonction de son niveau de ressources peut être garanti.

* * * * * * * * *

AL JPC BF AF PP