

AVENANT N° 170 du 8 juillet 2009

N° IDCC 8216

à la Convention Collective de Travail du 2 juillet 1969
concernant les EXPLOITATIONS VITICOLES DE LA CHAMPAGNE DELIMITEE.

ENTRE :

- ◊ Le Syndicat Général des Vignerons de la CHAMPAGNE, déléguant ses pouvoirs en la circonference à son Groupement d'Employeurs,

- d'une part -

ET :

- ◊ ~~Les Syndicats C.G.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,~~
- ◊ Les Syndicats C.G.T./F.O. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,
- ◊ La Fédération Générale Agro-Alimentaire C.F.D.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,
- ◊ La Fédération Régionale Agro-Alimentaire Champagne-Ardenne (C.F.E. - C.G.C.)
- ◊ Le Syndicat CFTC Agriculture de Champagne-Ardenne

- d'autre part -

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er :

Au chapitre X de la convention collective, l'article 65 – Assurance maladie complémentaire – est abrogé et remplacé par l'accord figurant en annexe III de cette même convention.

Article 2:

Le présent avenant prend effet au **- 1 JAN. 2010**
et sera déposé à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la MARNE.

Article 4 :

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

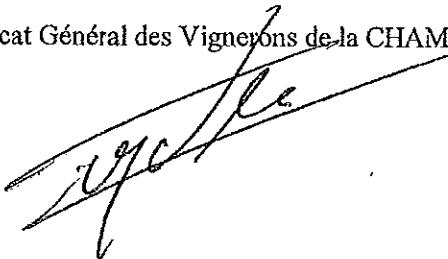
Fait à Châlons-en-Champagne, le 8 juillet 2009

LG *PS* *PC*
TNC

Ont, après lecture, signé :

◊ Pour le Groupement d'Employeurs du Syndicat Général des Vignerons de la CHAMPAGNE :

M. Christian GOUTORBE



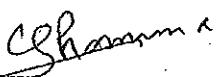
◊ Pour les Syndicats C.G.T./F.O. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE :

M. Frédéric COURTOIS



◊ Pour la Fédération Générale Agro-Alimentaire C.F.D.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,

M. Gilles LHOMME

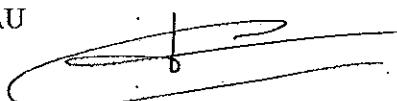


◊ Pour les Syndicats C.G.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE :

M. Jean-Claude SAINZELLE

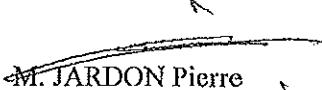
◊ Pour la Fédération Régionale Agro-Alimentaire Champagne-Ardenne (C.F.E. - C.G.C.)

M. Jean-Michel LOISEAU



◊ Pour le Syndicat C.F.T.C.

M. JARDON Pierre



ACCORD DU 8 JUILLET 2009
INSTAURANT UN REGIME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
AU BENEFICE DES SALARIES NON CADRES DES EXPLOITATIONS VITICOLES
DE LA CHAMPAGNE DELIMITEE

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

- ◊ Le Syndicat Général des Vignerons de la CHAMPAGNE, déléguant ses pouvoirs en la circonstance à son Groupement d'Employeurs,
- ◊ Les Fédérations des CUMA Marne, Aube et Aisne, déléguant leurs pouvoirs en la circonstance au Groupement d'Employeurs du Syndicat Général des Vignerons de la Champagne,

- d'une part -

ET :

- ◊ ~~Les Syndicats C.G.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,~~
- ◊ Les Syndicats C.G.T./F.O. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,
- ◊ La Fédération Générale Agro-Alimentaire C.F.D.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,
- ◊ La Fédération Régionale Agro-Alimentaire Champagne-Ardenne (C.F.E. - C.G.C.)
- ◊ Le Syndicat CFTC Agriculture de Champagne-Ardenne

- d'autre part -

Il a été convenu ce qui suit :

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et CUMA viticoles de la Champagne Délimitée.

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé obligatoire collectif de type "isolé / famille" au bénéfice des salariés non cadres et, au choix de ces derniers, à l'ensemble des leurs ayants droits et / ou d'un régime optionnel facultatif.

Le présent accord constituera l'annexe III de la convention collective du 2 juillet 1969 concernant les exploitations et CUMA viticoles de la Champagne Délimitée.

Article 1 – Les salariés bénéficiaires

Bénéficiant obligatoirement de la garantie frais de santé, l'ensemble des salariés ayant acquis un an d'ancienneté et plus dans une même entreprise.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent avenant, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les trois mois qui suivent leur cessation d'activité.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint un an d'ancienneté ou dès la date d'embauche du salarié en cas de reprise d'ancienneté.

En sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la CPCBA en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention collective du 2 avril 1952 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP notamment) relevant d'autres dispositions conventionnelles.

JL
LG

JNL

PJ
PC

Article 2 – Les ayant droit

Chaque salarié bénéficiaire de la garantie peut demander l'extension de son régime frais de santé au profit de ses ayant droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint marié, résidant en France, non séparé de droit ou de fait ;
- le co-contractant d'un PACS résidant en France ;
- le concubin, résidant en France, s'il est à la charge de l'assuré au sens de l'article L 161-14 du code de la sécurité sociale ou s'ils ont un ou des enfants en commun ;
- les enfants à charge :
 - les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus),
 - les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue,
 - les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin du salarié aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans,
- tous les enfants âgés de moins de 28 ans s'ils sont étudiants, apprentis, en contrat de professionnalisation ou toute autre formation en alternance, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés,
- tous les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes ou titulaires d'une carte d'invalidité (pour un taux au moins égal à 80 % prévu aux articles 1241-3 et suivants du code de l'action sociale et de la famille).

Article 3 – Les dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

1 – A la mise en place de l'accord

- Salariés bénéficiant, à la date de mise en place du régime prévue par le présent accord, d'une couverture obligatoire de par leur conjoint qui travaille dans une autre entreprise. Dès que ces salariés ne sont plus couverts par leur conjoint, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté continue d'un an.

- Salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé. Cette dispense est valable pour la seule période restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel.

2 – A la mise en place de l'accord et après l'entrée en vigueur de l'accord

- Salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L 863-1 du code de la sécurité sociale pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture. Dès lors que les salariés en perdent le bénéfice, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté.

- Salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ne relevant pas du présent accord à condition de le faire savoir par écrit à leur employeur en apportant tout justificatif de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs.

- Salariés à employeurs multiples relevant de la présente convention seront affiliés au titre d'un seul employeur, celui chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté et qui prendra en charge la cotisation définie ci-après.

LL *TM* *PS* *PC*
LG

- Salariés à temps partiel, employés pour une durée inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, ainsi que les salariés en contrat de formation par alternance (notamment les apprentis), si la cotisation qu'ils doivent acquitter au titre de la complémentaire santé est supérieure à 10 % de leur rémunération brute.

- Pour les couples travaillant dans une même entreprise ou dans deux entreprises relevant du régime mis en place par l'accord, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Justification des renoncements à l'assurance complémentaire frais de santé

Le 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 les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour et à l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit à l'employeur, avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du 1^{er} mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'un an d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit pas 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 1^{er} jour du mois civil suivant.

Article 5 – Adhésion au régime optionnel complémentaire

Option facultative

L'adhésion au régime optionnel supplémentaire est ouverte à tout salarié bénéficiaire par la signature d'un bulletin d'adhésion adressé à l'organisme assureur.

Cette adhésion doit intervenir dans un délai de deux mois suivant l'affiliation au régime obligatoire et prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel le bulletin d'adhésion a été réceptionné pour une durée minimale d'un an.

Le salarié peut adhérer pour lui-même seulement ou pour lui-même et ses ayants droit.

A l'issue de cette durée minimale d'un an, le salarié a la possibilité de renoncer, à la fin de chaque année, au régime optionnel, sous réserve de notifier sa décision à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception expédiée au moins deux mois à l'avance.

Toute renonciation au régime optionnel entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion pour une période de deux ans.

Article 6 – Adhésions individuelles volontaires

Ancien salariés (maintien des droits)

Les garanties obligatoires du présent accord sont maintenues au participant et à ses ayants droit bénéficiant d'un extension familiale, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de garantie individuelle, à condition qu'il en fasse la demande avant l'expiration d'un délai de préavis de deux mois attaché à la résiliation du contrat de travail résilié ou de son non renouvellement.

LG
JM PS FC

En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des assurés visés par le contrat individuel :

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

L'ancien participant obtiendra le maintien de ses garanties obligatoires, sous forme de contrat individuel, à la condition qu'il en fasse la demande dans les six mois qui suivent la rupture de son contrat de travail.

Il peut demander le maintien à titre individuel, des garanties obligatoires au bénéfice d'un ou plusieurs de ses ayants droit, pour lesquels une extension familiale avait été demandée.

- aux ayants droit du participant décédé.

Sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès, les ayants droit du participant décédé peuvent bénéficier du maintien, à titre individuel, des garanties obligatoires.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, le tarif applicable aux différentes garanties individuelles ne peut être supérieur de plus de 50 % au montant de la cotisation prévue au titre du présent contrat collectif.

Travailleurs saisonniers et salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les travailleurs saisonniers ou les salariés qui n'ont pas l'ancienneté requise pour être affiliés à titre obligatoire au régime, peuvent y adhérer volontairement, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit.

Cotisation

Ils s'acquittent de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

La cotisation est fixée à 0,95 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour une adhésion individuelle et d'une cotisation de 2,12 % pour lui et ses ayants droit.

Mutualisation

Le régime des assurés à titre volontaire (travailleurs saisonniers, salariés n'ayant pas l'ancienneté requise et anciens salariés) est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Article 7 – Prestations

Le régime frais de santé mis en place garantit le remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires, consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

Ils interviennent après versement des prestations du régime social de base, dans les conditions visées au tableau des garanties ci-dessous, sauf exceptions indiquées dans ce même tableau.

Article 8 - Garanties

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau ci-annexé.

B
TAL PS FC
LG

Article 9 – Gestion du régime

Les organisations signataires ont désigné les Institutions de Prévoyance ANIPS (4-6 avenue d'Alsace - 92033 La Défense Cedex), partenaire de Groupama et AGRI-PREVOYANCE (21 rue de la Bienfaisance - 75008 PARIS) membre du Groupe AGRICA en coassurance à hauteur de 75 % pour ANIPS, l'ANIPS étant apériteur, et 25 % pour AGRIPREVOYANCE afin d'assurer la gestion du régime d'assurance maladie complémentaire santé et la mutualisation entre les salariés et les employeurs.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Article 10 – Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent avenant, un régime d'assurance santé de niveau inférieur aux garanties définies ci-annexées, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 11 – Cotisations

Taux de cotisations et répartition du régime minimum obligatoire "isolé"

L'employeur doit s'acquitter de l'intégralité de la cotisation du régime minimum conventionnel obligatoire auprès de l'organisme chargé de la collecter. La contribution du salarié est prélevée chaque mois sur son salaire par l'employeur.

Le régime minimum conventionnel obligatoire (isolé) d'assurance frais de soins est financé par une cotisation mensuelle égale à 0,95 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, à hauteur de 40 % par l'employeur et 60 % par le salarié.

Collecte : le prélèvement des cotisations du régime obligatoire peut être confié par l'organisme désigné aux caisses départementales de MSA compétentes selon les termes d'une convention conclue entre eux.

L'option famille est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire égale à 1,17 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, intégralement à la charge du salarié.

L'option couverture supérieure est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire égale à 0,62 % du plafond mensuel de la sécurité sociale à la charge intégrale du salarié si elle est à titre individuelle (couverture du seul salarié) ou égale à 1,15 % si elle est familiale (couverture du salarié et des ayants droit).

Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour maladie, accident ou maternité, le bénéfice des prestations d'assurance maladie complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération des cotisations qui sont prises en charge par le régime. Les régimes optionnels (ayants droit et régime supplémentaire) restent maintenus sous réserve du paiement des cotisations par l'assuré.

AB *JAC PS FC*
LG

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental d'éducation, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent avenant peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, directement auprès de l'organisme assureur.

Article 12 – Clause de réexamen et dénonciation

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 revoir, 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 de l'organisme assureur.

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par les parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois. En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 13 – Accord de gestion et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties font l'objet d'un protocole de gestion signé entre l'organisme assureur désigné par les partenaires sociaux, et qui définit les modalités de fonctionnement du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront une fois par an en juillet, dans le cadre de la commission mixte viticole, avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place,
- 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.

Article 14 – Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010.

Il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010, aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires et à compter de la date de son extension, à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application.

Le présent accord pourra toutefois être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant d'entreprises non adhérentes aux organisations signataires à compter du 1^{er} janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

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

AB *PS* *FC*
TCL *LG*

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

Article 15 -- Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de trois mois et sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai d'un an à compter du terme du préavis.

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

Fait à Châlons en Champagne, le 8 juillet 2009

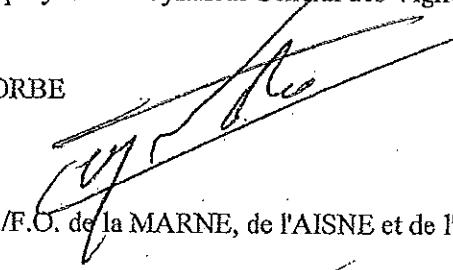


LG TAC PS RC

Ont, après lecture, signé :

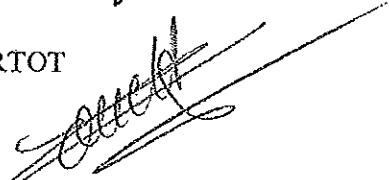
◊ Pour le Groupement d'Employeurs du Syndicat Général des Vignerons de la CHAMPAGNE :

M. Christian GOUTORBE



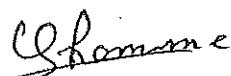
◊ Pour les Syndicats C.G.T./F.O. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE :

M. Frédéric COURTOT



◊ Pour la Fédération Générale Agro-Alimentaire C.F.D.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE,

M. Gilles LHOMME



◊ Pour les Syndicats C.G.T. de la MARNE, de l'AISNE et de l'AUBE :

M. Jean-Claude SAINZELLE

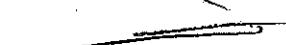
◊ Pour la Fédération Régionale Agro-Alimentaire Champagne-Ardenne (C.F.E. - C.G.C.)

M. Jean-Michel LOISEAU



◊ Pour le Syndicat C.F.T.C.

M. JARDON Pierre



Nature des garanties Frais de Soins :

DESCRIPTIF DES ACTES	REGIME DE BASE MSA	Formule Socle	Formule Optionnelle
HOSPITALISATION MEDICALE & CHIRURGICALE conventionné ou non (1)			
- Honoraires	80% ou 100% BR	150 % BR	200 % BR
- Frais de séjour	80% ou 100% BR	0 à 20% BR	200 % BR
Forfait Hospitalier	néant	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière Maladie Chirurgie (psychiatrie exclue/formule Socle et formule optionnelle)	néant	100 % FR	100 % FR
Dépassement d'honoraires	néant	Crédit d'1/3 PMSS/ bénéficiaire/ maternité (953 €/2009)	Crédit d'1/3 PMSS/ bénéficiaire/ maternité (953 €/2009)
Chambre particulière Maternité			100 % FR
Lit d'accompagnant enfant de moins de 15 ans	néant	100 % FR	100 % FR
MEDECINE DE VILLE			
Honoraires de praticiens : consultations et visites de généralistes, de spécialistes, (conventionnés et non conventionnés)	70% BR	80 % BR	200 % BR
Honoraires d'auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicure, sages femmes, etc (conventionnés et non conventionnés)	60% BR	40 % BR	200 % BR
Analyses, examens de laboratoires, radiographies, électro radiologie	60% ou 70% BR	30 à 40 % BR	200 % BR
Chirurgie externe (actes en K)	70% BR	200 % BR	200 % BR
Transports	65% BR	100 % FR	100 % FR
Pharmacie	15%, 35%, 65%, 100% BR	0 à 85 % BR	0 à 85 % BR
Orthopédie, petit appareillage, prothèses diverses et pansements et accessoires pris en charge	65% BR	200 % BR	400 % BR
Audio-prothèses par équipement et par personne		400 % BR + 10 % PMSS	400 % BR + 10 % PMSS
CURES THERMALES ACCEPTÉES Honoraires et soins	65% ou 70% BR	30 à 35 % BR	200 % BR
DENTAIRE			
Soins (sauf Inlay/Onlay)	70% BR	100 % FR	100 % FR
Inlay/Onlay	70% BR	100 % BR	200 % BR
Traitements d'orthodontie pris en charge (moins de 16 ans)	100% BR	100 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge	70% BR	140 % BR + un crédit de 300 €/an	200 % BR + un crédit de 350 €/an
OPTIQUE			
Verres, montures, lentilles, ACCEPTÉS	65% BR	400 % BR	400 % BR
Forfait pour Optique ACCEPTÉE ou REFUSÉE (une fois par an et par personne)	néant	8 % PMSS 228,72 €/2009)	10 % PMSS 285,90 €/2009)

(1) Y compris hospitalisation à domicile, maternité et psychiatrie
 PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2 859 € en 2009)
 BR = Base de Remboursement (tarif de base)
 FR = Frais Réels

PS

FC

LG

