



**Accord collectif instituant un
régime de remboursement de
« frais de santé » au bénéfice de
l'ensemble des personnels de
droit privé de l'ONF**

Entre les soussignés :

L'Office National des Forêts, dont le siège social est situé 2 avenue de Saint Mandé – 75570 Paris Cedex 12, représenté par **Sylvain BOURGOIN**, agissant en qualité de **Directeur des Ressources Humaines**,

D'une part,

Et les **organisations syndicales représentatives signataires**

D'autre part.



SOMMAIRE

Préambule.....	3
ARTICLE 1 – Objet	4
ARTICLE 2 – Bénéficiaires du régime	4
Article 2.1. Les bénéficiaires à titre obligatoire	4
Article 2.2. Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire	4
Article 2.3. Les modalités de mise en œuvre des dispenses	4
Article 2.4. Suspension ou rupture du contrat de travail	5
ARTICLE 3 – Les prestations du régime frais de santé	6
ARTICLE 4 – Maintien au bénéfice des anciens salariés	6
ARTICLE 5 – Cotisations	6
Article 5.1 Socle obligatoire	6
Article 5.2 Évolution ultérieure de la cotisation	7
Article 6 – Entrée en vigueur et durée de l'accord	7
Article 7 – Notification – Dépôt – Révision – Dénonciation – Publicité.....	8
Article 8 – Commissions paritaires nationale Frais de Santé.....	8

FC MS [Signature] [Signature] [Signature]

Préambule

Une couverture complémentaire santé a pour but de rembourser tout ou partie des dépenses de santé d'un salarié.

Cette couverture concerne les dépenses non couvertes par le régime obligatoire de sécurité sociale.

Plus communément appelée « mutuelle », elle vise à permettre au salarié d'être remboursé des dépassements d'honoraires lors de consultations médicales, à l'occasion de frais dentaires, optiques ou liés à une hospitalisation...

Elle est obligatoire et doit se mettre en œuvre dans le cadre d'un accord collectif d'entreprise.

Dans ce cadre et dans la continuité de la Convention Collective Nationale conclue le 5 juin 2018 visant à améliorer et harmoniser les conditions sociales des personnels de droit privé de l'ONF, la Direction générale et les organisations syndicales ont engagé au début de l'année 2019 une négociation visant à construire un dispositif national de remboursement de « frais de santé » commun à l'ensemble des salariés y compris ceux relevant de filiales.

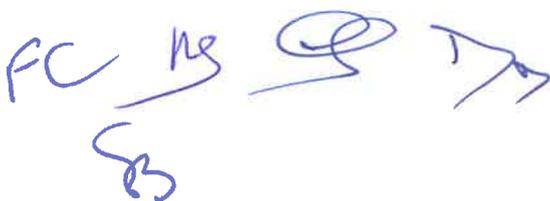
Rompant ainsi avec une construction fragmentée de la prise en compte des besoins de santé des personnels, les signataires de cet accord collectif ont souhaité conjuguer réponse aux besoins spécifiques des métiers de l'établissement et solidarité intergénérationnelle.

En effet, la couverture complémentaire santé des salariés, historiquement construite par DT/DR, présentait un caractère hétérogène avec des niveaux de garanties particulièrement bas pour certains personnels.

Cet accord et les garanties qu'il comporte s'inscrivent ainsi dans le cadre du **décret 2019-21 du 11 janvier 2019** qui a modifié le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » et ce, avec l'objectif d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de renforcer la prévention.

Ce régime de remboursement de « frais de santé » au bénéfice de l'ensemble des personnels de droit privé de l'ONF et de ses filiales sera piloté de manière paritaire dans le cadre d'une commission composé de la Direction générale et de membres des organisations syndicales signataires.

FC NG
S



ARTICLE 1 – Objet

Le présent accord a pour objet d'organiser l'adhésion des bénéficiaires au contrat d'assurance collective souscrit auprès de ADREA Mutuelle – Groupe AESIO.

ARTICLE 2 – Bénéficiaires du régime

Article 2.1. Les bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime s'applique à l'ensemble des salariés de l'ONF dès la date d'effet de cet accord ou dès leur date d'embauche si celle-ci est postérieure.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation.

Conformément à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale, des demandes de dispenses d'affiliation peuvent être faites par les salariés dans des cas limitatifs.

Peuvent adhérer à titre facultatif le conjoint et les enfants tels que définis dans le contrat d'assurance.

Article 2.2. Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

L'adhésion au régime est obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2020 pour tout le personnel mentionné à l'article 2.1 du présent accord. Les bénéficiaires ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Ont cependant la faculté de refuser d'y adhérer, les salariés qui peuvent justifier des cas de dispenses de droit prévus par l'article D 911.2 du code de la Sécurité Sociale.

De plus, ont aussi la faculté de refuser d'adhérer au régime et ce, quelle que soit leur date d'embauche :

- Le personnel bénéficiaire, titulaire d'un contrat d'une durée déterminée au moins égale à douze mois, à condition de justifier, chaque année, par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.
- Le personnel bénéficiaire, titulaire d'un contrat d'une durée déterminée inférieure à douze mois, même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
- Le personnel bénéficiaire, à temps partiel, dont l'adhésion au présent régime le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de sa rémunération.

Article 2.3. Les modalités de mise en œuvre des dispenses

Pour l'application des cas de dispenses de l'article 2.2, l'employeur devra se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés demandant une dispense d'affiliation.

Cet écrit précise obligatoirement leur refus d'adhésion et le motif exact de ce refus parmi les cas listés à l'article 2.2 et sera accompagné de tous les justificatifs nécessaires.

Il devra parvenir à l'employeur dans les 30 jours suivant la date à laquelle son affiliation aurait dû prendre effet en application de l'article 2.1.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion aux garanties du régime professionnel de santé.

Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'adhérer et de cotiser à la garantie « frais de santé » lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 2.4. Suspension ou rupture du contrat de travail

- **L'affiliation des salariés est maintenue 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 (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).**

Le bénéfice du régime est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour cause de congés de solidarité familiale et de soutien familial.

Ces maintiens sont subordonnés au paiement par l'employeur de la cotisation aux conditions identiques à celles des salariés actifs, pendant toute la période de suspension du contrat de travail, et le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

- **Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour un congé sabbatique, un congé parental d'éducation, un congé pour création d'entreprise, les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime complémentaire frais de santé.**

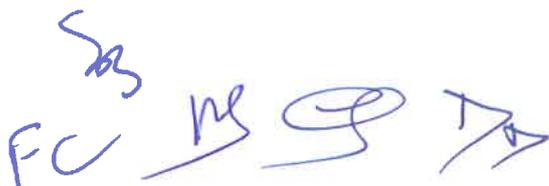
Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, à titre individuel, aux conditions tarifaires prévues dans ce cadre et sans participation de l'employeur à son financement.

- **L'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, du maintien du régime frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.**

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

FC ^S 

ARTICLE 3 – Les prestations du régime frais de santé

Les garanties prévues par le régime comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé et des actes de prévention.

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 2 du présent accord.

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Dans la mesure où le dispositif est un régime à cotisations définies, l'ONF n'est tenu, à l'égard de ses salariés bénéficiaires, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les prestations afférentes décrites dans les contrats d'assurance annexés, relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

ARTICLE 4 – Maintien au bénéfice des anciens salariés

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- Les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Pour autant, un dispositif de maintien de garantie et de stabilité du tarif pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une rente CAA sera prévu dans les contrats d'assurance annexés.

ARTICLE 5 – Cotisations

Article 5.1 Socle obligatoire

Afin de tenir compte des spécificités liées au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, l'accord collectif distingue les bénéficiaires relevant du seul régime général de la sécurité sociale de ceux affiliés, en outre, au régime complémentaire local.

Cette différenciation est instaurée dans un souci d'équité et n'a aucune incidence sur les cotisations versées par l'employeur qui restent, en tout état de cause, identiques, que les bénéficiaires soient affiliés au régime complémentaire d'Alsace Moselle ou non.

- **Bénéficiaires régime général**

Salarié : 30,00 € par mois + 0.83 % du salaire limité à la Tranche 1

T1 = Partie du salaire comprise entre 0 et 1 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dont

Part patronale : 18,00 € par mois + 0.50 % du salaire limité à la Tranche 1

Part salariale : 12,00 € par mois + 0.33 % du salaire limité à la Tranche 1

Conjoint : 47,17 € par mois

Enfant (avec gratuité au-delà du 2^{ème} enfant) : 23,99 € par mois/enfant

- **Bénéficiaires régime général et régime local Alsace Moselle**

Salarié : 19,00 € par mois + 0.50 % du salaire limité à la Tranche 1

T1 = Partie du salaire comprise entre 0 et 1 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dont

Part patronale : 11,40 € par mois + 0.30 % du salaire limité à la Tranche 1

Part salariale : 7,60 € par mois + 0.20 % du salaire limité à la Tranche 1

Conjoint : 29,61 € par mois

Enfant (avec gratuité au-delà du 2^{ème} enfant) : 14,03 € par mois/enfant

Article 5.2 Évolution ultérieure de la cotisation

Le taux de cotisation du régime de base assuré par l'organisme assureur est garanti jusqu'au 31/12/2022.

A l'issue de cette période de maintien, et en fonction de l'équilibre financier du régime, les garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la Commission Paritaire instauré à l'article 7, après présentation des comptes par l'organisme assureur recommandé.

Cet ajustement ne pourra pas excéder 5% de la cotisation.

A tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes de l'accord.

Une information générale sera alors toutefois effectuée auprès des salariés.

Article 6 – Entrée en vigueur et durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 7 – Notification – Dépôt – Révision – Dénonciation – Publicité

Le présent accord sera notifié par la Direction Générale de l'Office National des Forêts par courrier recommandé avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein de l'Office National des Forêts.

Conformément aux dispositions légales, le présent accord sera déposé par la Direction sur la plateforme en ligne www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr et au conseil de prud'hommes de Paris.

Une mention de cet accord figurera sur le tableau d'affichage de la Direction Générale et de chaque Direction territoriale et Régionale et une copie sera remise aux organisations syndicales représentatives et aux représentants du personnel.

Toute demande de révision doit être signifiée aux autres parties par l'une des parties contractantes et être accompagnée d'un projet portant sur les points à réviser.

Un calendrier est établi au cours de la première réunion de négociation qui doit se tenir dans le délai d'un mois suivant la demande de révision.

Les dispositions de l'avenant se substitueront de plein droit qu'elles modifient soit à la date expressément prévue soit à défaut, à partir du jour qui suivra son dépôt auprès du service compétent.

Conformément aux dispositions légales, chacune des parties contractantes se réserve le droit de dénoncer, totalement ou partiellement, le présent accord moyennant un préavis de trois mois, de date à date, par pli recommandé avec accusé de réception à chacune des autres parties, accompagnée d'un nouveau projet d'accord collectif.

Si la dénonciation émane de l'Office National des Forêts ou de la totalité des signataires salariés, l'accord continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou à défaut, durant le délai d'un an à compter de l'expiration du préavis. Une nouvelle négociation doit s'engager dans les trois mois qui suivent l'envoi de la lettre recommandée de dénonciation.

Lorsqu'une organisation syndicale signataire perd la qualité d'organisation syndicale représentative, la dénonciation, pour emporter effet, doit émaner d'une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés.

Article 8 – Commissions paritaires nationale Frais de Santé

Le régime est administré par une Commission Paritaire dont les membres sont la Direction générale de l'ONF et les organisations syndicales représentatives signataires ou adhérentes de l'accord.

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérente dispose de 2 participants.

En cas de vote, une voix est attribué à chaque organisation syndicale représentative signataire ou adhérente.

Le représentant de la Direction générale de l'ONF porte un nombre de voix égal au total des voix des organisations syndicales membres de la commission.

La Direction générale de l'ONF peut compter 3 participants.



La commission paritaire a notamment pour rôle :

- L'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime ainsi que ses dispositions contractuelles ;
- L'étude de l'évolution de la garantie santé et des conditions de maintiens de celle-ci ;
- L'examen des comptes de résultat et bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- La réflexion sur l'évolution des cotisations et/ou la révision des prestations et leur négociation dans les limites prévues à l'article 4.4 ;
- L'étude des statistiques demandées à l'organisme assureur pour la qualité de service et gestion ;

Pour toutes ces tâches, la Commission peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

Les commissions se réunissent 2 fois par an.

Fait à Paris, le **29 NOV. 2019**

Pour l'Office National des Forêts
Le Directeur des Ressources Humaines,



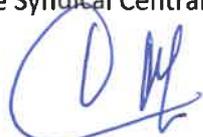
Sylvain BOURGOIN

Pour la CFTC - AGRI
Le Délégué Syndical Central d'Entreprise,



Eloi SCHNEIDER

Pour FGA - CFDT
Le Délégué Syndical Central d'Entreprise,



Frédéric CHINY

Pour FNAF - CGT
Le Délégué Syndical Central d'Entreprise,



Olivier SUTER

P/O David Droume

Pour EFA - CGC
Le Délégué Syndical Central d'Entreprise,



Michel SCHUTZ