



ACCORD COLLECTIF 2021

REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

Entre:

L'Autorité des Marchés Financiers, Autorité Publique Indépendante, créée par la loi n°2003-706 du 1^{er} août 2003 de sécurité financière et son décret d'application n°2003-1109 du 21 novembre 2003, sise 17, place de la Bourse 75082 Paris Cedex 02, représentée par le Secrétaire Général de l'AMF, Benoît de Juvigny

D'une part,

Et

L'organisation syndicale CFTD, représentée par Monsieur Stéphane Lair en qualité de délégué syndical

D'autre part,

Il a été convenu l'accord suivant :



S.L.

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
Article 1 – Les bénéficiaires	5
Article 2 – Le caractère obligatoire	5
Article 2.1 – L’adhésion au contrat socle responsable	5
Article 2.2 – L’adhésion au contrat d’assurance optionnel facultative	7
Article 3 – Le financement du régime	7
Article 3.1 – Le montant et la répartition des cotisations	7
Article 3.2. L’évolution des cotisations.....	8
Article 4 – L’organisme assureur – Les prestations	8
Article 5 – La suspension du contrat de travail	8
Article 5.1 – La suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation	8
Article 5.2 – La suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation	9
Article 6 – La rupture du contrat de travail (« la portabilité »)	9
Article 7 – L’information et le suivi	9
Article 7.1 – L’information.....	9
Article 7.1.1 – L’information individuelle	9
Article 7.1.2 – L’information collective	10
Article 7.2 – Le suivi.....	10
Article 8 – L’effet - L’entrée en vigueur - La durée - La dénonciation - La révision -La caducité	10
Article 9 – La notification – Le dépôt – La publicité	11

PREAMBULE

Le personnel de l'AMF bénéficie depuis de nombreuses années de garanties collectives et obligatoires de remboursement de frais de santé.

Les Parties se sont réunies le 5 novembre 2021 afin de formaliser l'existence desdites garanties, telles que modifiées au 1er janvier 2022, au sein d'un nouvel accord collectif.

Il est rappelé que dès l'origine, les objectifs ayant conduit à la mise en place des garanties de complémentaire de frais de santé ont principalement été les suivants :

- Offrir à l'ensemble du personnel un niveau de garanties à la fois performant et compatible avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier des régimes à long terme ;
- Renforcer la solidarité entre les salariés dans le cadre d'un régime obligatoire et mutualisé auprès d'un organisme assureur unique ;
- Permettre, grâce à cette mutualisation, d'optimiser le niveau et le coût des garanties ;
- Faire bénéficier les salariés des exonérations de cotisations de sécurité sociale et de l'avantage fiscal résultant respectivement des articles L. 242-1 du Code de la sécurité sociale et 83 1° quater du Code général de impôts.

Le présent accord vise à présenter les principales caractéristiques des garanties collectives et obligatoires de remboursement de frais de santé en vigueur au sein de l'AMF telles que modifiés au 1er janvier 2022.

Article 1 – Les bénéficiaires

Le régime de remboursement de frais de santé bénéficie à l'ensemble du personnel de l'AMF, sans condition d'ancienneté.

Bénéficiaire ainsi du régime de remboursement de frais de santé les salariés de droit privé, les agents de droit public, les fonctionnaires, les magistrats ainsi que les militaires détachés auprès de l'AMF.

Le régime est un régime dit « famille ». Les ayants droit des salariés bénéficient également du remboursement de frais de santé, sous réserve de remplir les conditions posées par les contrats d'assurance souscrits par l'AMF et rappelées dans les notices d'information.

Article 2 – Le caractère obligatoire

Article 2.1 – L'adhésion au contrat socle responsable

L'adhésion au système de garanties collectives est obligatoire, tant en ce qui concerne les garanties « de base » du contrat « socle » que le contrat d'assurance surcomplémentaire pour l'ensemble des salariés. Ils seront dénommés ci-après « bénéficiaires ».

Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail.

Les bénéficiaires concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Toutefois, par dérogation, les bénéficiaires placés dans l'une des situations suivantes peuvent être dispensés d'adhésion :

- Les bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garantie ;
- Les bénéficiaires à temps partiel dont l'adhésion au régime frais de santé les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;



S.C

- Les bénéficiaires titulaires lors de leur embauche d'une couverture complémentaire en application de l'article L.681-3 du Code de la sécurité sociale (complémentaire santé solidaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire un justificatif de cette couverture. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance de ce contrat ou de cette aide ;
- Les bénéficiaires titulaires lors de leur embauche d'une assurance individuelle frais de santé, sous réserve de produire un justificatif de cette couverture. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Les bénéficiaires titulaires par ailleurs à titre obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, d'un régime frais de santé à caractère collectif et obligatoire : multi-employeurs, salarié couvert à titre obligatoire par le régime d'entreprise de son conjoint, sous réserve de produire chaque année un justificatif de cette couverture ;
- Les bénéficiaires titulaires par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations de frais de santé servies :
 - par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale ;
 - par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - 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 ;
 - 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 ;
 - dans le cadre des contrats d'assurance du groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrat « Madelin »)

Un justificatif de couverture devra être produit chaque année.

- La situation particulière des couples dans l'entreprise : les bénéficiaires en couple dans l'entreprise (au sens du contrat d'assurance) ont le choix de s'affilier ensemble (l'un étant couvert en tant que salarié ou agent et l'autre en tant qu'ayant droit) ou séparément.

Dans tous les cas susvisés, les bénéficiaires souhaitant être dispensés d'affiliation doivent en faire la demande par écrit dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche ou leur changement de situation, en l'accompagnant des justificatifs requis. La production de ces justificatifs doit être renouvelée au plus tard le 20 janvier de chaque année. A défaut, l'adhésion sera automatique et la cotisation sera due.

Il est rappelé que les dispenses d'affiliation visées ci-dessus sont expressément admises par la réglementation applicable à ce jour. En cas d'évolution de la réglementation rendant impossible le maintien d'une ou plusieurs dispenses sans remise en cause des exonérations de cotisations sociales, la ou les dispenses concernées seront automatiquement supprimées.

Article 2.2 – L'adhésion au contrat d'assurance optionnel facultative

Les bénéficiaires ont, par ailleurs, la possibilité d'adhérer, à titre facultatif, à un contrat d'assurance optionnel offrant des niveaux de garanties supplémentaires leur permettant, ainsi qu'à leurs ayants droit, de bénéficier de meilleurs remboursements sur certains postes.

Article 3 – Le financement du régime

Article 3.1 – Le montant et la répartition des cotisations

Le contrat d'assurance « socle responsable », à adhésion obligatoire, est financé conjointement par l'AMF et les bénéficiaires dans les conditions suivantes :

	Garanties collectives et obligatoires		Garantie facultative
	Socle	Surcomplémentaire	Option
Taux Unique Famille	3,43%	0,16%	1,86%
Dont part patronale	70%	-	-
Dont part salariale	30%	100%	100%

Le taux est assis sur le plafond mensuel de sécurité sociale.

*PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 428 € brut en 2022).

Le contrat d'assurance surcomplémentaire est pour sa part intégralement financé par les bénéficiaires.

Au 1^{er} janvier 2022, le coût du contrat d'assurance surcomplémentaire est fixé à 0,16% du PMSS.

M S.C

Article 3.2. L'évolution des cotisations

Il est expressément précisé que :

- Le montant des cotisations visées ci-dessus sera revalorisé dans les conditions prévues par les contrats d'assurance souscrits par l'AMF ;
- Les évolutions de cotisations futures, pouvant résulter notamment d'une révision du tarif par l'assureur à la suite d'un changement de réglementation et/ou d'une dégradation du rapport sinistre à primes, seront réparties dans les mêmes proportions, sans qu'il soit nécessaire de conclure un avenant au présent accord.

Article 4 – L'organisme assureur – Les prestations

L'AMF se réserve le droit de procéder à la souscription d'un contrat d'assurance auprès de tout organisme de son choix¹.

Il est expressément précisé que les obligations de l'AMF se limitent au seul paiement de sa participation financière au régime. En aucun cas, elle ne saurait être tenue au versement des prestations définies au sein de la notice d'information qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Le contrat d'assurance « socle responsable » souscrit par l'AMF respecte le cahier des charges dits « responsables » tel que défini par les textes en vigueur au jour des présentes. Afin de conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales, les garanties de ce contrat seront si nécessaire adaptées afin de respecter le cahier des charges des « contrats responsables ». Toute nouvelle exclusion ou obligation de prise en charge, ou plus généralement tout aménagement apporté à ce cahier des charges par les textes légaux ou réglementaires, sera automatiquement applicable au contrat « socle responsable ».

Article 5 – La suspension du contrat de travail

Article 5.1 – La suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéfice du régime complémentaire frais de santé est maintenu au profit des bénéficiaires dont le contrat de travail est suspendu, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire total ou partiel, d'un revenu de remplacement versé par l'AMF ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'AMF.

Dans une telle hypothèse, l'AMF verse la même contribution que pour les bénéficiaires pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le bénéficiaire doit obligatoirement acquitter sa propre part de cotisations.

¹ Conformément aux dispositions de l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur et des intermédiaires sera réexaminé au moins tous les cinq ans.

Article 5.2 – La suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Les bénéficiaires dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ou revenu de remplacement versé par l'AMF, ni ne perçoivent d'indemnités journalières complémentaires, pourront bénéficier du maintien du régime complémentaire frais de santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter seuls de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale), laquelle devra être réglée directement à l'organisme assureur, par prélèvement automatique sur leur compte bancaire.

Article 6 – La rupture du contrat de travail (« la portabilité »)

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les anciens salariés pourront bénéficier du **maintien des garanties « incapacité-invalidité-décès »** dans les conditions et limites fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale 

Conformément aux dispositions du texte susvisé :

- Ce maintien est applicable pendant une durée égale à la période d'indemnisation du 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 le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Les anciens bénéficiaires concernés devront justifier auprès de l'organisme assureur en charge du régime, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions posées par les textes pour en bénéficier (justificatif de leur indemnisation par Pôle Emploi, notamment).

Article 7 – L'information et le suivi

Article 7.1 – L'information

Article 7.1.1 – L'information individuelle

En sa qualité de souscripteur, l'AMF remet aux bénéficiaires et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les bénéficiaires seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.



S.C

Article 7.1.2 – L'information collective

Conformément à l'article R.2312-22 du Code du travail, le Comité Social et Economique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties collectives et obligatoires de remboursement de frais de santé.

Article 7.2 – Le suivi

Le suivi du présent accord sera assuré par le Comité Social et Economique. Il est associé à la gestion du régime.

Il est informé et consulté avant toute modification du régime.

Il reçoit copie de toutes les informations transmises par l'assureur à l'entreprise et notamment son rapport annuel.

Article 8 – L'effet - L'entrée en vigueur - La durée - La dénonciation - La révision -La caducité

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Il remplace à compter de cette date toutes dispositions applicables jusqu'alors au sein de l'AMF et portant sur le même objet. En particulier, il se substitue à l'accord collectif référendaire « Frais de santé » du 22 février 2005 et ce, conformément aux dispositions de l'article L. 911-5 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à l'article L.2222-5-1 du Code du travail, les parties conviennent de se réunir dans un délai maximum de cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent accord, afin de dresser un bilan de ses conditions d'application et d'envisager le cas échéant les évolutions susceptibles d'y être apportées.

Le présent accord pourra à tout moment être révisé dans les conditions et selon les modalités prévues par les articles L.2222-5 et L. 2261-7-1 du Code du travail.

La procédure de révision peut être engagée par les organisations syndicales y étant habilitées en application des dispositions légales en vigueur à la date de la demande de révision.

Cette demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'employeur, ainsi qu'à chacune des organisations syndicales signataires représentatives dans l'entreprise.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de trois mois à compter de la réception de cette demande, afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

S.L

Les parties conviennent que l'employeur convoquera à la négociation de l'avenant de révision l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise, signataires ou non de l'accord.

Toute modification fera l'objet d'un avenant conclu dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires. L'avenant se substituera alors de plein droit aux dispositions qu'il modifiera.

Conformément à l'article L.2222-6 du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer, moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation se déroule dans les conditions et selon les modalités prévues par les articles L.2261-9 et suivants du Code du travail.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective

Dans l'hypothèse où le contrat d'assurance serait résilié à l'initiative de l'organisme assureur, notamment du fait d'une dégradation des résultats techniques, d'une proposition d'augmentation des cotisations ou de dégradation des garanties, et où aucun nouveau contrat de prévoyance ne serait conclu, aux conditions du présent accord, celui-ci serait caduc, la condition essentielle de l'engagement de l'AMF ayant disparu. Les Parties se réuniraient dès la connaissance d'un risque de caducité, afin d'examiner les solutions de substitution éventuelles.

Article 9 – La notification – Le dépôt – La publicité

Le présent accord sera déposé sur la plateforme nationale « TéléAccords » du ministère du travail par le représentant légal de l'AMF, ainsi qu'au greffe du conseil de prud'hommes.

En outre, un exemplaire original sera établi pour chaque partie.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non signataires de celui-ci.

Le présent accord sera déposé sur le site Intranet de l'AMF.

Pour la Direction,
M. Benoît de Juvigny



Le 07/12/2021

Pour le syndicat C.F.D.T.,
M. Stéphane Lair

