

**PROTCOLE DE GESTION ADMINISTRATIVE
DU REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE
A EFFET DU 1^{ER} JUILLET 2010
PREVU PAR LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS DU 11 JUIN 2010**

Conclu entre d'une part,

- L'AMAFI
- La CGT Bourse-Investissement
- La CFTC M-F
- La CFDT Bourse
- La CGC – Marchés Financiers
- F.O. – Bourse
- Le SPI - MT

et d'autre part,

APRI PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale.

Dont le siège social se situe à 92240 – Malakoff - 139-147 rue Paul Vaillant-Couturier représentée par Jean MOMBAZET Directeur du Domaine Assurance de personnes,

soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61 rue Taitbout, 75009 Paris,

ci-après dénommée la « Institution ».

[Handwritten signatures and initials]

1/19

[Handwritten initials: DBOB, FC, 811 D, CC, 07, BSM, TR, CF, MF, >>]

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1. Objet du protocole

Ce protocole de gestion est établi conformément aux dispositions du régime conventionnel de Frais de Santé (dénommé ci-après « Régime conventionnel ») prévu par la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers (dénommée ci-après « Accord »), signée le 11 juin 2010.

Il a pour but de définir notamment les règles relatives aux modalités de fonctionnement administratif du Régime conventionnel, aux exclusions et aux notices d'information.

Article 2. La Commission Paritaire de Gestion.

Il est institué tel que prévu à l'article 22-12 de l'accord, une Commission Paritaire de Gestion du Régime conventionnel.

2.1. Composition et fonctionnement :

La Commission Paritaire de Gestion est composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires de la Convention et d'un nombre égal de représentants des Entreprises, désignés par l'AMAFI. Par ailleurs, par décision prise à la majorité de ses membres, la Commission Paritaire de Gestion peut décider de s'adjoindre des observateurs, qui ne disposent pas du droit de vote. En ce cas, chaque Organisation syndicale non signataire de la Convention est appelée à désigner un représentant en qualité d'observateur.

La Commission Paritaire de Gestion est présidée, alternativement pour une durée de deux ans, par un représentant des organisations syndicales de salariés et un représentant des entreprises. La première présidence est déterminée par tirage au sort.

La Commission Paritaire de Gestion se réunit au moins une fois par an avant le 15 septembre de chaque année. Des réunions exceptionnelles peuvent être organisées à la demande d'un de ses membres pour traiter des questions spécifiques ou urgentes, ou à la demande de l'Institution pour une révision des garanties et/ou des cotisations.

La Commission Paritaire de Gestion peut inviter à ses réunions des représentants de l'Institution ou toute autre personne qu'elle juge utile.

Les convocations sont faites par l'AMAFI, en accord avec le président de la Commission Paritaire de Gestion. La convocation précise l'ordre du jour.

Les décisions de la Commission Paritaire de Gestion sont prises à la majorité simple.

L'Institution pourra soumettre chaque année à la Commission Paritaire de Gestion ses propositions de modification du Régime conventionnel. Toute modification de l'Accord ne pourra être effectuée que sous réserve du respect des dispositions de son article 22-



BIB
GL

JFB
P.H.D

2/19

HL

Bsm
03


CFTR
AF
33

2.2. Compétence et attributions :

La Commission Paritaire de Gestion a pour objet d'examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du Régime conventionnel institué par le présent protocole, notamment l'étude et l'analyse du rapport d'information sur les comptes des résultats globaux des Régimes conventionnels qui doit être fourni par l'Institution chaque année, au plus tard le 31 juillet de l'année n+1 pour le rapport relatif à l'année n.

Ladite Commission est habilitée à effectuer toute proposition d'aménagement des Régimes conventionnels, tant au niveau des garanties que des cotisations, et à analyser et valider les propositions de modifications faites par l'Institution. Pour ce faire, la Commission Paritaire de Gestion peut demander à l'Institution toute information utile d'ordre administratif, financier, ou social.

Elle examine les problèmes d'interprétation et d'application des Régimes conventionnels, et définit les aides à financer par le fonds social.

Elle est également habilitée à réexaminer le choix de l'organisme désigné.

Article 3. Date d'effet, durée et modification du protocole

Il est convenu entre les signataires de l'Accord et l'Institution que le présent protocole prendra effet à compter du 1^{er} juillet 2010.

Le présent protocole se renouvelle au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

Le présent protocole pourra être dénoncé par chacune des parties, au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à l'autre partie trois mois avant la date du renouvellement.

Chacune des parties pourra, chaque année, proposer tout projet de modification du présent protocole par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'autre partie au moins trois mois avant la date du renouvellement.

Le présent protocole pourra être modifié par voie d'avenant.

Toute modification de l'Accord entraînera celle du présent protocole, après accord de l'Institution.

Article 4. Contrat Solidaire et Responsable

L'Institution propose à ses membres des régimes Frais de Soins de Santé qui respectent l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre à la définition de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ».

Par « contrat solidaire », on entend un contrat Frais de Soins de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

[Signature]

JPB

P.H.D

CK

Bgm

27 CF
[Signature]

5

AF

TR

37

Par « contrat responsable », on entend un contrat Frais de Soins de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et les textes réglementaires d'application.

Article 5. Bénéficiaires

Les bénéficiaires du Régime conventionnel définis au B-1 de l'annexe 2 de l'Accord sont les salariés mentionnés à l'article 22-6 de l'accord ainsi que leur famille.

La famille est définie comme suit :

• le conjoint à charge du salarié au sens de la Sécurité sociale. Est assimilé à celui-ci le partenaire lié par un PACS ainsi que le concubin notoire au sens de la Sécurité Sociale.

• le(s) enfant(s) à charge, c'est-à-dire :

- l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli¹ du salarié, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS ou de son concubin, s'il est effectivement à charge du salarié, c'est à dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

C'est-à-dire en tant qu'ayants droit d'un ascendant, d'un collatéral(e) ou à la suite d'un placement par la DDASS.

▪ bénéficiaire des prestations Sécurité Sociale sous le numéro d'immatriculation du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin ;

▪ ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il est en apprentissage ;


▪ ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il bénéficie d'un contrat de professionnalisation, et que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC ;


▪ être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité Sociale en qualité d'ayant droit du salarié ;

▪ ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;

- l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre duquel le salarié verse une pension alimentaire.

Le bénéficiaire du contrat peut être étendu, à la demande du salarié bénéficiaire du Régime conventionnel, à titre facultatif, à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin bénéficiant à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité Sociale.


DAB
OL JFB P4.D


Bsm
TR
AF
AF
57

Article 6. Obligations des entreprises adhérentes

Adhésion des entreprises

L'adhésion des entreprises du secteur sera obligatoire à compter du 1^{er} juillet 2010.

Selon les dispositions mentionnées à l'article 22-4-1 de l'Accord :

1- Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire frais de santé au jour de la signature de l'Accord comprenant des garanties au moins équivalentes à celles fixées par l'Accord peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'Institution. Dans ce cas, l'entreprise fournit à l'Institution une attestation établie conjointement avec le ou les organismes qu'elle a désigné(s) pour la gestion et l'assurance de ses régimes propres. Cette attestation garantit que :

- les niveaux de prestations de leur(s) régime(s) sont au moins équivalents, globalement, à celles accordées par le Régime conventionnel;
- que le montant de la quote-part salariale de la cotisation due pour ces prestations est inférieur ou égal à celle prévue pour les garanties du Régime conventionnel.

2 - Les entreprises n'ayant pas mis en place de régime complémentaire frais de santé obligatoire ou ayant un régime avec des garanties inférieures, préalablement à la signature de l'accord, doivent rejoindre le Régime conventionnel ou mettre leur régime en conformité au plus tard 15 mois après sa date d'entrée en vigueur.

Du fait de la comparaison des garanties telle que mentionnée au point 1 ci avant, une entreprise a la possibilité d'adhérer uniquement au Régime conventionnel de frais de santé sans adhérer au régime conventionnel de Prévoyance, objet d'un protocole de gestion distinct établi par l'Institution, si les garanties prévoyance sont au moins équivalentes à celles fixées par l'Accord. Dans ce cas, une pesée de son risque sera effectuée au plan des garanties. Cette pesée sera examinée par la Commission Paritaire de Gestion.

3 - L'obligation de rejoindre le Régime conventionnel s'applique de plein droit à l'entreprise lorsqu'elle est amenée, à son initiative ou non, à changer d'organisme assureur, si elle n'a pas souscrit de nouveau contrat conforme au Régime conventionnel, à l'issue du préavis contractuel prévu dans le régime résilié.

Selon les dispositions mentionnées à l'article 22-4-2 de l'Accord, les entreprises créées après l'entrée en vigueur de l'arrêté d'extension de la Convention doivent adhérer au Régime conventionnel au plus tard six mois après la date de leur rattachement à la Convention.

Afin d'adhérer au Régime conventionnel, l'entreprise concernée, dénommée ci-après "l'Adhérent", devra retourner à l'Institution « le bulletin d'adhésion », dûment rempli, daté et signé.

L'Adhérent recevra une notification d'adhésion de l'Institution, qui confirmera la prise en compte de l'adhésion et la date d'effet.

[Handwritten signatures and initials]
DAD
EL JFB PH-D

5/19

[Handwritten initials]

[Handwritten signatures and initials]
Bsm
AF
AF
37

Affiliation des salariés

L'Adhérent devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés tels que définis à l'article 22-6 de l'Accord, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement. Toutefois, une dispense d'affiliation est admise, conformément à la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 et aux dispositions mentionnées au B-2 de l'annexe 2 de l'Accord :

- Au jour de la date d'entrée en vigueur du Régime conventionnel de frais de santé, pour le salarié bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS tel que défini par la loi, en application d'un régime frais de santé obligatoire pour lui, dès lors qu'il apporte à son employeur un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette faculté n'est pas offerte au salarié embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au Régime conventionnel. La dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, de non-renouvellement annuel de l'attestation de couverture obligatoire, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées par la Convention, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.
- Pour le salarié bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) qui la justifie, chaque année, auprès de son employeur, par la production de l'attestation de droit à la protection complémentaire.
- Pour le salarié bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L863-1 du Code de la Sécurité Sociale, jusqu'à l'échéance du contrat individuel s'il ne peut pas le résilier par anticipation.
- Pour le salarié bénéficiant d'une couverture obligatoire de remboursement de frais de santé du fait d'une autre activité exercée simultanément (salarié à employeurs multiples) : le salarié est affilié chez l'employeur auprès duquel il a le plus d'ancienneté.
- Pour le salarié à temps très partiel, (ou apprentis), n'ayant qu'un seul employeur et dont la cotisation salariale au Régime conventionnel serait égale ou supérieure à 10% de sa rémunération.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au Régime conventionnel, auprès de l'Adhérent, dans un délai d'un mois à compter de la mise en place du Régime conventionnel par l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai d'un mois qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à l'Adhérent, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au Régime conventionnel. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1er jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

[Signature]
DAB
AL

JFB
P.H.D

6/19

HT-

[Signature]
L7
Bsm
CF
AF
7P
AF
37

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au Régime conventionnel lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation

Chaque salarié affilié sera appelé participant.
Les salariés bénéficieront des garanties dans les conditions prévues par l'Accord dès leur date d'affiliation au Régime conventionnel.

Article 7. Garanties prévues par l'Accord

7.1 Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après à l'article 7.2.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées ci-après à l'article 7.3

En tout état de cause, le cumul des prestations versées à un participant au titre de la Sécurité Sociale, de l'Institution et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés.

Les frais engagés hors de France sont pris en charge par l'Institution si ceux-ci sont pris en charge par le régime de base.

7.2 Dans le cadre du respect du cahier des charges « contrat responsable », ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 7.3 et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution :

- la participation forfaitaire mise à la charge du bénéficiaire par la Sécurité sociale pour les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie (article L322-2 II du Code de la Sécurité Sociale).
- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - . il n'a pas choisi son médecin traitant,
 - . il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
 - . il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, lorsque cette disposition entrera en vigueur.
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité Sociale.

[Handwritten signatures and initials: BJB, JPB, P.H.D., ET, Bsm, LF, CF, AF, and other marks]

- les franchises mentionnées à l'article L322-2 III du Code de la Sécurité sociale, dites « franchises médicales ».

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

~~ASB~~
FL

JFB

PHD

d CF 2
PA CF

TF

AF



CF

→

BSM

→

7.3 Les garanties définies à l'annexe 3 de l'Accord sont les suivantes :

HOSPITALISATION	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	Etablissement Conventionné et Non Conventionné : 100 % DE LA BR (1)
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire	
Chambre particulière	néant
Forfait journalier	100 % des Frais Réels dans la limite de 18 euros par jour
SOINS COURANTS	
Généralistes	100 % DE LA BR (1)
Spécialistes	100 % DE LA BR (1)
Analyses – auxiliaires – Actes de spécialité – Electroradiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS	100 % DE LA BR (1)
Transport	100 % DE LA BR (1)
PHARMACIE	
100 % DU TFR (1)	
DENTAIRE	
Franchise prothèses 6 mois pour tout nouvel entrant	
Soins	100 % DE LA BR (1)
Orthodontie prise en charge par la SS	100 % DE LA BR (1)
Prothèses prise en charge par la SS	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 200% BR et d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 30% du PMSS
OPTIQUE	
Franchise 6 mois pour tout nouvel entrant - 1 paire lunettes / an	
Verres simples	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 2% PMSS/verre
Verres complexes	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 2% PMSS/verre
Montures	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 3,5 % du PMSS
Lentilles prise en charge par la SS	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 3,5% du PMSS
Prise en charge des actes de prévention (2) dans la limite des prestations garanties par le contrat (3)	

(1) sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

(2) figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006

(3) à titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - TFR = Tarif Forfaitaire de responsabilité

SS = Sécurité Sociale - PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

LS
AF

TR

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including initials like 'ER', 'JPS', 'RHS', 'AF', 'RSM', 'LJ', 'CF', 'A', and 'E'.

La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le participant en informe l'Institution qui lui délivrera une prise en charge.

Cette prise en charge dispensera le participant de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du Régime conventionnel, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le participant paye son séjour hospitalier à l'établissement.

Article 8. Période de couverture

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement garanti doit survenir en période de couverture.

Cela signifie que :

- le Régime conventionnel doit toujours être en vigueur dans l'entreprise,
- et le participant doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 22-6 de l'Accord.

Article 9. Paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article 22.9 de l'Accord les cotisations, exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale, sont fixées à :

	Tarifs y compris mutualisation ANI (2%) pour les cotisations concernées	Couverture conventionnelle	appelées pour 2010 et 2011 à un taux de 0.80
Régime Général	Famille SS – Obligatoire	1,83	1.46
	Conjoint – Facultatif*	1,28	1.02
Alsace Moselle	Famille SS – Obligatoire	1.01	0.81
	Conjoint – Facultatif.*	0.72	0.57

* La cotisation du régime facultatif garantissant le conjoint, ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS bénéficiant à titre personnel du régime de Sécurité Sociale ne donne lieu à aucun financement Employeur.

BTAS
EL
JFB

PH.D

B&M

4
f

TF
UE
AF
OF
FA
S

[Signature]

66

0.1

Soit une ventilation part employeur (50 %) et part salarié (50%) égale à :

	Tarifs y compris mutualisation ANI (2%) pour les cotisations concernées	Couverture conventionnelle	appelées pour 2010 et 2011 à un taux de 0,80
Régime Général	Famille SS – Obligatoire	0,915	0,73
Alsace Moselle	Famille SS – Obligatoire	0,505	0,405

Les taux de cotisation sont maintenus par l'Institution pour une période de 2 ans soit jusqu'au 31 décembre 2011 sous réserve qu'il n'y ait pas d'évolution de la réglementation et/ou des régimes obligatoires de la Sécurité Sociale durant ces années.

Au-delà de cette période, les cotisations sont révisées annuellement, sans qu'il soit nécessaire qu'un avenant à l'accord soit établi, dans la stricte proportion des résultats techniques du Régime conventionnel et après approbation de la commission paritaire de gestion sous réserve que l'augmentation ne dépasse pas 10% du montant de la cotisation précédemment définie. Dans la même limite, la commission paritaire de gestion pourra décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer à due concurrence actuarielle les garanties.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des participants et les cotisations des conjoints (concubins ou partenaires liés par un PACS) bénéficiant à titre personnel du régime de Sécurité Sociale ayant choisi d'adhérer. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

L'Institution procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base de la copie de la DADS communiquée par l'Adhérent à l'Administration fiscale.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'Institution envoie à l'Adhérent une lettre de mise en demeure en recommandé avec accusé de réception. Le cas échéant, l'Institution peut engager une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

Déclaration annuelle des salaires

L'Adhérent doit communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 28 février de l'année N + 1, le formulaire type de Déclaration de Régularisation Annuelle des Salaires (DRAS) dûment complété. De même, il communique, sur demande de l'Institution, une copie de sa Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) correspondant à l'exercice N telle qu'elle a été adressée à l'administration fiscale ou selon la norme informatique DADS CRC ou DADS-U (Déclaration Automatisée des Données Sociales Unifiées).

Par ailleurs, en cas de non-communication des éléments nécessaires au calcul des cotisations et notamment la DADS ou la DRAS, les cotisations seront recouvrées sur la base d'un montant égal à 110 % de celles qui étaient dues pour la période précédente.

[Handwritten notes and signatures]
BIB JB
62
R.V.D
11/19
GR
Ben 27
0.2
L
A
DE
TR
33

Article 10. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale.

Article 11. Frais de gestion

Ils sont prélevés par l'Institution sur les cotisations brutes prévues par l'Accord.

Ils s'élèvent à : 11 %

Les frais de gestion comprennent en particulier :

- tous les frais de conception, réalisation et communication des documents à l'usage des membres signataires de l'Accord, des Adhérents, des participants, des bénéficiaires et de la commission paritaire de gestion.
- tous les frais de gestion des garanties prévues par l'accord.

Article 12. Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie du personnel définie à l'article 22-6 de l'Accord,
- à la date d'effet de la liquidation retraite du participant, à l'exception des participants poursuivant sans interruption une activité « cumul emploi-retraite »
- à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord ou du présent protocole de gestion,

En dehors des cas de radiation prévus ci-avant, les garanties cessent à l'égard son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin bénéficiant à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité Sociale :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre. Le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, une fois radié, ne pourra plus bénéficier de la garantie. Cette radiation est définitive,
- à la date à laquelle le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin ne remplit plus les conditions prévues à l'article 3 du présent protocole pour être bénéficiaire,

Article 13. Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé

13.1 Maintien en cas de suspension du contrat de travail

1. En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées par l'employeur ou pour son compte par un organisme tiers), la garantie est maintenue pour le participant et, le cas échéant, l'ensemble de sa famille pour la période considérée.

Handwritten initials: BDB, JB, and a signature.

Handwritten initials: P.H.D

12/19

Handwritten initials: EF

Handwritten initials: BSM

Handwritten initials: L

Handwritten initials: J

Handwritten initials: CF, TF, AF

Handwritten initials: O.D

Handwritten initials: U

Handwritten initials: TF

Handwritten initials: TF

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

2. En cas suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de salaire par l'employeur ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, le participant peut demander le maintien, pendant la durée de la suspension de son contrat de travail, de la couverture frais de santé pour lui-même et, le cas échéant, son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin sous réserve de s'acquitter de l'intégralité des cotisations (part employeur et part salarié) définies à l'article 9.

13.2 Maintien des garanties frais de santé au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 « portabilité des droits »

13.2.1 Conditions au maintien de l'affiliation

L'affiliation au contrat et par conséquent les garanties dont bénéficiait effectivement le participant peuvent être maintenues en cas de rupture de son contrat de travail à condition que la rupture résulte d'un motif autre qu'une faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien de l'affiliation est toutefois subordonné à l'envoi par l'Adhérent du formulaire « Déclaration de portabilité » type dûment renseigné et signé, dans un délai de 20 jours à compter de la cessation du contrat de travail. A défaut, l'affiliation du participant est résiliée de plein droit à la date de rupture du contrat de travail.

13.2.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder neuf mois. Sont assimilés au dernier contrat de travail, les contrats de travail successifs exécutés de façon continue chez l'Adhérent.

En tout état de cause, l'affiliation du participant est résiliée de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée à l'article 13.2.3,
- en cas de non renouvellement de l'Accord ou du protocole de gestion.

13.2.3 Obligations déclaratives

- Le participant s'engage à fournir à l'Institution :
 - dans les meilleurs délais, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
 - mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

De même, il s'engage à l'informer de la cessation du versement des allocations Chômage survenant au cours de la période de maintien de couverture.

DAB
EL
P.H.D
13/19
EF
B88m 27
CF
AF
37

* L'Adhérent s'engage à informer l'Institution, s'il en a connaissance, de tout évènement mettant fin au maintien de l'affiliation du participant et notamment de la date de cessation du versement des allocations Chômage.

13.2.4 Garanties

* Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail. Ce maintien de garanties est accordé également aux membres de sa famille bénéficiaires, tels que définis au contrat, présents et futurs.

* Les évolutions des garanties du contrat sont opposables au participant.

L'Adhérent s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

13.2.5 Cotisations

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation permettant au participant d'être couvert sans paiement de cotisations après la cessation de son contrat de travail.

13.3 Maintien en cas de rupture du contrat de travail

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier de garanties frais de santé par la souscription d'une garantie individuelle, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux les personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou de préretraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les ayants droits qui étaient garantis par l'intermédiaire du participant décédé. Le maintien est effectif pour une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les six mois -suivant la rupture du contrat de travail ou avant le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 13.2, si la durée de ce maintien excède six mois - ou le décès du participant.

Article 14. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent protocole sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 15. Délais et modalités de règlement des prestations

L'Institution règle ses prestations Frais de Santé par virement sur le compte bancaire ou postal du participant, généralement dans les 48 heures qui suivent la réception de

BIBB JB
GL [Signature]

P.V.D 14/19
EF

BSM 2/ [Signature] CF TR AF
[Signature] [Signature]

l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de l'Institution.

Article 16. Information de la Commission Paritaire de Gestion, des entreprises adhérentes et des participants

16.1. Frais de fonctionnement de la Commission Paritaire de Gestion

Dans le cadre du suivi du Régime conventionnel tel que prévu à l'article 22-12 de l'accord, les frais de fonctionnement (déplacement, secrétariat, indemnisation du temps passé) de la commission paritaire de suivi sont pris en charge selon les modalités appliquées aux administrateurs de l'Institution.

16.2. Information de la Commission Paritaire de Gestion et des entreprises adhérentes

L'Institution fournira chaque année à la Commission paritaire de gestion les comptes techniques des Régimes conventionnels ainsi qu'une analyse détaillée de ceux-ci au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice ainsi que tout document ou information complémentaire qui pourrait être utile au suivi des Régimes conventionnels. Ce rapport annuel sera tenu à la disposition des entreprises adhérentes.

16.3. Information des participants

L'Institution réalisera une notice d'information en nombre suffisant adressée aux entreprises adhérentes, à charge pour ces dernières de la remettre à chacun des participants concernés, conformément aux dispositions de l'article L 932-6 du code de la Sécurité Sociale.

Cette notice définira :

- les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur,
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions et des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.
- les obligations pesant sur les entreprises adhérentes et les participants, telles qu'elles sont prévues par l'Accord.

Conformément à l'article L 932-6 précité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'Adhérent est tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet en nombre suffisant par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page:

- BTMB
- JFB
- PLD
- Bsm
- 47
- CF
- AF
- 15/19
- et
- 0,7
- TF
- 37

Article 17. Révision du Régime conventionnel

Les cotisations et les garanties seront révisables chaque année dans les conditions prévues par l'article 22-11 de l'Accord.

Article 18. Demandes de remboursement

- Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'Institution dans un délai maximum de six mois suivant la survenance des soins ou du décès par le participant ou le bénéficiaire.
L'Institution ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive du participant ou du bénéficiaire.
- Les participants, l'Adhérent et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.


L'Institution se réserve le droit de demander au participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Les justificatifs à fournir par le participant pour ses demandes de remboursement sont :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale (Etablissement conventionné ou non conventionné)	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Optique Prothèses dentaire prises en charge par la sécurité sociale	Facture détaillée

BRMS
02 JEB


PH.D

TF
BGM
JA
CF
AF
5)

	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale +Justificatifs ci-dessus

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution :
Facture acquittée du ticket modérateur.

Article 19. Règlement des prestations

Le paiement des prestations est dû au participant, le premier jour de son affiliation, pour tous les soins engagés en période de couverture quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident ayant provoqué ces soins.

Article 20. Assistance

En complément de la garantie "frais de santé" gérée par l'Institution, des garanties d'Assistance sont accordées. Une annexe définissant les prestations accordées et les modalités de leur mise en œuvre est jointe au présent protocole.

Article 21. Contrôles médicaux

L'institution peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

Si le participant se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à l'Institution son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du participant.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du participant, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de l'Institution, par le Président du tribunal de Grande Instance, statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège de l'Institution.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales.

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including initials like 'DPS', 'PL', 'JFB', 'P.H.D', 'BSM', 'CF', 'TF', 'LF', 'AF', and various scribbles.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au participant devront être restituées à l'Institution.

Fait à Malakoff, le 9 juin 2010



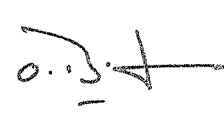
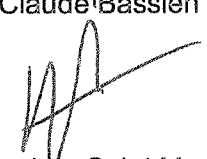
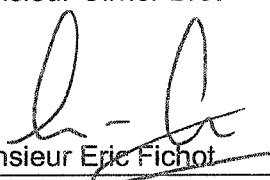

Pour l'Institution APRI Prévoyance



Monsieur Jean-Michel BAZET


Fait à Paris, le 11 juin 2010

Pour l'AMAFI

 Monsieur Jean Bernard Laumet	 Monsieur Jean Claude Bassien
 Monsieur Olivier Brot	 Monsieur Bertrand de Saint Mars
 Monsieur Eric Fichot	 Monsieur Christian Fine

Pour la CGT Bourse-Investissement

Pour la CFTC M-F



Monsieur Alain Froelich

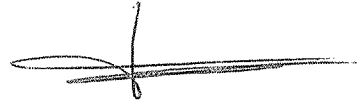


AF
TR

Pour la CFDT Bourse




Monsieur Jean-François Bibient



Monsieur Thierry Faure

Pour la CGC – Marchés Financiers

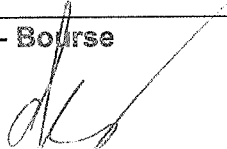


Monsieur Louis Noel Guerra



Madame Evelyne Marc

Pour F.O. – Bourse

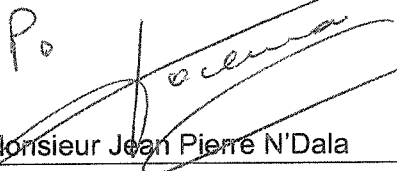


Monsieur Daniel de Beckers

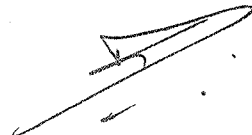


Monsieur Eric Leroy

Pour le SPI – MT



Monsieur Jean Pierre N'Dala



Monsieur Philippe Dionnet