

**AVENANT N° 2 DU 31/08/2017 AUX REGIMES DE PREVOYANCE ET DE FRAIS DE
SANTÉ CONCLUS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS DU 11 JUIN 2010**

Signé entre :

L'organisation patronale :

- Association française des marchés financiers (AMAFI)

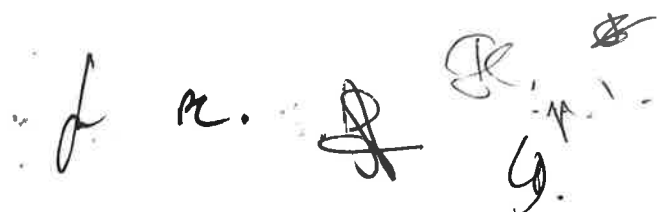
D'une part

Les organisations syndicales :

- CFDT Bourse,
- CFTC Marchés Financiers,
- CFE-CGC MF,
- CGT-BI
- FO Bourse,
- SPI-MT.

D'autre part

Ont convenu de ce qui suit :



Préambule

Le présent avenant a pour objet de réexaminer et d'adapter les régimes conventionnels frais de santé et prévoyance au regard des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis la conclusion de l'avenant n°1 du 16 juin 2011. Il est également convenu de réviser les cotisations.

En conséquence, l'article 22, l'annexe II et l'annexe III de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers (CCNM) sont modifiés comme suit :

Article 1 : Organisme assureur

L'article 22-3 « Organisme assureur et gestionnaire » de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers et désormais intitulé « organisme assureur ». Les dispositions dudit article sont remplacées par les dispositions suivantes **à effet du premier jour du mois civil qui suit la signature du présent avenant** :

« Article 22-3 - Organisme assureur

Les entreprises sont libres d'adhérer à l'organisme assureur de leur choix. L'adhésion doit permettre l'application intégrale du dispositif conventionnel. »

Article 2 : Modalités d'adhésion des entreprises et clause de sauvegarde

Les articles 22-4 « Modalités d'adhésion des entreprises » et 22.5 « clause de sauvegarde » de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers sont supprimés à effet **du premier jour du mois civil qui suit la signature du présent avenant**.

Article 3 : Garanties décès

Afin de mettre l'annexe II A de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers en conformité avec la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 et le décret n°2015-1092 du 28 août 2015, les dispositions suivantes sont ajoutées à la suite du 2^{ème} alinéa de l'article A-1 :

« En cas de décès, le capital garanti est revalorisé conformément aux dispositions de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 et de décret n°2015-1092 du 28 août 2015 ».

Ces dispositions prennent effet au 1^{er} janvier 2016 pour les seuls décès survenant à compter de cette date.

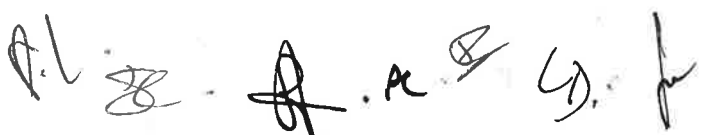
Par ailleurs, le montant de la prestation décès en % du salaire de référence défini à l'article 22-8 de la CCNM pour les célibataires, veufs ou divorcés sans enfant (CVD0) est porté à 250 % en lieu et place de 140 %.

Enfin, le salaire minimum de référence pour le versement des rentes éducation est porté à 100 % du plafond de la Sécurité sociale de l'année du décès, en lieu et place de 70 %.

Les autres dispositions de l'Article A-1 restent inchangées.

Article 4 : Bénéficiaires de la garantie Frais de Santé

Afin de mettre l'annexe II en conformité avec l'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale de 2016 relatif à la mise en place de la Protection Universelle maladie, il est convenu de modifier l'article B-1- de ladite annexe comme suit :



« Sont bénéficiaires les salariés mentionnés à l'article 22-6 de la CCNM ainsi que leurs familles.

Par famille, il faut comprendre :

- Le conjoint, le partenaire d'un PACS ou le concubin en qualité d'ayant droit du salarié au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 1°) du Code de la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019) ;
- Le conjoint, le partenaire d'un PACS ou le concubin sans activité professionnelle ou à la charge effective, totale et permanente du salarié. Un justificatif sera alors à produire (déclaration sur l'honneur par exemple).

Un seul ayant-droit peut être reconnu au titre de la vie de couple.

- Les enfants à charge c'est-à-dire :
 - Les enfants de moins de 21 ans, non-salariés et à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 2°) et 3°) du Code de la Sécurité sociale, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019)
 - Les enfants de moins de 21 ans, non salariés, à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin. Des justificatifs seront à produire pour attester de la situation de l'enfant.
 - Les enfants de moins de 25 ans placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail, et à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin. Des justificatifs seront à produire pour attester de la situation de l'enfant.
 - Les enfants de moins de 26 ans s'ils bénéficient d'un contrat de professionnalisation, que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,
 - Les enfants atteints d'une infirmité permanente les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice,
 - Les enfants n'ayant pas dépassé la date anniversaire de leurs 26 ans s'ils sont non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et s'ils justifient de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
Au terme de leurs études, ces enfants sont couverts pendant une durée maximale d'un an sous réserve d'être à la recherche d'un premier emploi ;
 - Les enfants, remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire.
- Les ascendants et descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 4°) du Code de la Sécurité sociale, figurant sur la carte de Sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019).
- Les ascendants et descendants à la charge effective, totale et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin et vivant sous le toit du salarié. Des justificatifs seront à produire pour attester de la situation de l'intéressé

Le bénéfice 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 jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019),
- exerçant une activité professionnelle ou non à la charge effective, totale et permanente du salarié

[Handwritten signatures and initials]

Le 3^{ème} alinéa de l'article 22-7 est donc modifié en conséquence comme suit :

« Le régime frais de santé garantit le salarié et sa famille à l'exclusion de son conjoint ou de son concubin ou son partenaire lié par un PACS :

- bénéficiant à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019),
- exerçant une activité professionnelle ou non à la charge effective, totale et permanente du salarié.

Ce dernier peut toutefois adhérer à titre facultatif. »

Ces modifications prennent effet à compter du premier jour du mois civil qui suit la signature du présent avenant.

Article 5 : Dispense d'affiliation

Afin de mettre en conformité l'article B-2- annexe II de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers avec les dispositions de la Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et le Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015, le présent article « Dispenses d'affiliation » est désormais rédigé comme suit à compter du **1^{er} janvier 2016** :

« Une dispense d'affiliation du salarié est admise, à condition de formuler la dispense d'affiliation au moment de l'embauche, ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties dans l'entreprise ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° ci-dessous, pour :

1. le salarié bénéficiaire de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
2. le salarié couvert par une assurance individuelle Frais de Santé au moment de la mise en place des garanties ou au moment de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, le dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
3. le salarié qui bénéficie, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :
 - a- Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS (cas notamment des salariés à employeurs multiples).
 - b- Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).
 - c- Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).
 - d- Régime local d'assurance-maladie Alsace-Moselle (CSS, art. D. 325-6 et D. 325-7).
 - e- Régime complémentaire d'assurance-maladie des industries électriques et gazières (décret n°46-1541 du 22 juin 1946).
4. le salariés bénéficiaire d'un contrat de travail ou de mission dont la durée de couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à trois mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

(Handwritten signatures and initials)

5. le salarié à temps partiel ou apprenti dont l'adhésion au régime frais de santé le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

Ce salarié doit formuler sa demande de dispense d'affiliation par écrit et l'employeur doit être en mesure de produire ces demandes.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogations au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent accord, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi. »

Article 6: Maintien des garanties santé au titre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés. L'article C- annexe II de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers « Cas des salariés licenciés » est modifié en conséquence à compter du **1^{er} juin 2014** pour le régime frais de santé et à compter du **1^{er} juin 2015** pour le régime prévoyance :

a) « Bénéficiaires

Conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et 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 mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
5. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

b) Mise en œuvre de la portabilité

Pour le régime frais de santé, ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiait effectivement des garanties frais de santé à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

[Handwritten signatures and initials]

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme gestionnaire, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

L'ancien salarié bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

Pour le régime prévoyance, il est précisé que les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l'article L. 1226-1 du Code de travail et celles prévues par la Convention collective dites « maintien de salaire », ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

La garantie Incapacité Temporaire de Travail étant définie en relais des obligations conventionnelles de maintien de salaire, il est appliqué une franchise de 90 jours continus pour le participant bénéficiant du maintien de sa couverture prévoyance au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

c) Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties 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, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance ou frais de santé complémentaires, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage,*
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).*
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'Organisme assureur.*
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.*

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

d) Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations prévoyance reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

S'agissant des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire, elles seront limitées au montant des allocations nettes du régime d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

e) Financement

Le financement de ce dispositif fait l'objet de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale). »

M. L. [Signature] A. R. [Signature]

Article 7 : Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Compte tenu des dispositions qui précèdent, à effet du 1^{er} janvier 2014, les dispositions relatives à la mise en œuvre de l'article 4 de la loi Evin de l'article B-5 (alinéa 5 et suivants), de l'annexe II de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers sont modifiées comme suit :

« Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat individuel proposé 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'ancien salarié décédé.

Sous réserve d'être informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du salarié, l'organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale ou du décès du salarié.

Ce maintien de garanties est accordé aux bénéficiaires tels que définis dans la présente CCNM au moment de la cessation du contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article C de l'annexe II de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du salarié.

La nouvelle garantie prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

Les cotisations sont intégralement prises en charge par l'intéressé ».

Les autres dispositions de l'article B-5 de l'annexe II de la Convention Collective Nationale des Marchés Financiers sont inchangées.

Article 8 : Tableau descriptif des garanties

Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales est venu modifier le cahier des charges des garanties que les contrats devront respecter pour être qualifiés de responsables. Par ailleurs, le niveau minimal de garanties dit « panier de soins ANI » défini par le décret n°2014-1025 du 08 septembre 2014 doit être respecté pour les contrats collectifs obligatoires. Les garanties sont donc modifiées en conséquence.

[Handwritten signatures and initials]
pc. J. B. 7-11-1.

A compter du **1^{er} janvier 2018**, les garanties définies à l'annexe III sont les suivantes :

Les garanties s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Hospitalisation	
Frais de séjour	100% BR
Honoraires	100% BR
Forfait journalier	100% FR
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	18 Euros
Soins courants	
Généralistes	100% BR
Spécialistes	100% BR
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	18 Euros
Radiologie, actes de spécialisés	100% BR
Analyses, auxiliaires	100% BR
Prothèse auditives	400% BR
Autres prothèses	400% BR
Pharmacie	
100% BR ou TFR	
Transport	
100% BR	

A.L. A.A. P. LD: J

Dentaire		
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes de prophylaxie, bucco-dentaire, acte d'endodontie, parodontologie	100% BR	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125% BR	
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - couronnes, bridges et inter de bridges, - couronne sur implant, - prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), Réparations sur prothèses, Inlays-cores	200% BR Dans la limite de 30% PMSS / an / bénéficiaire	
Optique		
un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas de changement de vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)		
Verres (par verre)	Simples	65 €
	Complexes	80 €
	Très complexes	115 €
Montures		115 €
Lentilles prises en charge par la SS		3,5% PMSS/an/bénéficiaire 100 % de la BR au-delà du forfait
Prévention		
Prise en charge		

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité

SS = Sécurité sociale

PMSS = Plafond de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Il sera adapté automatiquement en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable.



Article 9 : Financement du Régime de frais de santé

Les cotisations du régime frais de santé définies à l'article 22.9 de de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers sont modifiées comme suit **à compter du 1^{er} janvier 2018**:

Régime Frais de Santé	Structure de cotisations	Taux conventionnel Plafond de la Sécurité sociale	Taux appelé Plafond de la Sécurité sociale
Régime Général	Famille SS – Oblig.	2,05 %	1,64 %
	Conjoint-Fac*	1,40 %	1,40 %
Alsace Moselle	Famille SS – Oblig.	1,60 %	1,28 %
	Conjoint-Fac*	0,79 %	0,79 %

* 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 jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019) ou exerçant une activité professionnelle ou non à la charge effective, totale et permanente du salarié, ne donne lieu à aucun financement Employeur

La cotisation du régime obligatoire frais de santé est financée à 50 % par l'employeur et à 50 % par le salarié, soit une ventilation pour la part employeur et la part salariée :

Régime Frais de Santé	Structure de cotisations	Taux conventionnel Plafond de la Sécurité sociale	Taux appelé Plafond de la Sécurité sociale
Régime Général	Famille SS – Oblig.	1,025 %	0,82 %
Alsace Moselle	Famille SS – Oblig	0,80 %	0,64 %

Les autres dispositions du présent article sont inchangées.

Article 10 : Résiliation

Au sein de l'article E annexe II de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers, les termes « *en cas de résiliation ou de non renouvellement de la désignation* » sont remplacés par « *en cas de changement d'organisme assureur ou de conclusion d'un nouvel accord* » et ce à effet **du premier jour du mois civil qui suit la signature du présent avenant.**

n.l. & A. R. G. f.

Article 11 : Dépôt et extension







Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités prévues à l'article L 2231-6 du Code du Travail.

A l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L2231-8 du Code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L2261-15 du Code du travail.

Fait à Paris, le 31 août 2017,

Association française des marchés financiers (AMAFI) 	CFDT Bourse 
CFTC Marchés Financiers 	CFE-CGC MF,  J. COMBES
CGT Bourse Investissement 	FO Bourse  Philippe LE GENDRE
SPI-MT Estelle FOUVEL 