

REPARTITION PHARMACEUTIQUE

APGIS

AVENANT N°2 A LA CONVENTION
D'ASSURANCE COLLECTIVE

REGIME ACTIFS

16 JUILLET 2018

**Avenant n°2 à la Convention d'Assurance collective
REFERENCE N°9P/FM
REGIME ACTIFS**

ENTRE LES CONTRACTANTS:

- La délégation patronale représentée par :
 - La Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique (C.S.R.P),

- Les organisations syndicales représentatives de salariés suivantes :
 - La Fédération Chimie Energie C.F.D.T,
 - La Fédération Nationale du Personnel d'Encadrement des Industries Chimiques, Parachimiques et Connexes, (C.F.E-C.G.C),
 - La Fédération Nationale des Industries Chimiques (Chimie, Parachimies, Pharmacie, Caoutchouc, Plastiques) CGT,
 - La Fédération Nationale des métiers de la Pharmacie, LABM, cuirs et habillement « Force ouvrière »,

D'une part,

Et

- L'APGIS

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

SIREN n°304-217-904

Siège social : 12, rue Massue - 94684 VINCENNES cedex

Ci-après désignée comme « L'Institution ».

D'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

YT Jn BR
1
PP 93
CP

Article 1 : Objet

Le présent avenant constitue un avenant de révision à la Convention d'assurance applicable depuis le 1^{er} janvier 2016 relatif à la complémentaire frais de santé dans la branche de la répartition pharmaceutique.

Il annule et remplace les dispositions suivantes prévues dans la Convention d'assurance précitée :

- L'article 2-1-4/ Obligations de l'Entreprise adhérente
- L'article 3.1-2/ dans sa partie relative aux définitions des Ayants droit affiliés à titre obligatoire ou optionnel
- L'article 3.2.2/ Nouvelles adhésions
- L'article 4-3 – 1/ dans sa partie relative aux conditions de remboursement
- L'article 4-5/ Etendue territoriale
- L'article 6-2/ dans sa partie relative aux taux et montants des cotisations des Salariés cadres et non cadres
- Le Titre VII / Fonds sur le haut degré de solidarité

Article 2 – Obligations de l'Entreprise adhérente

L'article 2-1-4/ Obligations de l'Entreprise adhérente est modifié et remplacé comme suit :

L'Entreprise adhérente s'engage :

- à affilier et à maintenir à l'assurance la totalité des membres du personnel, selon la réglementation et les dispositions conventionnelles en vigueur,
- à payer les cotisations à terme échu,
- à remettre aux Participants une notice d'information rédigée par l'Institution définissant les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garanties,
- à remettre aux Participants la nouvelle notice d'information ou l'avenant à la notice d'information élaborée par l'Institution pour les informer des modifications qui pourraient intervenir dans leurs droits et obligations.

Pièces et renseignements à fournir

Lors de la souscription, l'Entreprise adhérente doit adresser à l'Institution:

- une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel constatant sa dénomination, sa forme juridique et son siège social datant de moins de trois (3) mois,
- une copie du pouvoir donné par le représentant s'il n'est pas signataire,
- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité de son représentant, ainsi que tout justificatif habilitant ce dernier à prendre cet engagement au nom de l'Entreprise adhérente,
- le bulletin d'adhésion à la Convention d'assurance dûment complété et signé,

Handwritten signatures and initials: "YTT", "CG", "PP", "CP", and a circled "3".

- les déclarations individuelles d'affiliation du personnel à affilier, dûment complétées, signées et accompagnées des pièces justificatives nécessaires.

L'Entreprise adhérente doit transmettre à l'Institution dans un délai de 15 jours suivant l'adhésion à la Convention les déclarations individuelles d'affiliation des salariés.

Elle transmettra également aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité la déclaration individuelle d'affiliation que ces derniers adresseront à l'Institution.

En cours d'adhésion, l'Entreprise adhérente s'engage :

- à informer immédiatement l'Institution en cas de modification administrative (adresse, raison sociale ou opération juridique telles que cession, fusion,...) ou de l'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement, ou de liquidation judiciaire à son encontre en communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire,
- à communiquer à l'Institution dans les 15 jours suivant la date de suspension ou de cessation du contrat de travail, le nom des Participants dont le contrat de travail est suspendu/rompu avec indication du motif et de la date de suspension ou de cessation du contrat de travail (licenciement, démission, retraite, décès, congé parental, congé sans solde, arrêt de travail),
- à transmettre les déclarations individuelles d'affiliation aux salariés nouvellement embauchés. Ces documents doivent être adressés à l'Institution dans les 15 jours suivant l'entrée dans les effectifs de l'Entreprise adhérente,
- à restituer à l'Institution les attestations de tiers payant des Participants et/ou de leurs Ayants droit radiés.

L'Institution ne se trouve engagée que par les déclarations et pièces transmises par l'Entreprise adhérente ou les Participants.

A chaque fin de trimestre, l'Entreprise adhérente s'engage à procéder au paiement des cotisations.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle et des mouvements du personnel (licenciement, démission, retraite, décès, congé sans solde, congé parental, arrêt de travail).

A chaque fin d'année, l'Entreprise adhérente s'engage à communiquer un état de régularisation des éléments de déclaration trimestrielle susvisés (effectifs).

Article 3 – Définitions des Ayants droit

L'article 3.1-2/ Autres Bénéficiaires affiliés au Régime est modifié et remplacé comme suit :

L'affiliation des Ayants droit des Participants tels que définis au point 2 / 1-, ci-dessous est obligatoire.

L'affiliation des Ayants droit et des bénéficiaires tels que définis au point 2 / 2-, ci-dessous est facultative. Dans ce cas, chaque Participant peut choisir d'opter pour une adhésion au Régime, charge à lui d'acquitter la cotisation correspondante, sans participation financière de l'employeur.

1 - Ayants droit affiliés à titre obligatoire

Les ayants droit affiliés à titre obligatoire sont définis comme étant :

- les enfants à charge du Participant au sens du Régime Obligatoire,
- les enfants du Participant ou de son conjoint, de moins de vingt-sept ans poursuivant leurs études et, s'ils ont plus de dix-huit ans, immatriculés sous leur propre numéro de sécurité sociale. Dans ce cas, les remboursements sont effectués sous déduction des prestations perçues de leur mutuelle d'étudiants, ou de tout Régime Obligatoire,
- les enfants du Participant ou de son conjoint, inscrits sous leur propre numéro de sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage ou bénéficiant des mesures en faveur de l'emploi dans le cadre des dispositions légales ou réglementaires en vigueur,
- Les enfants du conjoint du salarié, à charge au sens du Régime obligatoire, dans le cas où il ne bénéficie pas pour eux d'un régime frais de santé. Lorsque le conjoint bénéficie pour eux d'un régime frais de santé, la garantie n'intervient qu'en déduction de ce régime,
- les ascendants du Participant, dès lors qu'ils sont ayants droit au sens du Régime Obligatoire, ou dans le cas contraire, dès lors qu'ils sont affiliés à titre personnel à un régime obligatoire et qu'ils répondent à la définition de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale,
- les petits-enfants du Participant à charge au sens du Régime Obligatoire ou de son conjoint,
- les membres de la famille à charge du Participant, bénéficiaires de l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

2 – Autres Bénéficiaires affiliés à titre facultatif

A/ Les Ayants droit suivants :

Sont définis comme Ayants droit pouvant être affiliés à la Convention à titre facultatif :

- Le conjoint à charge du Participant défini comme :
 - l'époux ou l'épouse légitime du Participant, même séparé de corps mais non divorcé,
 - le concubin du Participant,
 - le partenaire de Pacte Civil de Solidarité du Participant,

dès lors que cette personne :

- est ayant droit au sens du Régime Obligatoire,
- ou, dans le cas contraire, dès lors qu'elle est affiliée à titre personnel à un régime obligatoire et qu'elle est en mesure de prouver, par la fourniture du dernier avis d'imposition commune, l'absence d'activité professionnelle, et :
 - ⇒ l'absence de perception d'un revenu d'activité,
 - ⇒ ou l'absence d'un revenu de remplacement supérieur, pour l'année de référence fiscale, au montant annuel du Revenu de Solidarité Active (RSA) versé pour une personne seule sans enfant.

En outre, le conjoint retraité du Participant qui est désormais affilié à titre personnel à un Régime Obligatoire du fait de la liquidation de ses propres droits à la retraite, peut continuer à bénéficier du présent régime, aux conditions cumulatives suivantes :

OG
YT JA PP
CP OB

- d'avoir été couvert en qualité de conjoint à charge du Participant au moment de l'adhésion de ce dernier,
- de s'acquitter directement auprès de l'Institution du versement intégral de la cotisation « adulte retraité ».

Il n'est pas autrement dérogé à l'article 3.1-2/

Article 4 – Affiliation des bénéficiaires

L'article 3.2.2 Nouvelles adhésions est modifié et remplacé comme suit :

L'Entreprise adhérente remet au Participant une déclaration individuelle d'affiliation fournie par l'Institution et comportant les renseignements nécessaires à la mise à jour des fichiers de l'Institution concernant les informations du Participant et, le cas échéant, des membres de sa famille.

Les personnes telles que définies à l'article 3.1-2 2° souhaitant adhérer à titre facultatif au Régime devront remplir une déclaration individuelle d'affiliation. Les déclarations individuelles d'affiliation sont à retourner complétées, datées et signées.

Le Participant doit joindre à sa déclaration individuelle d'affiliation, selon sa situation :

- la copie de son attestation Vitale à jour (attestation au Régime Obligatoire),
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- s'il est privé d'emploi: la copie du dernier justificatif d'un revenu de remplacement versé par le Pôle Emploi. Cette attestation sera à transmettre à chaque demande de remboursement à l'Institution,

Le Participant doit également joindre, selon sa situation de famille :

- un mandat de prélèvement SEPA si la cotisation est appelée directement par l'Institution auprès du Participant,
- la copie de l'attestation Vitale à jour de ses Ayants droit,
- un certificat de scolarité pour chacun de ses enfants âgés de 16 à 27 ans, à renouveler à chaque rentrée scolaire,
- toute autre pièce complémentaire demandée par l'Institution.

Il est à noter que la qualité :

- de conjoint se perd par divorce sur présentation d'un justificatif,
- de concubin se perd sur présentation d'un courrier, daté et signé, attestant sur l'honneur ne plus vivre en concubinage avec la personne affiliée et précisant la date de cessation des garanties.
- de partenaire lié par un PACS se perd sur présentation de tout document attestant la dissolution d'un PACS délivré par un Officier Public.

Article 5 – Règlement des prestations

L'article 4-3-1/ Conditions de remboursement est modifié et remplacé comme suit :

Les remboursements sont effectués suivant les Garanties fixées en Annexe « Tableau de garanties du Régime conventionnel », selon les modalités suivantes :

- soit, sur la Base des remboursements effectués par le Régime Obligatoire et/ou du Ticket modérateur (TM) ;
- soit, sur la base des Frais réels avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros ;
- ou encore selon un barème de Prestations forfaitaires.

Sauf précisions dans le tableau de Garanties en annexe, la couverture Maladie-Chirurgie-Maternité mise en œuvre par la présente Convention n'intervient qu'en complément des remboursements de prestations en nature effectués par un Régime Obligatoire.

En cas de radiation du Bénéficiaire, les frais engagés pour des soins postérieurs à la date de radiation ne sont pas pris en considération par l'Institution.

Plus généralement, l'Institution ne rembourse pas les frais engagés et déboursés pour des soins :

- antérieurs à la date d'effet de la présente Convention d'assurance ou de l'affiliation du Bénéficiaire,
- ou postérieurs à la date de cessation des Garanties ou de l'affiliation du Bénéficiaire.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- les frais ne figurant pas à la nomenclature du Régime Obligatoire, sauf mention contraire indiquée en Annexe « Tableau de garanties du Régime conventionnel »,
- les frais n'ouvrant pas droit aux Prestations en nature du Régime Obligatoire au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf mention contraire indiquée en Annexe « Tableau de garanties du Régime conventionnel »,
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et non médicaux: téléphone, télévision, boissons, repas,
- les interdictions de prises en charge au titre du contrat « responsable ».

Le remboursement est, dans tous les cas, effectué en fonction de la nomenclature du Régime Obligatoire et conformément à la bonne utilisation de cette nomenclature.

La date des soins retenue est celle prise en compte par le Régime Obligatoire ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les demandes de remboursement doivent être présentées à l'Institution sous peine de déchéance, dans un délai de deux ans suivant la date des soins, à l'adresse suivante :

APGIS – Service gestion REPARTITION PHARMACEUTIQUE
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Handwritten initials and marks: *OP*, *YT*, *JR*, *PP*, *6*, *CP*, *B*

Article 6 – Etendue territoriale des garanties

L'article 4.5 Etendue territoriale des garanties est modifié et remplacé comme suit :

La Garantie s'applique aux frais exposés en France et au sein de l'Union européenne ou dans un pays ayant signé une convention avec la France.

Dans le cas d'une Maladie survenue dans un pays ayant signé une convention avec la France ou dans un pays de l'Union européenne, les dépenses engagées par les Bénéficiaires sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant ne puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire.

Les Garanties complémentaires attachées à la présente Convention d'assurance sont alors accordées sur la base des taux de remboursement du Régime Obligatoire français.

Dans le cas d'une Maladie survenue dans un pays non lié par une convention avec la France, les caisses françaises procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues à l'article R. 160-4 du Code de la Sécurité Sociale. Les Garanties complémentaires attachées à la présente Convention d'assurance sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire admet la prise en charge des frais.

Article 7 – Cotisations

L'article 6-2/ dans sa partie relative aux taux et montants des cotisations des Participants cadres et non cadres est modifié et remplacé comme suit :

Le Régime Conventionnel obligatoire est financé par une cotisation versée pour partie par l'Entreprise adhérente et pour partie par le Participant dans les conditions de l'Accord.

Les adhésions facultatives au Régime Conventionnel sont financées intégralement par le Participant (part patronale et part salariale).

Les taux de cotisations ci-dessous sont exprimés, toutes taxes comprises et en pourcentage du Salaire de référence.

Les taux de cotisation incluent le coût de la portabilité des droits (article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale – définie à l'article 5.3 de la présente Convention) et les taxes de 13,27% (du Hors taxe) au titre de la TSA, 2% au titre du degré élevé de solidarité (prévu par l'article 1.2 3/ de la présente Convention).

Les chargements sont de 8%.

Toute(s) taxe(s) ou contributions légales présente(s) ou future(s) qui viendrai(en)t à s'appliquer aux Régimes sera(ont) mise(s) à la charge de l'Entreprise adhérente et du Participant.

1/ Taux de cotisations du Régime des Cadres

Conformément aux dispositions de la Convention collective, les Cadres sont définis comme étant, tout salarié relevant des dispositions des articles 4 et 4 bis de la Convention Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe de cette convention.

Depuis le 1^{er} Juillet 2017, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du Régime Frais de Santé pour les salariés Cadres est fixé à :

Handwritten notes and initials in blue ink: "OT", "7", "P", "B", "7", "P", "B".

REGIME GENERAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	1,42%	1,38%

REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	0,95%	0,92%

À compter du 1^{er} juillet 2018, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du régime frais de santé pour les salariés cadres sera fixé à :

REGIME GENERAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	1,42%	1,42%

REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	0,95%	0,95%

2/ Taux de cotisations du Régime des Non cadres

Conformément aux dispositions de la Convention collective, les Non cadres sont définis comme étant, tout salarié ne répondant pas à la définition des Cadres précitée.

Depuis le 1^{er} Juillet 2017, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du Régime Frais de Santé pour les salariés Non cadres est fixé à :

REGIME GENERAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	2,38%	2,31%

REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	1,61%	1,56%

Handwritten notes: OF, JT, Jn, PP, 8, 03, CP

À compter du 1^{er} juillet 2018, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du régime frais de santé pour les salariés non cadres sera fixé à :

REGIME GENERAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	2,38%	2,38%
REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
T.A et T.B	1,61%	1,61%

Article 8 – Fonds sur le haut degré de solidarité

Le titre VII – Fonds sur le haut degré de solidarité est modifié et remplacé comme suit :

Conformément à l'Accord relatif à la Complémentaire Frais de Santé et à la Prévoyance dans la Branche de la Répartition Pharmaceutique du 12 janvier 2016 et ses avenants, le Régime finance des actions matérialisant son degré élevé de solidarité avec un budget correspondant à 2% des cotisations Frais de Santé et Prévoyance, tel que défini par l'article R. 912-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ces actions sont définies dans l'Accord relatif à la Complémentaire Frais de Santé et à la Prévoyance dans la Branche de la Répartition Pharmaceutique du 12 janvier 2016 et ses avenants, conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 du Code de la Sécurité Sociale. Le Comité Paritaire de Gestion est chargé de la mise en œuvre de ces dernières, dans la limite du budget fixé ci-dessus et dans le respect des dispositions de l'Accord précité.

Elles sont uniquement accessibles aux salariés des Entreprises adhérentes et éventuellement à leurs Ayants droit si cette possibilité est ouverte dans les dispositifs prévus ci-dessous.

L'Accord prévoit :

- la prise en charge d'une partie de la cotisation des Conjoint(s) à charge, pouvant être affiliés à la Convention à titre facultatif conformément à l'article 3.1 2/.
- la prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - a) Soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit,
 - b) Soit à titre collectif, pour les salariés: l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'une aide pour les aidants familiaux.

Handwritten signatures and initials: *OF*, *YT*, *JR*, *PP*, *CP*

PRISE EN CHARGE D'UNE PARTIE DE LA COTISATION DES CONJOINTS A CHARGE

Une partie du budget alloué aux actions matérialisant le degré élevé de solidarité du Régime défini ci-dessus permettra de financer une partie de la cotisation des Conjointes à charge et adhérent volontairement au Régime auprès de l'Institution. **Ce financement vient en complément de la cotisation forfaitaire due par ces derniers.** Il s'agit d'aider le salarié dont le Conjoint est entièrement dépendant économiquement, à financer une couverture complémentaire pour ce dernier, permettant ainsi une meilleure prise en charge de ses dépenses de santé.

Cette prise en charge s'étend également au Conjoint à charge qui devient veuf/veuve, de façon à maintenir sa couverture Frais de santé en continuant d'en financer une partie pendant **douze mois**.

FONDS SOCIAL

Un montant maximum de 10% du budget relatif au Haut degré de solidarité est affecté à l'alimentation du Fonds Social de la Branche. Ce montant est défini chaque année par le Comité Paritaire de Gestion. Ce fonds permet l'attribution, sur décision du Comité Paritaire de Gestion, d'une aide exceptionnelle au salarié ou à l'ancien salarié ayant fait face à des dépenses importantes par rapport à ses ressources familiales pour lui ou ses ayants droit.

La demande devra être formulée par écrit.

Après acceptation du Comité Paritaire de Gestion cette aide pourra être versée :

- Soit en complément des remboursements du Régime Obligatoire et/ou du Régime Frais de santé dont le salarié, l'ancien salarié ou l'ayant droit bénéficie,
- Soit pour des dépenses non prises en charge par le Régime Obligatoire.

AIDE POUR LES AIDANTS FAMILIAUX

Le reliquat des sommes consacrées au Haut degré de solidarité permettra d'apporter une aide à tout salarié qui s'occupe :

- d'un enfant à charge au sens de la présente Convention ou âgé de moins de 27 ans,
- de son Conjoint, s'entendant comme l'époux, l'épouse légitime, le concubin ou le Partenaire de PACS,
- ou d'un de ses ascendants,

atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et/ou des soins contraignants.

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident mentionnés ci-dessus, ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et/ou de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit la personne au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident.

Cette aide prendra la forme d'une indemnité forfaitaire journalière de 70 euros versée au Participant devant recourir à des journées d'absence sans solde pour s'occuper des personnes ci-dessus définies.

Handwritten notes and signatures: "YT", "JA", "OP", "CP", "03".

Pour pouvoir bénéficier de cette aide, le salarié devra être en contrat à durée indéterminée, avoir au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise et avoir adhéré au Régime Frais de santé de l'Institution.

Dans ce cas, le salarié pourra bénéficier au maximum d'une aide correspond à 15 jours d'absences par an, financée par le dispositif. Ces jours sont cumulables avec tout dispositif légal (congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale par exemple) ou prévu par accord d'entreprise, poursuivant les mêmes objectifs, sous réserve que ces derniers n'entraînent pas déjà le versement d'une indemnité au salarié.

Durant cette période d'absence, le salarié et ses ayants droit continueront à être affiliés aux régimes frais de santé et prévoyance, sans qu'une cotisation ne soit exigée de leur part.

Afin de bénéficier de ces dispositions, le salarié doit envoyer sa demande à l'Institution, qui la transmettra dans un délai d'une semaine maximum à la Commission Spéciale de Solidarité de la Branche. Cette Commission rendra un avis sous 15 jours à compter de la réception de la demande. Cette décision sera transmise à l'Institution chargée d'en informer le Participant.

YT JA OK

CP 03

Article 9 : Durée de l'avenant et entrée en vigueur

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} janvier 2018 sauf dérogations expressément prévues au sein des articles et pour une durée indéterminée

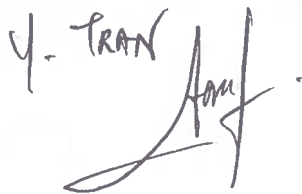
Il n'est pas autrement dérogé aux autres clauses de la Convention d'assurance collective 9P/FM

Fait à Vincennes le, 16/02/2018

POUR LA CHAMBRE SYNDICALE DE LA
REPARTITION PHARMACEUTIQUE (C.S.R.P)



POUR LA FEDERATION CHIMIE ENERGIE
C.F.D.T



POUR L'ASSOCIATION DE PREVOYANCE
GENERALE INTERPROFESSIONNELLE (APGIS)



POUR LA FEDERATION NATIONALE DU
PERSONNEL D'ENCADREMENT DES
INDUSTRIES CHIMIQUE PARACHIMIQUES ET
CONNEXES (C.F.E – C.G.C),



POUR LA FEDERATION NATIONALE DES
INDUSTRIES CHIMIQUES (CHIMIE,
PARACHIMIES, PHARMACIE, CAOUTCHOUC,
PLASTIQUES) CGT,



POUR LA FEDERATION NATIONALE DES
METIERS DE LA PHARMACIE, LABM, CUIRS ET
HABILLEMENT « FORCE OUVRIERE »

