

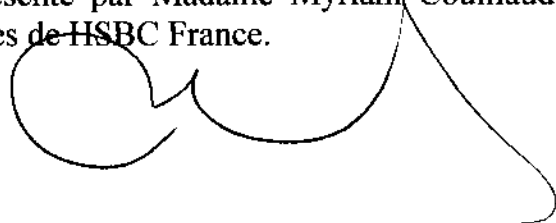
**Accord de Révision HSBC France Instituant un
Régime de Garanties Collectives de
Remboursement de Frais Médicaux**

RESTRICTED/CONFIDENTIEL

pe J Ca id

ENTRE LES SOUSSIGNEES :

HSBC France, dont le siège social est situé 103, avenue des Champs Elysées, 75008 PARIS, représenté par Madame Myriam Couillaud en qualité de Directrice des Ressources Humaines de HSBC France.



D'une part

ET :

Les Organisations Syndicales représentatives au sein de HSBC France, à savoir :

➤ **Le Syndicat CFDT** représenté par

➤ **Le Syndicat CFTC** représenté par

Parcival DEWILL

➤ **Le Syndicat CGT** représenté par

GIRARD Candy.

➤ **Le Syndicat FO** représenté par

➤ **Le Syndicat SNB** représenté par

gilles LEBRUN.

➤ **Le Syndicat UNSA** représenté par

Jocelyne DRIEUX

D'autre part,



Après avoir rappelé que :

Un accord collectif à durée indéterminée conclu le 27 mai 2008 entre les entreprises de l'UES HSBC France et les Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'UES HSBC France, a institué un régime de garanties collectives de remboursement de frais médicaux au sein de l'UES HSBC France. Cet accord s'inscrivait dans le cadre de l'harmonisation des statuts de l'ensemble des salariés de l'UES.

Suite à la fusion des entités de l'UES, cet accord a été réitéré dans le cadre de l'accord d'harmonisation prévu par l'article L.2261-14 du code du travail. Cet accord a été conclu le 15 octobre 2008. Il a, par la suite fait l'objet de sept avenants ayant principalement eu pour objet de prendre en compte les évolutions tarifaires et les modifications de garanties, ainsi que les différentes réformes législatives et réglementaires intervenues.

En particulier, l'avenant n° 7, en date du 2 décembre 2013, a eu pour objet de :

- ✓ prendre en compte les conséquences de la réforme de la portabilité des droits, par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, sur le coût de la couverture,
- ✓ introduire une indexation automatique des cotisations sur l'évolution annuelle du plafond de la sécurité sociale, lorsque le régime est déficitaire,
- ✓ améliorer certaines garanties,
- ✓ majorer la cotisation afin de prendre en compte ces évolutions.

Compte tenu des modifications intervenues dans l'environnement juridique des garanties frais de santé, les partenaires sociaux se sont réunis pour réviser le dispositif institué en 2008. Leurs travaux ont notamment porté sur :

- ✓ la mise en conformité du régime avec les nouvelles règles d'exonération de cotisations de sécurité sociale et de déductibilité fiscale issues, notamment, des décrets n° 2012-25 du 9 janvier 2012 et n° 2014-786 du 8 juillet 2014,
- ✓ la prise en compte de la modification du dispositif de portabilité,
- ✓ la renégociation des garanties avec l'organisme assureur actuel du régime, et son éventuel remplacement par un autre organisme assureur, suite à une mise en concurrence des principaux acteurs de la couverture collective des frais de santé.

Tout en assurant une meilleure lisibilité des droits des salariés.

A cet égard, la succession de plusieurs avenants ayant rendu difficile la lecture et l'appréhension d'ensemble du régime, les signataires du présent accord sont convenus qu'il était nécessaire de réaliser une refonte intégrale du précédent accord et de ses avenants.

Aussi, le présent accord emporte révision totale du régime de frais médicaux existant dans la société HSBC France, auquel il se substitue dans sa totalité. Ainsi, à compter de

la date d'effet du présent accord, le régime de frais médicaux qu'il institue remplacera celui qui existait jusqu'alors dans la société HSBC France.

Il emporte également dénonciation de tous usages en vigueur au sein de la société HSBC France au titre des garanties collectives de frais médicaux.

Il est donc décidé ce qui suit, en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du comité central d'entreprise, réuni les 23 septembre 2014 et 7 octobre 2014.

Article 1 Objet

Le présent accord a pour objet la révision du régime obligatoire de garanties collectives de remboursements de frais médicaux, institué au profit des salariés de la société HSBC France, par accord du 15 octobre 2008.

Le présent accord a également pour objet la mise en place de garanties collectives à adhésion facultative, destinées à permettre aux membres de la famille des salariés visés ci-après au 2.1.2, d'améliorer leur couverture de remboursement de frais médicaux, ainsi que de redéfinir le régime d'accueil des retraités de HSBC France tels que définis au 2.2.

Article 2 Champ d'application

Le présent accord institue un régime de remboursement de frais médicaux à caractère obligatoire (Régime dit « Adulte »), complété de garanties à adhésion facultative (régimes dit « Conjoint » et « Enfant »), au profit des salariés de HSBC France et de leurs conjoint et enfants. Il a pour objet de déterminer les modalités de souscription d'un contrat d'assurance, qui recueillera les adhésions des deux groupes d'assurés suivants :

2.1. Bénéficiaires – Premier groupe d'assurés

2.1.1 Régime «Adulte» :

- Les salariés (quelle que soit la nature de leur contrat de travail, et notamment, qu'ils soient titulaires d'un contrat à durée indéterminée (yc les mandataires sociaux) ou déterminée) de HSBC France,
- Les salariés du Comité Central d'Entreprise ou des Comités d'Etablissement ou associations sportives de HSBC France.

2.1.2 Régimes «Conjoint » et « Enfant » :

- Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin de l'assuré,

Handwritten signature and initials in black ink, appearing to be 'M' followed by a stylized signature and 'B' followed by 'COP'.

- Les enfants des membres participants à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 18 ans (date anniversaire, 18 ans exclus),
- Les enfants des membres participants âgés de moins de 28 ans (date anniversaire, 28 ans exclus) s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - ✓ Etre affilié au régime de la Sécurité Sociale des étudiants, ou
 - ✓ Suivre des études secondaires ou supérieures, ou
 - ✓ Suivre une formation en alternance, ou
 - ✓ Etre à la recherche d'un emploi et inscrit au Pôle Emploi.
- Les enfants des membres participants, quel que soit leur âge, à condition :
 - ✓ qu'ils soient bénéficiaires de l'AES (allocation d'éducation spécialisée),
 - ✓ ou qu'ils soient bénéficiaires de l'AAH (allocation adulte handicapé).

Par ailleurs, le présent accord institue un régime de remboursement de frais médicaux à caractère facultatif, adossé sur un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par HSBC France, pour le second groupe d'assurés suivant :

2.2. Bénéficiaires – Second groupe d'assurés

Les bénéficiaires du second groupe d'assuré sont les suivants :

2.2.1 Les salariés en situation exceptionnelle :

Cette catégorie couvre les populations suivantes :

- Les salariés d'HSBC France et les salariés du Comité Central d'Entreprise ou des Comités d'Etablissement ou de l'Association Sportive de HSBC France dont le contrat de travail est suspendu (congé parental d'éducation, congé convenance personnelle, congé sabbatique ou congé création d'entreprise, incapacité de travail longue durée...) peuvent adhérer au régime de remboursement de frais médicaux à caractère facultatif. Ils peuvent également faire adhérer les ayants-droit tels que défini à l'article 2.1.2,
- Le conjoint, le partenaire lié par un PACS, le concubin d'un salarié décédé ainsi que leurs ayants-droit tels que défini à l'article 2.1.2,
- Le conjoint, le partenaire lié par un PACS, le concubin des salariés expatriés dans une société du Groupe à condition de justifier d'une résidence en France et de bénéficier de la Sécurité Sociale française ainsi que leurs ayants-droit tels que défini à l'article 2.1.2.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a stylized 'N', a checkmark, and several other illegible marks.

2.2.2 Les anciens salariés :

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'organisme assureur organise le maintien de la couverture au profit des anciens salariés listés ci-après :

- Les retraités,
- Les anciens salariés non retraités bénéficiaires :
 - ✓ d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - ✓ ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans condition de durée.
- Les ayants droits d'anciens salariés décédés pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès,

Les anciens salariés visés ci-dessus peuvent également demander l'adhésion de leurs ayants-droit tels que définis à l'article 2.1.2.

Article 3 Prestations

Le versement des prestations liées aux garanties collectives de remboursement de frais médicaux est assuré par un organisme assureur avec lequel HSBC France a signé un contrat d'assurance. Cet organisme d'assurances sera seul responsable du versement des prestations décrites à titre informatif, dans l'annexe 1 du présent accord.

Il est entendu qu'aucun changement d'organisme assureur ne peut intervenir sans qu'une négociation soit ouverte avec les Organisations Syndicales.

Par ailleurs, compte tenu de la dimension internationale du Groupe HSBC et dans le cadre de sa stratégie assurance, tout ou partie du risque pourra être assurée auprès d'une société d'assurance propre au Groupe HSBC, selon les modalités en vigueur.

Les prestations sont identiques pour le régime obligatoire «Adulte» et les régimes «Conjoint» et «Enfant» du premier groupe d'assurés, ainsi que pour le régime facultatif du second groupe d'assurés.

Le présent régime, ainsi que le contrat d'assurance précité, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.242-1, alinéa 6 et 8 et L.871-1 du code de la sécurité sociale, et 83 1° quater du code général des impôts.

Handwritten initials and signature in the bottom right corner of the page.

Article 4 Cotisations

4.1. Montant et répartition des cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » s'élèvent, à la date d'effet du présent accord, à un montant mensuel correspondant à :

4.1.1 Premier groupe d'assurés :

- Cotisation obligatoire « Adulte » : 72.80 euros par mois à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Sur cette base, la répartition entre l'employeur et le salarié se fera comme suit :
 - ✓ 52,9 % à la charge de l'employeur
 - ✓ 47,1 % à la charge du salarié
- Cotisation « Conjoint » : 72.80 euros par mois à la date d'entrée en vigueur du présent accord.
- Cotisation « Enfant » : 12.00 euros par mois et par enfant jusqu'au 2^{ème} enfant à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Au-delà du 2^{ème} enfant affilié, l'affiliation d'un enfant supplémentaire sera gratuite.

Les cotisations aux garanties facultatives « Conjoint » et « Enfant » sont à la charge exclusive du salarié.

A titre indicatif, à la date d'entrée en vigueur du présent accord de révision, les cotisations du premier groupe d'assurés sont établies comme suit :

<i>Montants mensuels en euros</i>	Cotisation totale	Part salarié	Part employeur
Cotisation « Adulte »	72,80	34,29	38,51
Cotisation « Conjoint »	72,80	72,80	00,00
Cotisation « Enfant »	12,00	12,00	00,00

m 

Les adhérents bénéficiant du régime spécifique de Sécurité Sociale Alsace-Moselle, bénéficieront des cotisations ci-dessus minorées de 30 % par rapport aux cotisations des autres adhérents, sous réserve de modifications de la législation.

4.1.2 Deuxième groupe d'assurés :

4.1.2.1 Les salariés en situations exceptionnelles

Les salariés en situation exceptionnelle de HSBC France, visés à l'article 2.2.1, qui le souhaitent, peuvent adhérer au contrat souscrit par HSBC France, dit « régime d'accueil ». Ils ont le choix de cotiser en « Adulte », et de faire adhérer leurs ayants-droit au tarif « Conjoint » ou « Enfant ».

A titre informatif, les cotisations sont fixées, à la date d'entrée en vigueur du présent accord à :

- Régime « Adulte »: 72.80 euros par mois
- Régime « Conjoint »: 72.80 euros par mois
- Régime « Enfant »: 12.00 euros par mois et par enfant jusqu'au 2^{ème} enfant à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Au-delà du 2^{ème} enfant affilié, l'affiliation d'un enfant supplémentaire sera gratuite.

Les adhérents bénéficiant du régime spécifique de Sécurité Sociale Alsace-Moselle, bénéficieront des cotisations ci-dessus minorées de 30 % par rapport aux cotisations des autres adhérents, sous réserve de modifications de la législation.

4.1.2.2 Les anciens salariés

Les anciens salariés de HSBC France, visés à l'article 2.2.2, qui le souhaitent, peuvent adhérer au contrat souscrit par HSBC France, dit « régime d'accueil ». Ils ont le choix de cotiser en « Adulte », et de faire adhérer leurs ayants-droit au tarif « Conjoint » ou « Enfant ».

A titre informatif, les cotisations sont fixées, à la date d'entrée en vigueur du présent accord à :

- Cotisation « Adulte »: 101.70 euros par mois
- Cotisation « Conjoint »: 101.70 euros par mois
- Cotisation « Enfant »: 18 euros par mois et par enfant jusqu'au 2^{ème} enfant à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Au-delà du 2^{ème} enfant affilié, l'affiliation d'un enfant supplémentaire sera gratuite.

Les adhérents bénéficiant du régime spécifique de Sécurité Sociale Alsace-Moselle, bénéficieront des cotisations ci-dessus minorées de 30 % par rapport aux cotisations des autres adhérents, sous réserve de modifications de la législation.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a stylized 'N', a horizontal line, and initials 'AB' followed by 'eapl'.

4.2. Règles d'adhésion aux régimes

4.2.1 Premier groupe d'assurés

L'adhésion au régime de garanties collectives de remboursement de frais médicaux dit « Adulte » est obligatoire pour les salariés de HSBC France relevant du premier groupe d'assurés.

Elle résulte de la signature du présent accord. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Cependant, et sous réserve de l'évolution de la législation et de la réglementation en vigueur, les salariés suivants ont la possibilité, s'ils le souhaitent, d'être dispensés d'adhérer au régime en application de l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale et de la doctrine ministérielle issue du décret du 08 juillet 2014. Il s'agit :

- des salariés à employeurs multiples bénéficiant, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement frais de santé dans le cadre d'un autre emploi et qui en justifient annuellement, par la production d'une attestation d'affiliation.
- des salariés bénéficiant, à la date de mise en place du régime ou au cours de la vie du régime, d'une couverture complémentaire à laquelle ils sont tenus d'adhérer, au titre de l'affiliation au régime obligatoire de remboursement frais de santé instituée par l'employeur de leur conjoint, et auquel ce dernier est tenu d'adhérer.

Peuvent également être dispensés s'ils le souhaitent de l'adhésion au présent régime :

- les salariés sous contrat à durée déterminée ainsi que les contrats d'apprentissage de durée inférieure à 1 an sans justificatif,
- les salariés sous contrat à durée déterminée ainsi que les contrats d'apprentissage de durée supérieure ou égale à 1 an en justifiant bénéficier d'une couverture frais de santé que ce soit en propre ou en qualité d'ayant droit,
- les travailleurs bénéficiaires d'une couverture complémentaire prenant place dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle, tant qu'ils bénéficient de cette aide.

Les salariés souhaitant se prévaloir de ces dispenses doivent en faire la demande par écrit et, lorsque cela est requis, justifier annuellement de la couverture dont ils bénéficient, par la production d'une attestation d'affiliation. En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'adhérer et de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de se trouver dans une situation qui justifie les dispenses de l'adhésion.



En cas de changement de la doctrine fiscale ou sociale sur le caractère obligatoire du régime, 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. Les Comités d'Entreprise et le Comité Central d'Entreprise seront informés et consultés préalablement à la mise en œuvre de ces dispositions, qui seront portées à la connaissance des salariés concernés.

4.2.2 Second groupe d'assurés

Les salariés en situation exceptionnelle

L'adhésion est facultative pour les salariés en situation exceptionnelle. Ceux-ci ont la possibilité d'adhérer à tout moment durant cette période.

Les anciens salariés

L'adhésion est facultative pour les anciens salariés. Ceux-ci ont la possibilité d'adhérer dans les 6 mois suivant leur départ.

Pour bénéficier du maintien de cette couverture, ces anciens salariés peuvent solliciter auprès de l'organisme assureur, le maintien de ces garanties sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, et ce dans un délai de six mois à compter de la rupture de leur contrat de travail, de la fin du droit à la portabilité mentionné article 6, ou du décès.

4.3. Evolution ultérieure de la cotisation

Pendant les 2 années (ou les 24 mois) suivant la mise en place du régime, les cotisations seront indexées sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier de chaque année.

En outre, à l'issue des 2 années (ou les 24 mois) suivant la date d'effet du présent accord, les cotisations pourront également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction du rapport de sinistralité constaté. En tout état de cause les cotisations ne pourront évoluer sans la réouverture de négociations entre la Direction et les Organisations Syndicales. La Direction et les Organisations Syndicales se réuniront à partir du moment où :

- le rapport de sinistralité est supérieur à 100% ou inférieur ou égal à 95% ;
- le rapport de sinistralité est compris entre 95% et 100% deux années de suite.

En revanche, la répartition entre l'employeur et le salarié **de la cotisation « Adulte »** continuera à s'appliquer comme décrit au 4.1.1.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large 'M', a horizontal line, and several other stylized marks.

Article 5 Sort de la quote-part du budget des comités d'entreprise qui était affectée au financement des frais médicaux

Compte-tenu du fait que le présent accord impacte le périmètre des activités sociales et culturelles de HSBC France, HSBC France conditionne son application au non versement au bénéfice des Comités d'Etablissement de HSBC France, de la quote-part de leur budget dédié aux activités sociales et culturelles qui était antérieurement affectée au financement des régimes facultatifs de frais de santé. Ce non versement au bénéfice des Comités d'Etablissement constitue une condition essentielle et déterminante de l'engagement de contribution qu'elle prend à l'égard de ses salariés dans le cadre du présent accord collectif. Au cas où les comités d'établissement remettraient en cause ce mécanisme d'imputation, même non judiciairement, la contribution patronale au régime de frais médicaux serait suspendue. Dans cette hypothèse, la Direction dégage, par avance, toute responsabilité concernant les conséquences, au niveau de l'impôt sur le revenu et des contributions sociales dues par les salariés, de l'absence de contribution patronale.

Dans cette hypothèse, HSBC France procéderait de nouveau au versement de la quote-part du budget des activités sociales et culturelles antérieurement dédiée au financement des régimes de frais de santé, pour son montant constaté au 31 décembre 2007.

Dans l'hypothèse où un Comité d'Etablissement solliciterait isolément le versement à son profit de la quote-part (au prorata) du budget dédié aux activités sociales et culturelles qui était antérieurement affectée au financement des régimes de frais de santé, l'engagement de HSBC France serait suspendu à l'égard des salariés de cet établissement.

Article 6 Portabilité des droits

Aux termes de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien à titre gratuit de la couverture frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale et sera mis en œuvre conformément à ses dispositions.

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 consécutifs exécutés au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.



Il est convenu que ce maintien de garanties serait financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de « remboursement des frais médicaux » des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les modalités prévues par la notice d'information qui lui a été remise, l'ancien salarié perd le bénéfice de la portabilité des garanties et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Article 7 Information

7.1. Information individuelle

HSBC France remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, détaillant notamment les garanties et leurs modalités d'application. Cette notice sera disponible sur le site intranet HR Direct.

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

7.2. Information collective

Conformément à l'article R.2323-1-11 (ancien L.432-3, alinéa 8) du code du travail, le Comité Central de HSBC France sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de frais médicaux.

En outre, chaque année, l'organisme assureur communiquera au Comité Central de HSBC France le rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du contrat d'assurance, en application de l'article L2323-49 (ancien L. 432-3-2) du Code du travail. Sans dessaisir le Comité Central d'Entreprise de HSBC France de ses prérogatives, une commission de suivi du présent accord, composée de deux représentants de chaque Organisation Syndicale et de deux membres de la Direction, se réunira une fois par an afin de procéder au bilan d'application du présent accord. Cette réunion sera également l'occasion d'examiner les comptes de résultats de l'exercice écoulé.

Article 8 Fonds Social du régime mis en place par le présent accord

Conscient de l'importance de l'existence d'un Fonds Social capable d'apporter une aide financière à certains salariés en difficulté, HSBC France affectera, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, un montant correspondant à 0,02 % de la somme des salaires de base des salariés de HSBC France, à un Fonds Social au bénéfice du premier groupe d'assurés. Cette somme ne pourra être inférieure à 60 000 euros et supérieure à 90 000 euros.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large stylized 'N' and several other illegible marks.

Une commission ad hoc, dont la composition, les orientations, et les règles de gouvernance seront détaillées dans une note d'application, statuera sur les aides accordées. Le Fonds Social pourra notamment apporter, dans le cadre du paiement de leurs cotisations au régime de frais de santé, un soutien financier aux collaborateurs fragilisés par leur situation personnelle et en particulier aux familles nombreuses.

Un suivi de l'utilisation de la subvention allouée sera par ailleurs présentée chaque année à l'occasion de la Commission Sociale et Culturelle du Comité Central de HSBC France dans sa session ordinaire de printemps.

En cas de solde créditeur du Fonds Social en année n, celui-ci sera reporté au budget de l'année n+1.

En cas de surconsommation ou de sous consommation récurrente du budget alloué, il est convenu que la Direction et les Organisations Syndicales se réuniront afin de revoir le montant de la subvention.

Une communication spécifique relative au Fonds Social et à ses services sera adressée aux collaborateurs.

Article 9 Durée – Modification - Dénonciation

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} Janvier 2015.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2261-7, L.2261-8, (ancien L.132-7) et L.2222-6, L.2261-9, (ancien L.132-8) du Code du travail.

➤ Conformément aux articles L2222-5, L2261-7, L2261-8 (ancien L.132-7) du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

La Direction et les Organisations Syndicales se réuniront alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision. L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

En tout état de cause, la Direction et les Organisations Syndicales se réuniront au cours du 1^{er} trimestre suivant l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, afin de réexaminer le contenu de celui-ci.

➤ Conformément aux articles L.2222-6, L.2261-9 (ancien L.132-8) du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.



La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux articles L.2231-6, L.2261-1 (ancien L.132-10) du Code du travail.

La Direction et les Organisations Syndicales se réuniront alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

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

La résiliation, par l'organisme assureur, du contrat d'assurance dont le résumé de garanties est ci-après annexé, entraînera de plein droit caducité du présent accord par disparition de son objet.

Il est précisé que les sinistres nés antérieurement à la date de mise en place du présent accord relèvent des contrats qui les couvraient au moment de leur survenance.

Article 10 Dépôt de l'accord et publicité

Conformément aux dispositions des articles D.2231-2 et suivants du Code du travail (anciens L.132-10 et R.132-1 du Code du travail), le présent accord sera déposé en 2 exemplaires originaux dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Ce dépôt sera assorti de la liste, en trois exemplaires, des entreprises et établissements auxquels le présent accord s'applique, ainsi que de leurs adresses respectives.

Un exemplaire original sera également remis au secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de sa conclusion.

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

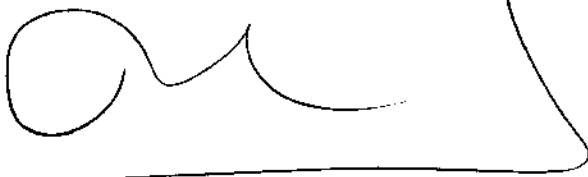
Enfin, en application des articles L.2262-5 et D.2262-1 du Code du travail (ancien L.135-7 du Code du travail), le présent accord sera communiqué aux salariés de l'entreprise via sa mise à disposition sur l'intranet de HSBC France.

Les avenants éventuels au présent accord feront l'objet des mêmes modalités de dépôt.

Fait à Paris, le 14 Octobre 2014 en 9 exemplaires, dont trois pour les formalités de publicité.

POUR HSBC FRANCE


Myriam Couillaud, en qualité de Directrice des Ressources Humaines de HSBC France




POUR LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES :

Pour la CFDT,

Pour la CFTC,

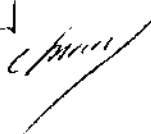
Pascal BEWILL


Pour la CGT,

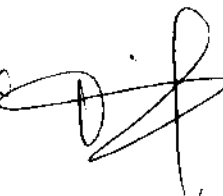
GIRARD Candy


Pour FO,

Pour le SNB,

GILLES LEBRON


Pour l'UNSA,

Jocelyne DRIEUX


Régime Général : Produit Spécifique

Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)

Prestations en vigueur au 02/10/2014

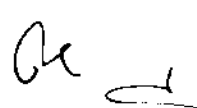

Régime général	Remboursement Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations généralistes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Consultations spécialistes, professeur en médecine ou neuropsychiatres	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
Visites	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages femmes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
AUXILIAIRES MÉDICAUX				
Infirmiers	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
SOINS À L'ÉTRANGER				
Soins pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire	Idem soins France	Idem soins France		100 %
PHARMACIE SELON SERVICE MÉDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes techniques médicaux et d'échographie	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'Assurance maladie obligatoire instaurée par décret du 19/06/06 (actuellement 18 €)			100 %	100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Prélèvements réalisés par un praticien non médecin	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Actes non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (1)			152 € / An	152 € / An
<i>(1) (Selon liste sur simple demande à la mutuelle).</i>				
APPAREILLAGE				
Dispositifs médicaux et appareillage	60 %	40 %		100 %
Forfait dispositifs médicaux et appareillage (2)			50 € / An	50 € / An
Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			550 € / An	550 € / An
Audioprothèse	60 %		+ 20 % PMSS / An	60 % + 20 % PMSS / An
<i>(2) Prise en charge des chaussures orthopédiques à hauteur de 550 € an.</i>				
CURES THERMALES				
Honoraires de surveillance, actes complémentaires	70 %	30 %		100 %
Frais de traitement thermal (hors nomenclature exclus)	65 %	35 %		100 %
Hébergement et transport pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	65 %	35 %		100 %
Forfait pour les cures prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (3)			20 % PMSS / An	20 % PMSS / An
<i>(3) Pour les enfants de moins de 14 ans, le forfait sera remboursé à hauteur de 25 % PMSS an.</i>				
TRANSPORT				
Transport	65 %	35 %		100 %
Transport lié à l'hospitalisation	65 %	35 %		100 %
HOSPITALISATION CHIRURGICALE				
Honoraires médecins	80 %	20 %	+ 125 %	225 %
Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'Assurance maladie obligatoire instaurée par décret du 19/06/06 (actuellement 18€)			100 %	100 %
Frais de séjour	80 %	20 %	+ 125 %	225 %
Forfait journalier hospitalier selon dernières valeurs fixées par décret			Oui	Oui
Chambre particulière (4)			90 €/Jour	90 €/Jour
Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 14 ans (5)			2 % PMSS / Jour	2 % PMSS / Jour
HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ				
Honoraires médecins	80 %	90 % Frais réels dans la limite de 125 %		90 % Frais réels dans la limite de 225 %

M. B. Capf

Régime Général : Produit Spécifique

Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)

Régime général	Remboursement Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE (suite)				
Frais de séjour	80 %	90 % Frais réels dans la limite de 125 %		90 % Frais réels dans la limite de 225 %
<i>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord ou au montant de la garantie si celui-ci est inférieur.</i>				
<i>(5) (20 ans pour enfant handicapé).</i>				
HOSPITALISATION MÉDICALE				
Honoraires médecins	80 %	20 %	+ 125 %	225 %
Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'Assurance maladie obligatoire instaurée par décret du 19/06/06 (actuellement 18€)			100 %	100 %
Frais de séjour	80 %	20 %	+ 125 %	225 %
Forfait journalier hospitalier selon dernières valeurs fixées par décret			Oui	Oui
Chambre particulière (4)			90 €/Jour	90 €/Jour
Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 14 ans (5)			2 % PMSS / Jour	2 % PMSS / Jour
HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ				
Honoraires médecins	80 %	90 % Frais réels dans la limite de 125 %		90 % Frais réels dans la limite de 225 %
Frais de séjour	80 %	90 % Frais réels dans la limite de 125 %		90 % Frais réels dans la limite de 225 %
<i>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans la limite des tarifs de l'accord ou au montant de la garantie si celui-ci est inférieur.</i>				
<i>(5) (20 ans pour enfant handicapé).</i>				
MATERNITÉ				
Participation pour frais dus à un accouchement ou à une adoption (6)			20 % du PMSS	20 % du PMSS
<i>(6) Prise en charge des dépassements d'honoraires et de la chambre particulière pour une naissance ou une adoption d'un enfant de moins de 12 ans, sur présentation de justificatifs</i>				
OPTIQUE				
Monture adulte (à partir de 18 ans)	60 %	120 €		60 % + 120 €
Monture enfant (moins de 18 ans)	60 %	100 €		60 % + 100 €
VERRES - ADULTE (à partir de 18 ans) (7)				
- Unifocal faible correction (8)	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Unifocal forte correction (8)	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Multifocal faible correction (8)	60 %	200 €		60 % + 200 €
- Multifocal forte correction (8)	60 %	200 €		60 % + 200 €
VERRES - ENFANT (moins de 18 ans) (7)				
- Unifocal faible correction (8)	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Unifocal forte correction (8)	60 %	75 €		60 % + 75 €
- Multifocal toutes corrections (8)	60 %	125 €		60 % + 125 €
AUTRES FRAIS D'OPTIQUE				
Lentilles	0 % ou 60 %	10 % PMSS / An		0 % ou 60 % + 10 % PMSS / An
Opérations de chirurgie réfractive cornéenne de l'oeil		30 % PMSS / Oeil		30 % PMSS / Oeil
<i>(8) Montant par verre</i>				
<i>(9) Le complément de garantie est limité à 2 verres pour 2 années civiles et par bénéficiaire et conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance des frais dans la limite de la garantie et au recours à un opticien agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle.</i>				
<i>(10) Prise en charge intégrale dans la limite des plafonds prévus par le décret (à paraître) sur les contrats responsables.</i>				
DENTAIRE				
Consultations, soins et actes d'imagerie médicale	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
Inlays-core	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
Autres Inlays Onlays	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
Prothèses dentaires acceptées par l'Assurance maladie obligatoire	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
Prothèse transitoire			50 € / prothèse	50 € / prothèse

De  

Régime Général : Produit Spécifique

Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)

Régime général	Remboursement Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
Forfait par implant (limité à 3 implants/an) (11)			300 €	300 €
Parodontologie (12)			400 € / An	400 € / An
<i>Prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CAM). Les remboursements sont soumis à l'avis du Dentiste Consultant de la Mutuelle.</i>				
<i>(11) Prise en charge liée à l'ostéo-Intégration.</i>				
<i>(12) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.</i>				
ORTHODONTIE				
<i>Orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire :</i>				
Traitement semestriel / Travaux de contention après traitement	100 %		+ 200 %	300 %
Examens prétraitement et de surveillance orthodontique	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
MÉDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (13)(14)			30 € / Séance	30 € / Séance
<i>(13) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.</i>				
<i>(14) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
PRÉVENTION				
Pilules, anneaux et patches contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (14)			80 € / An	80 € / An
Vaccin anti-grippal (14)			Frais réels	Frais réels
Vaccins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (14)			Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie (14)			80 € / An	80 € / An
Préserver votre capital santé				
<i>Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale</i>				
Vaccins remboursés par l'Assurance maladie obligatoire	65 %	35 %		100 %
Dépistage de l'hépatite B	60 %	40 %		100 %
Détartrage annuel complet	70 %	30 %		100 %
Scellement des sillons (avant 14 ans)	70 %	30 %		100 %
<i>(14) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
<i>Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Ressources Mutuelles Assistance (RMA), union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.</i>				

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne "remboursement de la mutuelle".

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'Assurance maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

Participation forfaitaire et franchises médicales

Sont laissés à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire et viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire :

- la participation forfaitaire pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale,
 - les franchises médicales annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret par bénéficiaire de soins. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont toutefois exonérés.
- De par la réglementation, elles ne sont pas remboursées par la mutuelle au titre de la prévente garantie et restent à la charge du bénéficiaire des soins.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre "médecin traitant", à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le "parcours de soins coordonnés".

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.

Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation, n'est prise en charge, dans la limite de la garantie, qu'en cas d'hospitalisation.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

(Handwritten signatures and initials)