



AG2R LA MONDIALE

AVENANT 2 À L'ACCORD  
INSTITUANT UN RÉGIME  
COLLECTIF ET OBLIGATOIRE  
DE REMBOURSEMENT DE  
FRAIS MÉDICAUX ET DE  
PRÉVOYANCE  
UES AG2R

# ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

---

L'UES « AG2R », représentée par Claire SILVA agissant en qualité de Membre du Comité de direction Groupe en charge des Ressources Humaines et des Relations Sociales ayant reçu mandat des entités juridiques composant l'UES pour la conclusion du présent accord, soit :

- Le GIE AG2R, Groupement d'Intérêt Économique, dont le siège social est situé au 14-16 Boulevard Malesherbes 75008 Paris,
- L'IRC AG2R Agirc-Arrco, Institution de retraite complémentaire, dont le siège social est situé au 14-16 Boulevard Malesherbes 75008 Paris,

D'UNE PART,

ET

Les organisations syndicales représentatives au sein de l'UES AG2R :

Le Syndicat CFDT, représenté par

Le Syndicat CFE-CGC, représenté par

Le Syndicat CGT, représenté par

Le Syndicat FO, représenté par

Le Syndicat UNSA, représenté par

Le Syndicat Solidaires CRCPM, représenté par

D'AUTRE PART.

# SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. DISPOSITIONS MODIFIÉES</b> .....	<b>5</b>
<b>2. MAINTIEN DES AUTRES DISPOSITIONS</b> .....	<b>14</b>
<b>3. ENTRÉE EN VIGUEUR ET DÉPÔT</b> .....	<b>14</b>

# PRÉAMBULE

Au cours des réunions de la commission de suivi du régime de santé et de prévoyance du 8 et du 30 octobre 2024, ayant pour objet la présentation des résultats des comptes de santé et de prévoyance pour l'année 2023, les constats suivants ont été fait :

- Un déséquilibre du régime de frais de santé,
- Un souhait d'améliorer les garanties sur les honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale.

Dans ce cadre, les parties ont convenu de maintenir les grands principes en matière de complémentaire santé tels qu'ils avaient été réaffirmés en 2021 et avenantés en 2022 en y intégrant les adaptations nécessaires tenant compte des constats opérés en commission de suivi.

Dans ce cadre, les mesures suivantes ont été décidées à effet du 1er janvier 2025 :

- Majoration de 3% de la cotisation santé avec maintien de la répartition actuelle salarié employeur ;
- Amélioration des garanties relatives à la médecine douce.

Les effets des mesures prises seront appréciés lors de la présentation des résultats de l'exercice 2024. À cette date, les parties envisageront les éventuelles adaptations du régime qui s'avèreraient nécessaires.

# 1. DISPOSITIONS MODIFIÉES

L'article 2.3 tel que rédigé dans l'Accord collectif d'entreprise instituant un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux et de prévoyance au sein de l'UES AG2R du 22 octobre 2021 et modifié par l'avenant du 27 octobre 2023 ainsi que l'Annexe 1 du même accord sont remplacés par l'article et l'annexe suivants.

## **2.3 COTISATIONS**

Le taux de cotisation est calculé sous la forme d'une cotisation familiale, en fonction du plafond de la sécurité sociale.

Ainsi, le taux est fixé à :

- 5.56 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le régime général ;
- 4.48 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle.

Les cotisations, ci-dessus définies, sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 60%,
- Part salariale : 40%

Chaque année, les comptes de résultat du régime collectif et obligatoire de remboursement des frais médicaux feront l'objet d'une présentation par l'organisme assureur.

A l'occasion de cette présentation, l'assureur présentera les méthodes et hypothèses ayant conduit à la détermination du résultat prévisionnel de l'exercice en cours ainsi que des résultats projetés de l'exercice suivant. Cette présentation se fera dans le cadre de la commission de suivi des régimes institués par le présent accord.

Lors de cette présentation, un échange aura lieu entre les membres de la commission et l'assureur en vue d'aboutir à une vision partagée des facteurs ayant conduit à la détermination des résultats prévisionnels et partagés. A cette occasion, un focus particulier sera effectué sur les éventuelles circonstances exceptionnelles ayant affecté le résultat qui auraient pour effet d'altérer le régime et d'en déterminer le caractère structurel ou conjoncturel. En considération des résultats du régime, cette analyse permettra d'alimenter les réflexions quant aux éventuelles mesures d'adaptation du régime qu'il conviendrait d'adopter. Dans l'hypothèse de la survenance d'évènements de toutes natures rendant atypiques les résultats de l'exercice, cela sera pris en considération dans le calcul du résultat projeté.

En outre un examen sera fait des résultats projetés antérieurement sur l'exercice N-1 par rapport au réalisé.

En cas de dégradation des résultats techniques du régime constatée en réunion, les parties rechercheront un accord en vue du rééquilibrer le régime. Le rapport sinistres / primes (nettes de chargements et de taxes éventuelles) retenu par les parties comme étant un point d'équilibre au-delà duquel le dispositif d'indexation automatique serait déclenché est de 98 %. Ce niveau d'équilibre est le rapport sinistre à prime de l'année dont on détermine le tarif, calculé à partir de l'année N.

À défaut d'accord des parties, les cotisations seront automatiquement réajustées, au premier janvier de l'année suivante au niveau permettant l'équilibre du régime. Cette évolution des cotisations intégrerait une hypothèse d'évolution éventuelle du plafond de la sécurité sociale de l'année N+1.

L'indexation éventuelle interviendrait au 1er janvier de l'année N+1.

En outre,

- Toute modification des régimes obligatoires ayant une conséquence sur les garanties sera impactée dans le régime avec ajustement des cotisations dans les mêmes proportions et des garanties, notamment en cas de désengagement partiel du régime de base de la Sécurité sociale ;
- Toutes taxes ou contributions, présentes ou futures, établies sur le contrat d'assurance, seront impactées automatiquement dans le régime avec ajustement des cotisations ;

L'augmentation de la cotisation sera répartie entre l'employeur et les salariés dans la même proportion que la répartition de la cotisation totale prévue ci-dessus. Pour autant en cas d'une évolution de la cotisation, à l'occasion d'une réunion de négociation, les parties pourront s'entendre sur une répartition différente.

# ANNEXE 1 – GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

## **ABREVIATIONS :**

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification Commune des Actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix Limites de Vente, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

€ : Euro

Sauf mention contraire, le niveau des prestations défini ci-dessous s'entend **en complément des prestations versées par la Sécurité sociale**. Dans tous les cas, les éventuels niveaux de prestations exprimés en pourcentage des frais réels s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.

<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE</b>	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION</b>	
	<b>CONVENTIONNE</b>	<b>NON CONVENTIONNE</b>
<b>Frais de séjour</b>	<b>400 % de la BR</b>	<b>[100 % du TM + 90 % des FR - BR] limité à 400 % de la BR (*)</b>
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	<b>100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur</b>	
<b>Honoraires :</b>		
<b>Actes de chirurgie (ADC)</b>		
<b>Actes d'anesthésie (ADA)</b>	<b>Adhérents DPTM :</b>	<b>100 % du TM + 480 % de la BR</b>
<b>Actes techniques médicaux (ATM)</b>	<b>Non adhérents DPTM :</b>	<b>100 % du TM + 100 % de la BR</b>
<b>Autres honoraires</b>		
<b>Chambre particulière</b>	<b>3,5 % du PMSS par jour</b>	
<b>Frais d'accompagnement</b>		
<b>Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)</b>	<b>1 % du PMSS par jour</b>	

(\*) BR reconstituée sur la base de remboursement appliquée en secteur conventionné.

<b>TRANSPORT</b>	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % du TM

<b>SOINS COURANTS</b>		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés SS</b>		
<b>Généralistes</b> (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	400 % de la BR 100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Spécialistes</b> (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	400 % de la BR 100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Actes de chirurgie (ADC)</b> Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	400 % de la BR 100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Actes d'imagerie médicale (ADI)</b> Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	400 % de la BR 100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Non remboursés SS</b>		
<b>Densitométrie osseuse</b>	Crédit de 75 euros par année civile et par bénéficiaire	
Acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, naturopathes, ostéopathes, pédicures, podologues, reflexologues, (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS, ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	50 € par acte dans la limite de 4 actes par année civile, par bénéficiaire, (toutes spécialités confondues)	
Psychomotriciens et ergothérapeutes (uniquement pour les enfants à charge de moins de 16 ans)	50 euros par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues)	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	400 % de la BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés SS	400 % de la BR	
<b>Médicaments</b>		
Remboursés SS	100 % du TM	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée SS	100 % du TM	
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditifs, dentaires et d'optique)	100 % des FR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % du TM	



<b>AIDES AUDITIVES</b>	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNE      NON CONVENTIONNE
<b>JUSQU'AU 31/12/2020 :</b>	
<b>Aides auditives remboursées SS</b>	
Aides auditives	100 % du TM + [crédit de 65 % du PMSS par oreille, par année civile et par bénéficiaire]
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % du TM
<b>A COMPTER DU 01/01/2021 :</b>	
<b>Equipements 100 % Santé (**)</b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire (***)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction) (***)	
<b>Equipements libres (****)</b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire (***)	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 €, RSS inclus, au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction) (***)	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 €, RSS inclus, au 01/01/2021)
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % du TM

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(\*\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'**une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente** (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(\*\*\*\*) Equipements de Classe II tels que définis réglementairement.

<b>DENTAIRE</b>	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNE      NON CONVENTIONNE
<b>Soins et prothèses 100 % Santé (*)</b>	
Inlays core	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
<b>Prothèses</b>	
<b>Panier maîtrisé (**)</b>	
Inlay, onlay	350 % de la BR dans la limite des HLF
Inlay core	200 % de la BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	375 % de la BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre (***)</b>	
Inlay, onlay	350 % de la BR
Inlay core	200 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	375 % de la BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % du TM
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>	
Orthodontie remboursée SS	325 % de la BR
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>	
Implants dentaires (la garantie « Implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 20 % du PMSS par implant, dans la limite de 2 implants par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie	Crédit de 6,60 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie	325 % de la BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	400 % de la BR

(\*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % Santé, **tels que définis réglementairement.**

(\*\*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

<b>OPTIQUE</b>		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Equipements 100 % Santé (*)</b>		
Monture de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Monture de Classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Verres de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de Classe A : Enfant de - 16 ans (**)		
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
<b>Equipements libres (***)</b>		
Monture de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100 € (RSS inclus)	
Monture de Classe B : Enfant - de 16 ans (**)	100 € (RSS inclus)	
Verres de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres	
Verres de Classe B : Enfant de - 16 ans (**)		
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</b>		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % du TM	
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % du TM	
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % du TM	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	100 % des FR	
Lentilles refusées par la SS (y compris jetables)	Crédit de 6 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 26 % du PMSS par œil, par année civile et par bénéficiaire	

**(\*) Equipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement.**

**Panachage des verres et monture** : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

### **(\*\*) Conditions de renouvellement**

❖ La garantie s'applique aux frais exposés pour **l'acquisition d'un équipement optique** (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- **Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

**Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.**

❖ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le **renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement** pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une **dégradation des performances oculaires** dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

**Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.**

**Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.**

❖ **La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :**

- **Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin.** La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- **Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique.** Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

**(\*\*\*) Equipements de Classe B, tels que définis réglementairement.**

**Panachage des verres et monture** : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

**GRILLE OPTIQUE « VERRES DE CLASSE B »**

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € (RSS inclus) par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	130 €	130 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	130 €	130 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	130 €	130 €
		SPH > 0 et S > + 6	270 €	270 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	300 €	300 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
MULTIFOCALUX ET PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	300 €

(\*) Le verre neutre est compris dans cette classe

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
<b>Cure thermale remboursée SS</b>	
Frais de traitement et honoraires	100 % des FR
Frais de voyage et hébergement	20 % du PMSS (*)
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (**)	20 % du PMSS
<b>Garantie Assistance</b>	
PRIMA ASSISTANCE	Convention n° 620339
Téléconsultation médicale	oui

(\*) PMSS en vigueur au 1<sup>er</sup> jour de la cure.

(\*\*) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

*Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.*

## 2. MAINTIEN DES AUTRES DISPOSITIONS

L'ensemble des autres dispositions définies par l'Accord collectif d'entreprise instituant un régime collectif et obligatoire de remboursement des frais médicaux et de prévoyance au sein de l'UES AG2R du 22 octobre 2021 demeurent inchangées.

## 3. ENTRÉE EN VIGUEUR ET DÉPÔT

Le présent avenant fait partie intégrante de l'accord signé le 22 octobre 2021 et dont il suivra le sort. Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Les formalités de dépôt et de publicité seront effectuées selon les modalités de l'accord signé le 22 octobre 2021.

Fait à Paris  
Le 28/11/2024

Pour l'UES AG2R  
Membre du Comité de  
direction Groupe en charge  
des Ressources Humaines  
et des Relations Sociales  
Madame Claire SILVA

Pour la CFDT

Pour la CGT

Pour la CFE-CGC

Pour FO

Pour Solidaires CRCPM

Pour l'UNSA