

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA
PRODUCTION ET DE LA TRANSFORMATION DES PAPIERS
ET CARTONS DU 29 JANVIER 2021 (IDCC 3238)**

RÈGLEMENT DU FONDS PARITAIRE FRAIS DE SANTÉ

CA
CA
CG
CG

PR
PR
JDM
JDM

FS
FS

CL
CL

Sommaire

I. Présentation du Fonds Paritaire Frais de Santé (FPFS).....	4
Article 1- Objet de l'avenant – objet du règlement	4
Article 2 - Financement du fonds	4
Article 3 - Fonctionnement du fonds.....	5
3.1 Gouvernance du FPFS.....	5
3.2 Gestion du FPFS.....	5
3.3 Frais de collecte et de gestion du fonds	6
3.4 Compte annuel du Fonds.....	6
II. Les actions financées : action sociale, prévention et politique SSCT de branche.....	6
Article 4 - Action sociale individuelle	7
4.1 Population éligible	7
4.2 Principes	7
4.3 Ressources	7
4.4 Charges	8
4.5 Listes des éléments et pièces justificatives à fournir	8
4.6 Critères d'octroi et notion de « Reste à vivre »	8
4.7 Intervention du FPFS et coefficients de majoration.....	9
4.8 Recevabilité et circuit des demandes d'intervention.....	9
4.9 Procédure d'attribution des aides individuelles.....	10
Article 5 - Action sociale collective	11
Article 6 - Action de prévention et politique SSCT de branche	11
6.1 Entreprises éligibles.....	11
6.2 Principes	11
III. Communication et modalités d'application du fonds.....	11
Article 7 – Communication	11
Article 8 – Protection des données - Confidentialité	11
Article 9 - Entrée en vigueur du Règlement	12
Article 10 - Modification et résiliation du Règlement	12
IV. Annexes	15

CA
CA

PR
PR

F
F

CL
CL

CG
CG

JDM
JDM

CA
CA

PR
PR

FO
FO

CL
CL

CG
CG

JDM
JDM

I. Présentation du Fonds Paritaire Frais de Santé (FPFS)

Article 1- Objet de l'avenant – objet du règlement

Le présent règlement entre en vigueur à compter du 1er janvier 2026. Il se fonde sur l'avenant n° 2 du 6 octobre 2022 à la convention collective nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021 (ci-après « la Convention Collective ») instaurant une recommandation au profit des organismes assureurs recommandés pour la gestion des garanties de complémentaire santé collective.

Conformément à l'accord du 6 octobre 2022 et à ses avenants (ci-après « l'Accord »), le présent règlement du Fonds Paritaire Frais de Santé (ci-après « FPFS ») a pour objet :

- De définir les actions, à titre collectif et individuel, ainsi que la politique SSCT de branche financées par le fonds institué ;
- De préciser les modalités d'attribution de ces actions.

Article 2 - Financement du fonds

Le fonds est financé par une contribution égale à 2 % de la cotisation du régime, quel que soit l'organisme auprès duquel l'entreprise est assurée et débité par les dépenses effectuées au titre des actions sociales individuelles et collectives et des actions de prévention définies au présent règlement.

2.1. Financement par les entreprises non adhérentes au régime recommandé

PRODIGEO Assurances est désigné organisme collecteur et gestionnaire de la contribution au FPFS auprès de l'ensemble des entreprises de la branche appliquant la Convention Collective, mais n'adhérant pas au régime recommandé mis en place par la branche.

À ce titre, il réalise une opération d'appel de fonds, ainsi qu'une relance amiable par exercice annuel, il opère la collecte, le suivi et la gestion administrative et financière du FPFS.

Le montant annuel de la contribution au FPFS pour les entreprises non adhérentes au régime recommandé est le suivant :

Taux de cotisation du « salarié obligatoire » du « régime de base » de l'exercice concerné X Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) de l'exercice concerné X 2 % X nombre de salariés moyen de l'entreprise pour l'exercice concerné X 12 mois.

Exemple de calcul pour l'exercice 2025 :

Sachant qu'en 2025 :

- Le taux de cotisation « salarié obligatoire » du « régime de base » est de 1,48 % PMSS / salarié / mois ;
- Le PMSS est de 3 925 € ;
- Et que les 2 % de contribution au FPFS s'appliquent à cette cotisation.

Le montant ainsi trouvé sera ramené à l'année et sera fonction du nombre moyen de salariés présents dans l'entreprise.

Exemple pour 2025 : 1,48 % x 3 925 € = 58,09 € / mois / salarié

(58,09 € x 2 %) x 12 mois x effectif moyen 2025 = contribution FPFS pour 2025 de l'entreprise concernée.

CA
CA

PR
PR

FS
FS

CL
CL

CG
CG

JDM
JDM

2.2 Financement par les entreprises adhérentes au régime recommandé

Le FPFS est alimenté par les contributions collectées par les Organismes assureurs dans le cadre du régime mutualisé frais de santé ainsi que par l'Organisme collecteur.

Une situation du compte du FPFS sera présentée chaque année lors de la présentation des comptes de résultats de l'exercice N-1 du régime mutualisé frais de santé de la branche selon les modalités décrites à l'article 3.4.

Article 3 - Fonctionnement du fonds

3.1 Gouvernance du FPFS

La Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion (ci-après « CPCG ») oriente les actions de solidarité, de prévention et d'action sociale notamment par l'accomplissement des démarches suivantes :

- Détermination des orientations globales à partir de l'identification des besoins sur l'accompagnement qui peut être apporté aux salariés de la Convention Collective Nationale de la Production et de la Transformation des Papiers et Cartons du 29 janvier 2021,
- Promotion de l'action sociale et de la politique SSCT de branche auprès de la Convention Collective Nationale de la Production et de la Transformation des Papiers et Cartons du 29 janvier 2021,
- Arbitrage sur la répartition entre les aides individuelles et les actions collectives dans le domaine de la prévention et de la santé et la politique SSCT de branche,
- Décision concernant l'attribution des aides,
- Suivi régulier de la mise en œuvre des orientations, de leur cohérence globale et de l'utilisation des fonds.

La CPCG assure la gouvernance du FPFS, la gestion des dossiers et met en œuvre la communication et la promotion des actions.

3.2 Gestion du FPFS

Les Organismes assureurs recommandés et l'Organisme collecteur, sur la base des orientations politiques retenues par la CPCG, assurent la gestion administrative et financière du FPFS.

Lorsque les actions sont identiques aux prestations prévues par les fonds des organismes recommandés, la **branche intervient en deuxième niveau d'intervention** et en cas de reste à charge ou de non prise en charge par le fonds social de l'Organisme assureur concerné, le dossier est examiné par la branche. Les organismes assureurs recommandés et l'organisme collecteur élaborent et présentent annuellement un reporting administratif et financier lors de la CPCG. Les modalités de gestion du FPFS sont précisées dans le protocole de gestion relatif au régime de complémentaire santé.

Les organismes assureurs recommandés et l'organisme collecteur alertent la CPCG lorsque les ressources du FPFS sont inférieures à 20 000 et supérieures à 150 000 euros.

À terme, il pourra être envisagé d'affecter des montants spécifiques aux différentes actions de solidarité prévues par le présent règlement. Les partenaires sociaux de la branche pourront donner délégation aux organismes recommandés et à l'organisme collecteur pour le traitement des dossiers de demandes individuelles exceptionnelles, pour des montants d'interventions inférieurs à un montant défini chaque année par la CPCG. Ces aides sociales exceptionnelles sont soumises à des conditions de mise en œuvre co-construites avec la branche (nature et montant des aides accordées, critère de ressources propres à l'aide individuelle, contenu des communications auprès des salariés et des employeurs) et font l'objet d'une validation par la branche lors des commissions de suivi du FPFS.

Dans le cadre des dispositions législatives en vigueur, les organismes assureurs recommandés adressent un rapport annuel élaboré conjointement, au ministre chargé de la sécurité sociale, après communication à

la CPCG sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. La CPCG se réserve le droit de diligenter tout audit pour contrôler la bonne gestion du FPFS.

3.3 Frais de collecte et de gestion du fonds

Des frais de collecte et de gestion à hauteur de 13% des cotisations encaissées qui sont émises dans l'exercice considéré en distinguant les cotisations encaissées au titre de la clause de recommandation et celles au titre des entreprises non adhérentes au régime mutualisé frais de santé sont imputés au compte annuel du FPFS.

3.4 Compte annuel du Fonds

Le compte consolidé du Fonds sera réalisé chaque année par le gestionnaire.

Il comprendra au titre de l'exercice N, les éléments suivants :

➤ **Au crédit**

- Les cotisations encaissées qui sont émises dans l'exercice considéré en distinguant les cotisations encaissées au titre de la clause de recommandation et celles au titre des entreprises non adhérentes au régime mutualisé frais de santé.
- Les cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice considéré
- Le solde constitué à la clôture de l'exercice précédent (31 décembre N)

➤ **Au débit**

- Les cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice précédent
- Le montant des cotisations impayées
- Le montant des prestations payées au cours de l'exercice
- Le montant des frais de collecte et de gestion

3.4.1. Traitement des cotisations impayées

Les membres de la commission d'attribution des aides seront systématiquement informés des cas de contentieux amiables d'entreprises n'ayant pas procédé au règlement de leur cotisation.

3.4.2. Rémunération

Le FPFS est alimentée, en cas de solde du positif, par les produits financiers calculés sur le montant existant au 1^{er} janvier de l'exercice considéré.

En cas de solde positif, les intérêts financiers sont égaux à 90% du taux des actifs généraux des organismes assureurs au cours de l'exercice concerné.

II. Les actions financées : action sociale, prévention et politique SSCT de branche

Les actions du FPFS sont menées dans l'ordre de priorité suivant :

1. Action sociale individuelle (article 4),
2. Action sociale collective (article 5).
3. Actions de prévention et politique SSCT de branche (article 6)

Article 4 - Action sociale individuelle

4.1 Population éligible

- Les salariés des entreprises cotisantes au FPFS, ainsi que leurs ayants droit ;
- Les bénéficiaires de la portabilité de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin » des entreprises cotisantes au FPFS,
- Les bénéficiaires de la portabilité de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale des entreprises cotisantes au FPFS.

4.2 Principes

L'action sociale individuelle de la branche intervient en faveur des bénéficiaires après un diagnostic social circonstancié et examen de la demande par la CPCG.

Les actions sociales individuelles financées par le FPFS :

- Interviennent **en deuxième niveau** pour toutes les demandes reçues par les organismes assureurs. En effet, le fonds social de l'Organisme assureur concerné sera sollicité en premier niveau, lorsque l'entreprise est adhérente au régime recommandé par l'Accord ;
- Sont **complémentaires** et interviennent après les autres organismes sociaux prioritaires pour intervenir (régime de base de la Sécurité sociale, Prestation de Compensation du Handicap...).

L'anonymat et la confidentialité sont assurés.

L'intervention est limitée par principe à une intervention par année civile, par foyer pour le même motif. Sauf situation exceptionnelle, elle n'est pas renouvelable ou évolutive pour le même motif au cours de l'année civile.

Elle a un caractère de soutien en intervenant dans des situations en lien avec le domaine de la santé.

Le FPFS est destiné à couvrir tout ou partie des dépenses élevées liées à l'état de santé ou nécessités notamment par :

- Le handicap du bénéficiaire (aménagements de mobiliers, formation adaptée...),
- Les appareillages ou prothèses,
- Les dépenses exposées dans le cadre d'une hospitalisation.

Le fonds participe également à des actions individuelles, en prenant en charge tout ou partie des dépenses médicalement justifiées mais non remboursées par la Sécurité Sociale et/ou par le régime complémentaire.

Le montant de l'aide ne peut excéder le montant réel de la dépense restant à charge.

L'évaluation de la situation individuelle ou familiale s'appuie sur des critères objectifs notamment les ressources et charges du foyer, le « reste à vivre global du foyer » et le « reste à vivre par part du foyer » comme définis ci-après.

4.3 Ressources

Toutes les ressources du foyer, imposables ou non.

Ressources exclues : la prestation de compensation du handicap (PCH), la majoration tierce personne (MTP), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

4.4 Charges

Les charges du foyer prises en compte sont :

- charges de logement principal (loyer ou mensualités d'accession à la propriété, taxe d'habitation, taxe foncière) ;
- charges courantes de la résidence principale : eau, gaz, électricité, frais de chauffage ;
- impôts sur le revenu ;
- pensions alimentaires versées ;
- assurances obligatoires et téléphonie dans la limite de 50 € TTC par mois.

4.5 Listes des éléments et pièces justificatives à fournir

Les pièces listées ci-dessous devront être envoyées lors de la constitution du dossier par le bénéficiaire :

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le recto et verso,
- Photocopies des justificatifs de ressources :
 - 3 derniers bulletins de salaire ou indemnités chômage ou indemnités maladie,
 - Allocation adulte handicapé,
 - Pension de retraite ou d'invalidité,
 - Allocation tierce personne,
 - Allocations familiales,
 - Allocation logement,
 - Pension alimentaire.
- Photocopies des justificatifs de charges :
 - Loyer ou accession,
 - Electricité,
 - Chauffage,
 - Pension alimentaire,
 - Taxe d'habitation,
 - Taxe foncière,
 - Tierce personne.
 - Justificatif Maladie Professionnelle
- Les justificatifs des frais médicaux :
 - Devis ou factures des frais engagés,
 - Réponse des aides sollicitées auprès d'autres organismes.

4.6 Critères d'octroi et notion de « Reste à vivre »

Le montant des aides individuelles accordées par le Fonds Paritaire Frais de Santé (FPFS) est calculé en fonction des ressources disponibles mensuelles une fois les charges du foyer prises en compte. On parle alors de « reste à vivre global du foyer » selon la formule suivante :

1. **Reste à vivre global du foyer** = Ressources (cf. 4.3 ci-dessus) — Charges (cf. 4.4 ci-dessus)

Chaque foyer représente un nombre de part calculé comme suit :

- un adulte représente une part
- un enfant à charge fiscalement, une demie-part

2. **Le « reste à vivre par part du foyer »** est calculé selon la formule suivante :

Reste à vivre par part du foyer = Reste à vivre global du foyer

Nombre total de part du foyer

3. Le « **reste à vivre maximal par part du foyer** » représente le plafond de ressources disponible par part au-delà duquel aucune intervention du FPFS ne pourra être sollicitée.
Il est fixé à 25% du PMSS. Il sera revu si besoin par la CPCG en fonction notamment des ressources disponibles du FPFS et du bilan des aides accordées.

Pour les demandes ne répondant pas aux critères d'octroi ci-dessus, l'organisme assureur produit une synthèse de ces demandes. Ces éléments peuvent permettre à la CPCG d'étudier une modification des critères d'intervention du FPFS objet du présent règlement.

4.7 Intervention du FPFS et coefficients de majoration

L'intervention du FPFS est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Intervention du fonds} = \text{RAC}^* - (\text{RAC}^* \times \frac{\text{Reste à vivre par part du foyer}}{\text{Reste à vivre par part du foyer maximal}})$$

* Le Reste A Charge correspond à la somme en euros restant à la charge de l'assuré après intervention des autres organismes sociaux prioritaires pour intervenir (régime de base de la Sécurité sociale, Prestation de Compensation du Handicap...), du régime frais de santé, le fonds institutionnel de l'organisme assureur et pour laquelle, il sollicite l'intervention du FPFS de la branche.

L'intervention du FPFS est prioritairement versée directement au praticien de santé ayant réalisé les soins objets de la demande d'intervention et justifié par la facture produite. **Toute intervention du fonds pour un montant inférieur à 50 € ne fera pas l'objet d'une prise en charge.**

Pour des situations familiales particulières (avec la production du justificatif requis), il peut être appliqué les coefficients ci-dessous majorant l'intervention du fonds :

Famille monoparentale	1,2
Enfant porteur de handicap	1,2
Famille monoparentale avec enfant handicapé	1,3
Salarié porteur d'un handicap ou d'une maladie professionnelle	1,1
Conjoint porteur d'un handicap ou d'une maladie professionnelle	1,1

Dans ces cas, l'intervention totale du FPFS est multipliée par le coefficient correspondant à la situation familiale en question.

4.8 Recevabilité et circuit des demandes d'intervention

4.8.1. Recevabilité des demandes

Les Organismes assureurs et l'Organisme collecteur accompagnent le bénéficiaire et l'aident dans ses démarches pour l'obtention des aides auprès des organismes sociaux prioritaires pour intervenir.

La demande est justifiée par un dossier de demande d'intervention du fonds de solidarité utilisé par les services d'action sociale des organismes assureurs recommandés, et doit comporter les pièces justificatives nécessaires à la compréhension et l'évaluation de la situation.

CA
CA

PR
PR

FL
FL

CL
CL

CG
CG

JDM
JDM

Le dossier du bénéficiaire devra contenir tous les justificatifs des démarches effectuées auprès de ces derniers. Une fois ces démarches réalisées, le bénéficiaire se doit de fournir l'ensemble des éléments et pièces justificatives demandés pour une intervention du FPFS afin de permettre l'évaluation de sa situation, tel que défini aux paragraphes 4.3 à 4.7

La demande est recevable uniquement si elle est présentée dans un délai de **12 mois à compter de la date des soins**. Passé ce délai, elle est forclose.

Les **pièces justificatives** doivent être transmises dans un délai de **6 mois suivant le dépôt de la demande**. À défaut, celle-ci ne sera pas instruite

La date des soins objet de la demande d'intervention du fonds doit être postérieure à la date où la personne réunit les conditions pour être bénéficiaire de ce fonds et à la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

4.8.2. Dépôt et traitement des demandes

Chaque assureur prend en compte les demandes des assurés relevant de son périmètre d'entreprises adhérentes et le gestionnaire les demandes des assurés des entreprises cotisantes mais non adhérentes au régime recommandé. La réception des demandes des salariés des entreprises cotisantes au Fonds seront prises en compte par l'assureur gestionnaire du Fonds, conformément à l'Accord.

Chacun des organismes assureurs recommandés et l'organisme collecteur reçoit et traite les demandes d'intervention et **transmet à la Commission dédiée d'attribution des aides de la branche** pour examen et décision sur la mise en paiement.

Un seul document de « demande d'intervention sociale » dont le modèle figure en annexe du présent Règlement est à compléter pour le fonds de l'Organisme assureur et le FPFS.

Le formulaire à utiliser est celui de l'Organisme assureur duquel relève le demandeur pour les entreprises qui adhèrent au régime recommandé. Les entreprises ayant acquitté leur contribution au FPFS s'adressent à l'Organisme collecteur.

A compter du 1^{er} janvier 2026, pour chaque demande, la fiche de présentation de la situation et le tableau d'intervention sont transmis à la CPCG de la Production et de la Transformation des Papiers et Cartons.

4.9 Procédure d'attribution des aides individuelles

Une fois que les Organismes assureurs ou l'Organisme collecteur ont établi les dossiers de demande d'intervention, **une commission dédiée d'attribution des aides**, composée d'un représentant par organisation syndicale représentative et autant de représentants côté patronal, se réunit trimestriellement notamment en visioconférence pour traiter les demandes d'aides exceptionnelles.

Une fois que la décision est prise sur le dossier, une réponse est transmise à l'Organisme assureur concerné sous 2 jours ouvrables maximum. Le bénéficiaire est systématiquement informé par courrier ou par mail de la décision prise par la commission.

Les dossiers complets sont présentés à la commission par un représentant de l'action sociale de chaque organisme recommandé, sur la base d'une fiche de présentation de la situation, définie avec les organismes assureurs, strictement anonyme.

La commission se réserve le droit de se réunir en cas de situation d'urgence. Si une réunion ne pouvait être organisée, le ou les dossiers en question pourrai(en)t être vu(s) et traité(s) par email.

CA
CA

PR
PR

FS
FS

CL
CL

CG
CG

JDM
JDM

Article 5 - Action sociale collective

Des actions sociales collectives peuvent également être engagées auprès des salariés bénéficiaires. Ces actions seront définies annuellement par la CPCG et doivent notamment leur permettre de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Article 6 - Action de prévention et politique SSCT de branche

6.1 Entreprises éligibles

Les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective.

Concernant certaines actions collectives, des entreprises multi-conventions dont l'effectif relève majoritairement du champ d'application de la Convention Collective et ayant rejoint la mutualisation ou ayant cotisé au FPFS, peuvent être considérées comme bénéficiaires des actions financées par le FPFS.

6.2 Principes

Les orientations seront définies annuellement par la CPCG dans la limite globale du FPFS ou du budget annuel éventuellement attribué à ce type d'actions. Elles peuvent prendre la forme de formations (sauf les formations obligatoires), de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de prévention santé et comportements en termes de consommation médicale et plus généralement de l'animation de la politique SSCT de branche.

III. Communication et modalités d'application du fonds

Article 7 – Communication

Une communication ciblée auprès des assurés et des entreprises cotisantes sera développée par chaque organisme assureur recommandé, après concertation avec la CPCG qui en suivra la mise en œuvre.

La branche peut décider d'une communication complémentaire sur les aides prévues par l'action sociale, dans ce cas le coût sera pris en charge sur le FPFS.

L'objectif est d'informer l'ensemble des entreprises et leurs salariés des actions prévues au titre du présent fonds, ainsi que des circuits pour y faire appel.

En aucun cas cette information ne fera état des critères d'octroi, ceux-ci étant modifiables par la CPCG.

Article 8 – Protection des données - Confidentialité

La mise en œuvre du FPFS s'exerce en garantissant au demandeur anonymat et confidentialité et ce, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données (RGPD) applicable à compter du 25 mai 2018.

Les parties signataires s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à la


CA


PR


FS


CL


CG


JDM

protection des données personnelles recueillies dans le cadre des demandes d'aides sociales, ce qui porte notamment sur la protection de données de santé et de données relatives à la situation financière et patrimoniale du demandeur.

L'organisme assureur qui instruit la demande d'accompagnement social sur appel direct du salarié, ou de demande de service prévention, informe le demandeur de ses droits et plus particulièrement de la finalité du traitement des données recueillies, du caractère obligatoire ou facultatif des réponses aux questions qui lui sont posées et des conséquences d'un défaut de réponse, des destinataires des données ainsi que la durée de leur conservation. Le demandeur doit également être informé de son droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données personnelles, ainsi que des modalités pour exercer ce droit.

Article 9 - Entrée en vigueur du Règlement

Le règlement du FPFS constitue une annexe au protocole de gestion relative au régime conventionnel de complémentaire santé de la Convention Collective.

Il s'applique pendant toute la durée du protocole de gestion, sauf hypothèse où il serait mis fin à l'action sociale par la CPCG, et suivant la réglementation sociale en vigueur.

Ce présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet à compter du 1er janvier 2026.

Article 10 - Modification et résiliation du Règlement

Le présent règlement peut être modifié à tout moment par la CPCG après concertation avec les Organismes assureurs. La CPCG fixe la date effective d'entrée en vigueur des modifications.

La résiliation du présent règlement est l'objet d'une décision de la CPCG après étude des éléments notamment financiers justifiant cette résiliation. Les demandes d'aides ou les actions collectives en cours de traitement lors de la résiliation sont honorées dans la limite des fonds disponibles.

CA
CA

PR
PR

FS
FS

CL
CL

CG
CG

JDM
JDM

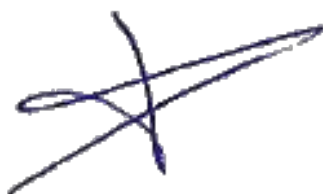
Pour la Commission Paritaire Nationale :

L'UNIDIS
Représentée par :

C. ANQUETIL

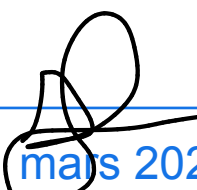
C. ANQUETIL (4 mars 2026 15:31:01 GMT+1)

La FILPAC CGT ;
Représentée par :

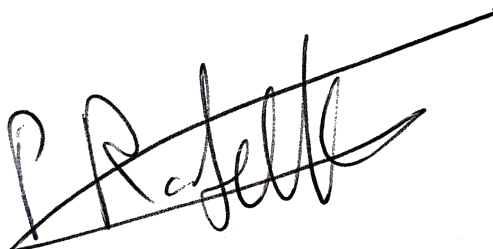


La FCE CFDT ;
Représentée par :

La FG FO ;
Représentée par :


Serra (11 mars 2026 18:01:59 GMT+1)

La FIBOPA CFE-CGC,
Représentée par :



Pour les Organismes Assureurs recommandés
Pour l'APGIS,
Représentée par : Clément GOMBEAUD - Directeur Général

C. Gombeaud

C. Gombeaud (24 mars 2026 14:42:59 GMT+1)

Pour PRODIGEO Assurances
Représentée par : Jean-David MICHEL – Membre du Directoire

JDM

JDM (4 mars 2026 15:42:27 GMT+1)

☛ Enfants et autres personnes au foyer

Nom et prénom	Date de naissance	A charge	Lien de parenté	Profession ou situation
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....

☛ Ressources imposables et non imposables du foyer

Fournir tous les justificatifs inscrits en gras et en italiques :

Nature des ressources	Montant ⁽¹⁾					
	Salarié ou ancien Salarié	Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS	Autre personne vivant au foyer	M	T	A
Salaires <i>Copie des 3 derniers bulletins de salaire</i>				☐	☐	☐
Allocation Pôle Emploi <i>Copie de la notification d'admission et du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Indemnités journalières de la Sécurité sociale <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Prestations familiales et sociales (AF, AL, APL, RSA, Prime d'activité, AAH, AES, ACTP, AGED, PAJE, API,.....) <i>Copie du dernier avis de paiement ou de la dernière notification</i>				☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Retraite de base ☐ Direct ☐ Réversion Pension Sécurité sociale, MSA (régime agricole), régimes spéciaux (EDF, SNCF, fonction publique...) Autres (précisez le nom de l'organisme) <i>Copie des justificatifs des sommes versées par vos organismes de retraite pour la déclaration d'impôt</i>				☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Retraite complémentaire ☐ Direct ☐ Réversion Précisez le nom des institutions <i>Copie des justificatifs des sommes versées par vos institutions de retraite complémentaire pour la déclaration d'impôt</i>				☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Pension d'invalidité Sécurité sociale ☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Cat.3 ☐ Cat.4 <i>Copie du dernier avis de paiement et copie de la notification de la Sécurité sociale de mise en invalidité</i>				☐	☐	☐
Pension d'invalidité complémentaire <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Rente accident de travail <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Complément servi par un régime de prévoyance <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Revenus mobiliers Revenus locatifs fonciers				☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Pension alimentaire				☐	☐	☐
Autres ressources (précisez lesquelles) <i>Joindre les justificatifs</i>				☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

⁽¹⁾ M : Mensuel T : Trimestriel A : Annuel

Charges du foyer

FOURNIR TOUS LES JUSTIFICATIFS INSCRITS EN GRAS ET EN ITALIQUES

★ Logement

- ☐ En accession à la propriété ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Usufruitier ☐ Occupant à titre gratuit ☐ Locataire
☐ Appartement ☐ Maison individuelle ☐ Maison de retraite (☐ Privé ☐ Public)

Nature des charges	Montant	M (1)	T (1)	A (1)
Loyer <i>Copie de la dernière quittance</i>		☐	☐	☐
Prêt immobilier <i>Copie du tableau d'amortissement</i>		☐	☐	☐
Taxe d'habitation <i>Copie de la dernière taxe reçue</i>		☐	☐	☐
Taxe foncière <i>Copie de la dernière taxe reçue</i>		☐	☐	☐
Assurance habitation <i>Copie de la dernière quittance reçue</i>		☐	☐	☐
Assurance(s) automobile(s)/2 roues <i>Copie de la ou des dernières quittances reçues</i>		☐	☐	☐
Complément servi par un régime de prévoyance <i>Copie du dernier avis de paiement</i>		☐	☐	☐
Electricité, gaz eau, fuel etc..... <i>Copie des factures sur une année</i>		☐	☐	☐
Frais de scolarité (cantine, école...) <i>Copie des factures sur une année</i>		☐	☐	☐
Pensions alimentaires <i>Copie complète du dernier avis d'imposition mentionnant le versement des pensions alimentaires</i>		☐	☐	☐

★ Autres charges

Nature des charges	Montant	M (1)	T (1)	A (1)
Impôt sur le revenu <i>Copie complète du dernier avis d'imposition de toutes les personnes du foyer</i>		☐	☐	☐
Etes-vous en situation de surendettement ? ☐ Oui ☐ Non <i>Fournir le plan d'apurement de la Banque de France</i>		☐	☐	☐
Cotisations Prévoyance ou Mutuelle Précisez le nom et l'adresse de l'organisme.....		☐	☐	☐

★ Charges exceptionnelles

- Fournir les factures et/ou devis, des décomptes de la Sécurité sociale, de la Mutuelle, ... motivant votre demande. Concernant les devis, fournir une attestation argumentée du praticien expliquant le choix des actes à réaliser.
- Dépenses d'aide à domicile : fournir un certificat médical, devis, factures.
- Rapport de police ou d'expert (le cas échéant)

M : Mensuel T : Trimestriel A : Annuel

Motif de la demande d'aide

Exposer les raisons de votre demande d'entraide exceptionnelle (situation initiale, évènement aggravant à l'origine de votre demande, situation actuelle) qui permettent à la commission sociale de bien comprendre votre situation de détresse.

Montant de la dépense.....€

Montant de l'aide sollicitée.....€

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

★ Avez-vous déposé d'autres demandes d'aide au cours des 12 derniers mois ?

Organisme	Autre demande		Date	Motif de l'aide	Montant
	Acceptée ou en cours	Refusée			
Centre communal d'action sociale ou Mairie	☐	☐			
Maison Départementale de la Personne Handicapée	☐	☐			
Conseil Général	☐	☐			
Sécurité sociale	☐	☐			
Pôle Emploi					
Institution(s) de retraite complémentaire :	☐	☐			
	☐	☐			
	☐	☐			
Organismes complémentaires santé/prévoyance :	☐	☐			
	☐	☐			
Comité d'entreprise	☐	☐			

★ Avez-vous été aidé par un travailleur social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez ses coordonnées postales, et téléphoniques

Nous vous remercions de remplir soigneusement ce document et de nous le retourner dûment régularisé accompagné des pièces justificatives demandées.

En cas de demande concernant le handicap, merci de **joindre également la copie de la dernière notification de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (MDPH)**.

Si vous avez besoin de précisions complémentaires, vous pouvez contacter le service Action Sociale PRODIGE Assurances, via votre espace assuré sur le site www.prodigeoassurances.com, par téléphone ou par mail comme suit :

 01 55 76 15 30

 planetpro@prodigeoassurances.com

☛ Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'étude, l'exécution et la gestion de la demande du Bénéficiaire au titre du fonds de solidarité.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données du Bénéficiaire présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette demande.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

Destinataires des données à caractère personnel

Les données du Bénéficiaire sont destinées à PRODIGO Assurances, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Ces données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

Elles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants.

Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du Bénéficiaire sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

Les droits des Bénéficiaires

Le Bénéficiaire dispose d'un droit de demander l'accès à ces données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Il dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Il peut à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Le Bénéficiaire peut exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de PRODIGO Assurances à l'adresse suivante :

☛ Par mail : dpo@probtp.com ou

☛ courrier à : PRODIGO Assurances – cellule Protection des données personnelles Gestion salariés 93901 BOBIGNY CEDEX 9

PRODIGO Assurances dispose d'un délai d'un mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux mois.

Il peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Il peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Bénéficiaire est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

Nous attestons sur l'honneur que cette demande d'éligibilité ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Nous comprenons que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse nous serons passibles de poursuites.

Fait à Le | | | | | | | | | |

Signature précédée de la mention lu et approuvé



Merci de retourner ce document dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées via votre espace assuré (www.prodigeoassurances.com) ou à l'adresse ci-dessous :

PRODIGO Assurances
Services Action Sociale
Gestion salariés
93901 BOBIGNY CEDEX 9

2. Formulaire Demande d'intervention sociale APGIS



Identité du salarié ou ancien salarié affilié bénéficiant des prestations du régime de base conventionnel

Raison sociale N° contrat APGIS.....

Adresse (employeur)..... Code postal |_|_|_|_| Ville.....

Nom..... Prénom.....

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance |_|_|_|_|_|_|

Adresse..... Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

☎ fixe |_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ port. |_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ profes. |_|_|_|_|_|_|_|_|

e-mail.....@.....

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ou lié par un PACS
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

} Depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ En activité depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ A temps complet
☐ A temps partiel
☐ A mi-temps thérapeutique

} Depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ En arrêt de travail ☐ au chômage ☐ en invalidité ☐ en préretraite ☐ en retraite depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Reconnu(e) par la CDAPH. Taux d'incapacité : ☐ Autres. Précisez

👉 **Identité du conjoint, concubin ou du partenaire lié par un PACS** (A compléter même si décédé)

Nom..... Prénom.....

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

port. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| profes. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ En activité depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ A temps complet
☐ A temps partiel } Depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ A mi-temps thérapeutique }

☐ En arrêt de travail ☐ au chômage ☐ en invalidité ☐ en préretraite ☐ en retraite depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Reconnu(e) par la CDAPH. Taux d'incapacité : ☐ Autres. Précisez

APGIS - Institution de prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n°930, régie par les articles L931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale - SIREN N°304 217 904 - Siège social : 12 rue Massue - 94604 VINCENTNES cedex - www.apgis.com

☛ Enfants et autres personnes au foyer

Nom et prénom	Date de naissance	A charge	Lien de parenté	Profession ou situation
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....		☐ Oui ☐ Non	.....	.....

☛ Ressources imposables et non imposables du foyer

Fournir tous les justificatifs inscrits en gras et en italiques

Nature des ressources	Montant ⁽¹⁾					
	Salarié ou ancien Salarié	Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS	Autre personne vivant au foyer	M	T	A
Salaires <i>Copie des 3 derniers bulletins de salaire</i>				☐	☐	☐
Allocation Pôle Emploi <i>Copie de la notification d'admission et du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Indemnités journalières de la Sécurité sociale <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Prestations familiales et sociales (AF, AL, APL, RSA, Prime d'activité, AAH, AES, ACTP, AGED, PAJE, API,.....) <i>Copie du dernier avis de paiement ou de la dernière notification</i>				☐	☐	☐
Retraite de base ☐ Direct ☐ Réversion Pension Sécurité sociale, MSA (régime agricole), régimes spéciaux (EDF, SNCF, fonction publique...) Autres (précisez le nom de l'organisme) <i>Copie des justificatifs des sommes versées par vos organismes de retraite pour la déclaration d'impôt</i>				☐	☐	☐
Retraite complémentaire ☐ Direct ☐ Réversion Précisez le nom des institutions <i>Copie des justificatifs des sommes versées par vos institutions de retraite complémentaire pour la déclaration d'impôt</i>				☐	☐	☐
Pension d'invalidité Sécurité sociale ☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Cat.3 ☐ Cat.4 <i>Copie du dernier avis de paiement et copie de la notification de la Sécurité sociale de mise en invalidité</i>				☐	☐	☐
Pension d'invalidité complémentaire <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Rente accident de travail <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Complément servi par un régime de prévoyance <i>Copie du dernier avis de paiement</i>				☐	☐	☐
Revenus mobiliers				☐	☐	☐
Revenus locatifs fonciers				☐	☐	☐
Pension alimentaire				☐	☐	☐
Autres ressources (précisez lesquelles) <i>Joindre les justificatifs</i>				☐	☐	☐

⁽¹⁾ M : Mensuel T : Trimestriel A : Annuel

Charges du foyer

FOURNIR TOUS LES JUSTIFICATIFS INSCRITS EN GRAS ET EN ITALIQUES

★ Logement

- ☐ En accession à la propriété ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Usufruitier ☐ Occupant à titre gratuit ☐ Locataire
☐ Appartement ☐ Maison individuelle ☐ Maison de retraite (☐ Privé ☐ Public)

Nature des charges	Montant	M (1)	T (1)	A (1)
Loyer <i>Copie de la dernière quittance</i>		☐	☐	☐
Prêt immobilier <i>Copie du tableau d'amortissement</i>		☐	☐	☐
Taxe d'habitation <i>Copie de la dernière taxe reçue</i>		☐	☐	☐
Taxe foncière <i>Copie de la dernière taxe reçue</i>		☐	☐	☐
Assurance habitation <i>Copie de la dernière quittance reçue</i>		☐	☐	☐
Assurance(s) automobile(s)/2 roues <i>Copie de la ou des dernières quittances reçues</i>		☐	☐	☐
Complément servi par un régime de prévoyance <i>Copie du dernier avis de paiement</i>		☐	☐	☐
Electricité, gaz eau, fuel etc..... <i>Copie des factures sur une année</i>		☐	☐	☐
Frais de scolarité (cantine, école...) <i>Copie des factures sur une année</i>		☐	☐	☐
Pensions alimentaires <i>Copie complète du dernier avis d'imposition mentionnant le versement des pensions alimentaires</i>		☐	☐	☐

★ Autres charges

Nature des charges	Montant	M (1)	T (1)	A (1)
Impôt sur le revenu <i>Copie complète du dernier avis d'imposition de toutes les personnes du foyer</i>		☐	☐	☐
Etes-vous en situation de surendettement ? ☐ Oui ☐ Non <i>Fournir le plan d'apurement de la Banque de France</i>		☐	☐	☐
Cotisations Prévoyance ou Mutuelle Précisez le nom et l'adresse de l'organisme.....		☐	☐	☐

★ Charges exceptionnelles

- Fournir les factures et/ou devis, des décomptes de la Sécurité sociale, de la Mutuelle, ... motivant votre demande. Concernant les devis, fournir une attestation argumentée du praticien expliquant le choix des actes à réaliser.
- Dépenses d'aide à domicile : fournir un certificat médical, devis, factures.
- Rapport de police ou d'expert (le cas échéant)

M : Mensuel T : Trimestriel A : Annuel

➤ **Motif de la demande d'aide**

Exposer les raisons de votre demande d'entraide exceptionnelle (situation initiale, évènement aggravant à l'origine de votre demande, situation actuelle) qui permettent à la commission sociale de bien comprendre votre situation de détresse.

Montant de la dépense €

Montant de l'aide sollicitée €

[illegible]

★ Avez-vous déposé d'autres demandes d'aide au cours des 12 derniers mois ?

Organisme	Autre demande		Date	Motif de l'aide	Montant
	Acceptée ou en cours	Refusée			
Centre communal d'action sociale ou Mairie	☐	☐	_____	_____	_____
Maison Départementale de la Personne Handicapée	☐	☐	_____	_____	_____
Conseil Général	☐	☐	_____	_____	_____
Sécurité sociale	☐	☐	_____	_____	_____
Pôle Emploi			_____	_____	_____
Institution(s) de retraite complémentaire : _____ _____ _____	☐	☐	_____	_____	_____
	☐	☐	_____	_____	_____
	☐	☐	_____	_____	_____
Organismes complémentaires santé/prévoyance : _____ _____	☐	☐	_____	_____	_____
	☐	☐	_____	_____	_____
Comité d'entreprise	☐	☐	_____	_____	_____

★ Avez-vous été aidé par un travailleur social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez ses coordonnées postales, et téléphoniques

Nous vous remercions de remplir soigneusement ce document et de nous le retourner dûment régularisé accompagné des pièces justificatives demandées.

En cas de demande concernant le handicap, merci de **joindre également la copie de la dernière notification de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (MDPH)**.

Si vous avez besoin de précisions complémentaires, vous pouvez contacter le service Aggis Solidarité, via votre espace assuré sur le site www.aggis.com, par téléphone ou par mail comme suit :

 01 49 57 45 30

 hds@appgis.com

Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'étude, l'exécution et la gestion de la demande du Bénéficiaire au titre du fonds de solidarité.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données du Bénéficiaire présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette demande.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

Destinataires des données à caractère personnel

Les données du Bénéficiaire sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Ces données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

Elles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants.

Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du Bénéficiaire sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

Les droits des Bénéficiaires

Le Bénéficiaire dispose d'un droit de demander l'accès à ces données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Il dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Il peut à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Le Bénéficiaire peut exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

- Par mail : dpo@apgis.com ou
- courrier à : APGIS – cellule Protection des données personnelles 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

L'APGIS dispose d'un délai d'un mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux mois.

Il peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Il peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Bénéficiaire est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

Nous attestons sur l'honneur que cette demande d'éligibilité ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Nous comprenons que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse nous serons passibles de poursuites.

Fait à Le/...../.....

Signature précédée de la mention lu et approuvé



Merci de retourner ce document dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées via votre espace assuré (www.apgis.com) ou à l'adresse ci-dessous :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue – 94684 VINCENNES CEDEX

DECEMBRE 2023

3. Convention de financement du pilotage technique, de la conception et de l'animation de la politique santé, sécurité et conditions de travail de la branche de la production et de la transformation du papier carton

Règlement DES

Rapport d'audit final

2026-03-24

Créé le :	2026-03-04
De :	Stéphanie GUERTIN (secretariat@unidis.fr)
État :	Signé
ID de transaction :	CBJCHBCAABAAACam5_TJZRvnxs6w-Llyyp174P_uGRUXc

Historique de "Règlement DES"

-  Document créé par Stéphanie GUERTIN (secretariat@unidis.fr)
2026-03-04 - 14:28:00 GMT- Adresse IP : 92.154.8.105
-  Document envoyé par e-mail à caroline.anquetil@unidis.fr pour signature
2026-03-04 - 14:28:09 GMT
-  Document envoyé par e-mail à patrice.rabelle@laposte.net pour signature
2026-03-04 - 14:28:09 GMT
-  Document envoyé par e-mail à franckterra@wanadoo.fr pour signature
2026-03-04 - 14:28:10 GMT
-  Document envoyé par e-mail à laparriere@filpac-cgt.fr pour signature
2026-03-04 - 14:28:10 GMT
-  Document envoyé par e-mail à c.gombeaud@apgis.com pour signature
2026-03-04 - 14:28:10 GMT
-  Document envoyé par e-mail à jd.michel@probt.com pour signature
2026-03-04 - 14:28:11 GMT
-  E-mail consulté par caroline.anquetil@unidis.fr
2026-03-04 - 14:30:02 GMT- Adresse IP : 92.154.8.105
-  E-mail consulté par c.gombeaud@apgis.com
2026-03-04 - 14:30:33 GMT- Adresse IP : 92.184.107.96
-  Le signataire caroline.anquetil@unidis.fr a saisi ce nom lors de la signature en tant que C. ANQUETIL
2026-03-04 - 14:30:59 GMT- Adresse IP : 92.154.8.105
-  Document signé électroniquement par C. ANQUETIL (caroline.anquetil@unidis.fr)
Date de signature : 2026-03-04 - 14:31:01 GMT - Source de l'heure : serveur- Adresse IP : 92.154.8.105

 E-mail consulté par jd.michel@probt.com

2026-03-04 - 14:38:40 GMT- Adresse IP : 52.102.18.37

 Le signataire jd.michel@probt.com a saisi ce nom lors de la signature en tant que JDM

2026-03-04 - 14:42:25 GMT- Adresse IP : 24.206.110.184

 Document signé électroniquement par JDM (jd.michel@probt.com)

Date de signature : 2026-03-04 - 14:42:27 GMT - Source de l'heure : serveur- Adresse IP : 24.206.110.184

 E-mail consulté par laparriere@filpac-cgt.fr

2026-03-04 - 15:44:37 GMT- Adresse IP : 176.149.167.162

 E-mail consulté par franckerra@wanadoo.fr

2026-03-04 - 21:40:30 GMT- Adresse IP : 172.226.208.17

 E-mail consulté par patrice.rabelle@laposte.net

2026-03-05 - 10:29:24 GMT- Adresse IP : 92.168.21.35

 Le signataire patrice.rabelle@laposte.net a saisi ce nom lors de la signature en tant que P Rabelle

2026-03-05 - 10:31:57 GMT- Adresse IP : 92.168.21.35

 Document signé électroniquement par P Rabelle (patrice.rabelle@laposte.net)

Date de signature : 2026-03-05 - 10:31:59 GMT - Source de l'heure : serveur- Adresse IP : 92.168.21.35

 E-mail consulté par c.gombeaud@apgis.com

2026-03-11 - 14:50:07 GMT- Adresse IP : 178.16.165.124

 E-mail consulté par franckerra@wanadoo.fr

2026-03-11 - 17:00:44 GMT- Adresse IP : 140.248.41.24

 Le signataire franckerra@wanadoo.fr a saisi ce nom lors de la signature en tant que Serra

2026-03-11 - 17:01:57 GMT- Adresse IP : 88.122.77.15

 Document signé électroniquement par Serra (franckerra@wanadoo.fr)

Date de signature : 2026-03-11 - 17:01:59 GMT - Source de l'heure : serveur- Adresse IP : 88.122.77.15

 Nouvelle URL de document demandée par laparriere@filpac-cgt.fr

2026-03-15 - 10:39:59 GMT- Adresse IP : 176.149.167.163

 E-mail consulté par laparriere@filpac-cgt.fr

2026-03-15 - 10:40:09 GMT- Adresse IP : 176.149.167.163

 Le signataire laparriere@filpac-cgt.fr a saisi ce nom lors de la signature en tant que LAPARLIERE

2026-03-15 - 10:41:50 GMT- Adresse IP : 176.149.167.163

 Document signé électroniquement par LAPARLIERE (laparriere@filpac-cgt.fr)

Date de signature : 2026-03-15 - 10:41:52 GMT - Source de l'heure : serveur- Adresse IP : 176.149.167.163

 E-mail consulté par c.gombeaud@apgis.com
2026-03-18 - 15:42:42 GMT- Adresse IP : 178.16.165.124

 Nouvelle URL de document demandée par Stéphanie GUERTIN (secretariat@unidis.fr)
2026-03-24 - 13:40:43 GMT- Adresse IP : 178.16.165.124

 Nouvelle URL de document demandée par c.gombeaud@apgis.com
2026-03-24 - 13:41:23 GMT- Adresse IP : 178.16.165.124

 E-mail consulté par c.gombeaud@apgis.com
2026-03-24 - 13:41:31 GMT- Adresse IP : 178.16.165.124

 Le signataire c.gombeaud@apgis.com a saisi ce nom lors de la signature en tant que C. Gombeaud
2026-03-24 - 13:42:57 GMT- Adresse IP : 178.16.165.124

 Document signé électroniquement par C. Gombeaud (c.gombeaud@apgis.com)
Date de signature : 2026-03-24 - 13:42:59 GMT - Source de l'heure : serveur- Adresse IP : 178.16.165.124

 Accord terminé
2026-03-24 - 13:42:59 GMT