



**AVENANT N° 13**  
**ACCORD SPECIFIQUE RELATIF AUX REGIMES**  
**COMPLEMENTAIRES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE**  
**SANTE INSTITUES PAR LA CONVENTION COLLECTIVE**  
**DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**



SOMMAIRE

PREAMBULE .....4

ARTICLE 1 – OBJET DU PRESENT AVENANT .....4

ANNEXE 2 : DEMANDE D’AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L’ETABLISSEMENT ....5

FRANÇAIS DU SANG.....5

ANNEXE 4 : DEMANDE D’AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L’ETABLISSEMENT .....17

ARTICLE 2 – DUREE ET DATE D’ENTREE EN VIGUEUR .....29

2-1 : Durée de l’accord.....29

2-2 : Date d’entrée en application .....29

2-3 – Dépôt et publicité de l’avenant .....29



Entre les soussignés :

- **L'Etablissement Français du Sang**, pris en la personne de son représentant qualifié, Frédéric PACOUD, Président.

D'une part,

et

- **Les organisations syndicales représentatives** ci-dessous énumérées, prises en les personnes de leurs représentants qualifiés,

Benoît LEMERCIER ou Frédéric DIDELOT, délégués syndicaux centraux de l'Etablissement Français du Sang pour la **CFDT**.

Steeve PERNO ou Stéphanie THIRIOT, délégués syndicaux centraux de l'Etablissement Français du Sang pour **FO**.

Nicolas DEHNIG ou Patricia ANCEAU, délégués syndicaux centraux de l'Etablissement Français du Sang pour la **SNTS CFE-CGC**.

Leila HAISE ou Sylvie DUPRESSOIR, déléguées syndicales centrales de l'Etablissement Français du Sang pour l'**UNSA**.



## PREAMBULE

Les organisations syndicales représentatives et la direction de l'EFS ont fait évoluer les règlements intérieurs relatifs au fonds social « frais de santé » et au fonds social « prévoyance » ainsi que les formulaires de demande d'intervention de ces fonds par l'avenant n°11 à l'accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la Convention collective de l'Etablissement Français du Sang.

Afin de faciliter la compréhension des formulaires de demande d'intervention de ces fonds sociaux et leurs mises à jour, les organisations syndicales représentatives et la direction de l'EFS se sont réunies.

Le présent avenant porte sur les mesures mentionnées ci-après :

- L'évolution du formulaire de demande d'aide exceptionnelle fonds social frais de santé de l'établissement français du sang ;
- L'évolution du formulaire de demande d'aide exceptionnelle fonds social prévoyance de l'établissement français du sang.

## ARTICLE 1 – OBJET DU PRESENT AVENANT

Le présent avenant révisé l'accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la convention collective de l'Etablissement Français du Sang (EFS)<sup>1</sup> de la manière suivante :

- Les annexes 2 et 4 de l'accord mentionné ci-dessus sont respectivement remplacées par les annexes 2, et 4 mentionnées par le présent avenant.



<sup>1</sup> Tel que modifiés par l'avenant n°8 du 25 septembre 2020, l'avenant n°9 du 15 février 2023, l'avenant n°10 du 21 décembre 2023, l'avenant n°11 du 27 juin 2024 et l'avenant n°12 du 29 novembre 2024.

## ANNEXE 2 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Le Fonds Social Frais de Santé de l'EFS est destiné à participer, dans les limites de son budget, en tout ou partie des frais de santé au bénéfice d'un adhérent(\*) étant dans une situation financière difficile.

### I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL

#### Conditions :

Le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang est destiné à participer à tout ou partie des dépenses liées à l'état de santé, lorsque le reste à charge entraîne des difficultés financières pour l'adhérent (\*).

(\*) adhérent à la mutuelle



**II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET :  
SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA  
COMMISSION.**

**Pièces obligatoires (pour chaque justificatif fourni, veuillez cocher la case correspondante) :**

- **Si votre demande concerne une dépense de santé avec un reste à charge inférieur à 500€, les documents suivants doivent être fournis pour chaque membre du foyer :**

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto et verso
- Devis détaillé d'un professionnel ou factures des frais engagés
- Le cas échéant, la réponse de l'aide sollicitée auprès du fonds social de votre régime obligatoire (CPAM, MSA...)

Pour les demandes en lien avec le handicap : la réponse de la MDPH (Maison départementale de la Personne Handicapée)

- **Si votre demande concerne une dépense de santé avec un reste à charge supérieur à 500€, les documents suivants doivent être fournis pour chaque membre du foyer, le cas échéant :**

➤ Photocopies des justificatifs de ressources de l'année en cours :

- 3 derniers mois de salaire ou indemnité chômage ou indemnités maladie
- Pensions d'invalidité
- Allocation adultes handicapés
- Prestations familiales
- Allocation logement
- Prime d'activité, RSA (Revenu de Solidarité Active)
- Extrait du bilan comptable pour les travailleurs non salariés ou attestation du comptable
- Allocation tierce personne
- Pension alimentaire
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto et verso

➤ Photocopies des justificatifs de charges :

- Dernier loyer ou accession à la propriété (joindre les tableaux de remboursement des crédits immobilier)
- Dernière facture d'électricité ou échancier
- Dernière facture de chauffage ou échancier
- Pension alimentaire
- Dernière taxe foncière
- Salaire versé à une tierce personne

➤ Pour les prestations concernées par la demande d'aide :

- Un devis détaillé du professionnel ou factures des frais engagés
- Réponse de l'aide sollicitée auprès du fonds social de votre régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI...)
- Pour les demandes en lien avec le handicap : la réponse de la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée)
- Justificatif des remboursements Mutuelle(s) – Si couvert par plusieurs mutuelles

**Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront pas être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté de manière anonyme à la Commission.**



**DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE**

**NOM :**

.....

**PRÉNOM :**

.....

**ADRESSE :**

.....

.....

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :**

.....

**FONCTION**

.....

**LIEU D'ACTIVITÉ**

.....

**SITUATION DE FAMILLE** (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubin
- Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) – Date du décès du conjoint --- / ---/ ---



**NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE** (si différent du demandeur):

.....

.....

.....



PERSONNES À CHARGE FISCALEMENT				
NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION DE FAMILLE	SITUATION PARTICULIERE (de la personne à charge et/ou du conjoint)



RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE			
DÉSIGNATION	Du demandeur	Du conjoint ou concubin	Des autres personnes vivant au foyer
► Salaires nets	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Allocation logement	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autres ressources <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....
<b>TOTAL :</b>			

(1) Exemples : retraite, rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...

CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE	
<b>LOGEMENT (2)</b>	
<p>Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIETE (barrer la mention inutile)</p> <p>■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété..... € par an</p> <p>■ Taxe foncière ..... € par an</p> <p>■ Taxe d'habitation ..... € par An</p> <p>■ Charges de copropriété.....€ par an</p>	<p>Si vous êtes LOCATAIRE :</p> <p>■ Loyer..... € par an</p> <p>■ Charges locatives ou de copropriété : ..... € par an</p>
<p>■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement ..... € par an</p>	
<p>■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	



<b>AUTRES CHARGES <sup>(2)</sup></b>	
<p>■ Chauffage ..... € par an</p> <p>■ Impôts sur le revenu..... € par an</p> <p>■ Gaz, électricité..... € par an</p>	<p>■ Crédits à la consommation (à détailler) : .....€ par an .....</p> <p>■ Autres charges régulières .....€ par an .....</p>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)</b>	
<p>■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) ..... €</p> <p>■ Frais d'amélioration du confort de votre logement..... €</p> <p>■ Frais consécutifs à un décès ..... €</p> <p>■ Autres (à préciser) ..... €</p>	
<b>TOTAL :</b>	

(2) Joindre impérativement tous les justificatifs



**DETAILS DE LA DEPENSE :**

**MONTANT HORS REMBOURSEMENT :**

**REMBOURSEMENT SECU :**

*(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)*

**REMBOURSEMENT MUTUELLE :**

*(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)*

**REMBOURSEMENT 2<sup>ème</sup> MUTUELLE (CONJOINT OU SURMUTUELLE) :**

*(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)*

**TOTAL DES REMBOURSEMENTS :**

**RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :**



**AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU  
DEMANDEES CES 12 DERNIERS MOIS**

(Exemples de fonds attribuant des aides : Centre communal d'action social (CCAS), Fonds social de la CPAM, Fonds social (complémentaire Frais de Santé, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), Commission d'entraide ou de secours du CSE, Autre Commission sociale, Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Divers...)

DESIGNATION DU FONDS	MOTIF	MONTANT	DATE
▶ ...	.....	.....	.....
▶ ...	.....	.....	.....
Etc....			



RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :



Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande. En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Je consens à ce que mes données de santé soient traitées par [*sera précisé le service en charge de l'instruction des dossiers*] afin d'analyser mon éligibilité aux fonds sociaux frais de santé et prévoyance de l'Etablissement français du sang. Je peux retirer mon consentement à tout moment. Le retrait de mon consentement aura pour effet de rendre mon dossier incomplet\*.

J'accepte que les éléments fournis dans mon dossier soit transmis, de manière anonyme, aux membres de la commission sociale.

Fait à ..... le .....

Signature :

Le dossier et les justificatifs sont à adresser à  
[*sera précisé le service en charge de l'instruction des dossiers*]\*



## MENTIONS D'INFORMATION RGPD A DESTINATION DES SALARIES A INSERER EN BAS DES FORMULAIRES DE DEMANDE D'AIDE FONDS SOCIAUX\*

Les informations recueillies au titre de ce formulaire font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par l'EFS, en tant que responsable de traitement et dont le siège se situe au 20 avenue du Stade France, 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex.

Ce traitement est destiné à vérifier l'éligibilité des demandes d'aide aux fonds sociaux, à accompagner le salarié dans la constitution de son dossier et à instruire les dossiers pour l'octroi des aides. Ce traitement est fondé sur l'exécution du contrat de travail et plus précisément sur les avenants n°11 et n°13 de l'accord collectif spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la convention collective de l'EFS.

La fourniture de vos informations est nécessaire pour permettre l'examen de votre dossier.

Les destinataires de vos données personnelles sont la directrice de l'Action Sociale, la référente de l'Action Sociale désignée et son binôme. La Commission paritaire Frais de santé et prévoyance constituée par l'EFS et les organisations syndicales n'a accès qu'à un dossier strictement anonymisé par Harmonie Mutuelle.

Les données personnelles collectées seront conservées 2 ans par Harmonie Mutuelle.

Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données et à condition de justifier de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation. Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'EFS en vous adressant à la Direction des Ressources Humaines nationale.

L'EFS a désigné un Délégué à la protection des données - ou DPO - que vous pouvez contacter à l'adresse email suivante : [efs.dpo@efs.sante.fr](mailto:efs.dpo@efs.sante.fr)\*



\* Les informations de l'annexe 2 suivies de l'astérisque (\*), soit les dispositions concernant le consentement relatif au traitement des données par le service en charge de l'instruction des dossiers, celles relatives à l'envoi des documents à ce service ainsi que les dispositions relatives au RGPD sont communiquées à titre indicatif et ne font pas partie intégrante du présent avenant. Ces dispositions sont susceptibles d'évolutions ultérieures sans nécessiter la conclusion d'un nouvel avenant.

**ANNEXE 4 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**

Le Fonds Social Prévoyance de l'EFS est destiné à aider, ou accompagner, dans les limites de son budget, les bénéficiaires du régime prévoyance EFS étant dans une situation financière particulièrement difficile liée au décès, à l'incapacité temporaire de travail, à l'incapacité permanente de travail, à l'invalidité ou à la perte d'autonomie.

**I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL**

**Conditions :**

- ▶ Le bénéficiaire des prestations est adhérent au régime Prévoyance de l'EFS
- ▶ Il s'agit de dépenses présentant un lien avec les garanties du régime prévoyance.
- ▶ La dépense a un caractère nécessaire, exceptionnel et est liée, notamment à :
  - L'aménagement du cadre de vie
  - L'assistance à domicile
  - L'accompagnement par un professionnel de santé
  - Les frais d'obsèques
- ▶ Les dépenses concernent l'année en cours (ou l'année passée pour les Commissions de début d'année)
- ▶ La situation financière du demandeur ou de sa famille est difficile ou rendue difficile par cette dépense



**II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET :**

**SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA  
COMMISSION.**

**Pièces obligatoires à fournir (pour chaque justificatif fourni, veuillez cocher la case correspondante) :**

- Certificat attestant de l'état de santé rendant nécessaire la dépense (ou certificat de décès)
- Au moins 1 devis
- Ou justificatif de la dépense
- Justificatif des remboursements Sécu
- Justificatif des remboursements complémentaires
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou, à défaut, certificat de non-imposition
- Tous les justificatifs relatifs à votre demande

**Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté anonyme à la Commission.**



DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE

NOM : .....

PRÉNOM :  
.....

ADRESSE : .....  
.....  
.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....

FONCTION :  
.....

LIEU D'ACTIVITÉ :  
.....

SITUATION DE FAMILLE (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubin
- Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) – Date du décès du conjoint --- / ---/ ---

NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE (si différent du demandeur) :  
.....  
.....



**PERSONNES À  
CHARGE  
FISCALEMENT**

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION DE FAMILLE	SITUATION PARTICULIERE (de la personne à charge et/ou du conjoint)



RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE			
DÉSIGNATION	Du demandeur	Du conjoint ou concubin	Des autres personnes vivant au foyer
► Salaires nets	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Allocation logement	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autres ressources <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....
<b>TOTAL :</b>			

(1) Exemples : retraite, rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...



CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE	
<b>LOGEMENT</b> <sup>(2)</sup>	
<p>Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIETE (barrer la mention inutile)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété ..... € par an</li> <li>■ Taxe foncière ..... € par an</li> <li>■ Taxe d'habitation ..... € par an</li> <li>■ Charges de copropriété ..... € par an</li> </ul>	<p>Si vous êtes LOCATAIRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Loyer..... € par an</li> <li>■ Charges locatives ou de copropriété : ..... € par an</li> </ul>
<p>■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement ..... € par an</p>	
<p>■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<b>AUTRES CHARGES</b> <sup>(2)</sup>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chauffage ..... € par an</li> <li>■ Impôts sur le revenu ..... € par an</li> <li>■ Gaz, électricité ..... € par An</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Crédits à la consommation (à détailler) : ..... € par an</li> <li>■ Autres charges régulières ..... € par an</li> </ul>

DS  
 BL

DS  
 LH

DS  
 ND

DS  
 SP

DS  
 FP

<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)</b>	
■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) .....	€
■ Frais d'amélioration du confort de votre logement.....	€
■ Frais consécutifs à un décès :	
.....	€
■ Autres (à préciser) :	
.....	€
<b>TOTAL :</b>	

(2) Joindre impérativement tous les justificatifs



**DETAILS DE LA DEPENSE :**

**MONTANT HORS REMBOURSEMENT :**

**REMBOURSEMENT SECU :**

*(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)*

**TOTAL DES REMBOURSEMENTS :**

**RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :**



**AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU DEMANDEES  
CES 12 DERNIERS MOIS**

Exemples de fonds attribuant des aides : Fonds social Frais de santé, Accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, Centre communal d'action sociale (CCAC), fonds social de la CPAM, Fonds social (complémentaire Frais de Santé ou Prévoyance), Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), Commission d'entraide ou de secours du CSE, Autre Commission sociale, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Agefiph, divers...

DESIGNATION DU FONDS	MOTIF	MONTANT	DATE
▶...	.....	.....	.....
▶...	.....	.....	.....



**RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :**

Empty box for the summary of context and demand.



Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande. En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Je consens à ce que mes données de santé soient traitées par [*sera précisé le service en charge de l'instruction des dossiers*] afin d'analyser mon éligibilité aux fonds sociaux frais de santé et prévoyance de l'Etablissement français du sang. Je peux retirer mon consentement à tout moment. Le retrait de mon consentement aura pour effet de rendre mon dossier incomplet\*.

J'accepte que les éléments fournis dans mon dossier soit transmis, de manière anonyme, aux membres de la commission sociale.

Fait à ..... le .....

Signature :

Le dossier et les justificatifs sont à adresser à  
[*sera précisé le service en charge de l'instruction des dossiers*]\*



## MENTIONS D'INFORMATION RGPD A DESTINATION DES SALARIES A INSERER EN BAS DES FORMULAIRES DE DEMANDE D'AIDE FONDS SOCIAUX\*

Les informations recueillies au titre de ce formulaire font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par l'EFS, en tant que responsable de traitement et dont le siège se situe au 20 avenue du Stade France, 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex.

Ce traitement est destiné à vérifier l'éligibilité des demandes d'aide aux fonds sociaux, à accompagner le salarié dans la constitution de son dossier et à instruire les dossiers pour l'octroi des aides. Ce traitement est fondé sur l'exécution du contrat de travail et plus précisément sur les avenants n°11 et n°13 de l'accord collectif spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la convention collective de l'EFS.

La fourniture de vos informations est nécessaire pour permettre l'examen de votre dossier.

Les destinataires de vos données personnelles sont la directrice de l'Action Sociale, la référente de l'Action Sociale désignée et son binôme. La Commission paritaire Frais de santé et prévoyance constituée par l'EFS et les organisations syndicales n'a accès qu'à un dossier strictement anonymisé par Harmonie Mutuelle.

Les données personnelles collectées seront conservées 2 ans par Harmonie Mutuelle.

Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données et à condition de justifier de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation. Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'EFS en vous adressant à la Direction des Ressources Humaines nationale.

L'EFS a désigné un Délégué à la protection des données - ou DPO - que vous pouvez contacter à l'adresse email suivante : [efs.dpo@efs.sante.fr](mailto:efs.dpo@efs.sante.fr)



\* Les informations de l'annexe 4 suivies de l'astérisque (\*), soit les dispositions concernant le consentement relatif au traitement des données par le service en charge de l'instruction des dossiers, celles relatives à l'envoi des documents à ce service ainsi que les dispositions relatives au RGPD sont communiquées à titre indicatif et ne font pas partie intégrante du présent avenant. Ces dispositions sont susceptibles d'évolutions ultérieures sans nécessiter la conclusion d'un nouvel avenant.

## ARTICLE 2 – DUREE ET DATE D’ENTREE EN VIGUEUR

### 2-1 : Durée de l’accord

Le présent avenant à l’accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institué par la Convention collective de l’Etablissement Français du Sang<sup>2</sup> est conclu pour une durée concomitante à celle des contrats d’assurance collective.

Les dispositions de l’accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institué par la Convention collective de l’Etablissement Français du Sang<sup>2</sup> non modifiées par le présent avenant sont inchangées.

Sa validité est subordonnée à la signature par, d’une part, l’employeur ou son représentant et, d’autre part, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli plus de 50% des suffrages exprimés en faveur d’organisations syndicales représentatives au premier tour des dernières élections professionnelles.

Les conditions de révision et de dénonciation sont régies par l’article 1-6 et 1-7 de la Convention collective de l’EFS.

### 2-2 : Date d’entrée en application

Le présent avenant prend effet au 12 juin 2025.

### 2-3 – Dépôt et publicité de l’avenant

Le présent accord sera déposé auprès de la Direction régionale et interdépartementale de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités (DRIEETS) d’Ile de France.

Un exemplaire original sera remis au secrétariat du greffe du Conseil de Prud’hommes de Bobigny.

A blue checkmark icon with the letters 'BL' written in blue ink to its right. Above the checkmark is the text 'DS'.Two blue checkmark icons. The first has 'LH' written in blue ink to its right, and the second has 'ND' written in blue ink to its right. Above the first checkmark is the text 'DS'.A blue checkmark icon with a signature written in blue ink to its right. Above the checkmark is the text 'DS'.A blue checkmark icon with the letters 'FP' written in blue ink to its right. Above the checkmark is the text 'DS'.

---

<sup>2</sup> Tel que modifiés par l’avenant n°8 du 25 septembre 2020, l’avenant n°9 du 15 février 2023 et l’avenant n°10 du 21 décembre 2023, l’avenant n°11 du 27 juin 2024 et l’avenant n°12 du 29 novembre 2024.

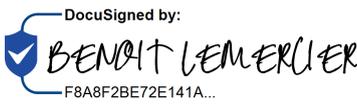
Fait à Saint-Denis, le 27 mai 2025, en 1 exemplaire original certifié électroniquement

Frédéric PACOUD

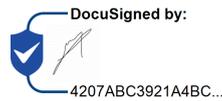
DocuSigned by:  
  
8452670D4CC749A...

Etablissement Français du Sang

Benoît LEMERCIER ou Frédéric DIDELOT

DocuSigned by:  
  
F8A8F2BE72E141A...

Steeve PERNO ou Stéphanie THIRIOT

DocuSigned by:  
  
4207ABC3921A4BC...

Fédération CFDT Santé – Sociaux

Fédération des personnels des Services Publics  
et des Services de Santé "Force ouvrière"

Patricia ANCEAU ou Nicolas DEHNIG

DocuSigned by:  
  
4BCC0F20FE4F459...

Leila HAISE ou Sylvie DUPRESSOIR

DocuSigned by:  
  
3211DD1198F446E...

Syndicat national de la transfusion sanguine  
CFE/CGC Santé - Social

Fédération UNSA Santé et Sociaux Public et  
Privé