

2nd projet

ACCORD FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE
REGIME COMPLEMENTAIRE SANOFI AVENTIS

CHAPITRE I.	ESPRIT DE LA NEGOCIATION.....	6
SECTION 01 -	CONTEXTE.....	6
SECTION 02 -	CARACTERISTIQUES DES REGIMES.....	7
(i)	<i>Les principes communs.....</i>	7
(ii)	<i>Les particularismes.....</i>	7
(iii)	<i>Les équilibres techniques et financiers.....</i>	7
CHAPITRE II.	CHAMP D'APPLICATION	9
SECTION 01 -	SOCIETES.....	9
SECTION 02 -	LES PERSONNES ASSUREES AU REGIME DE SECURITE SOCIALE FRANÇAIS.....	9
CHAPITRE III.	LE REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE :	11
SECTION 01 -	LES GARANTIES FRAIS DE SANTE :	11
(i)	<i>Les bénéficiaires :</i>	11
(ii)	<i>Les Cotisations :</i>	11
(a)	Les principes	11
(b)	Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette.....	11
(c)	La base des cotisations.....	11
(d)	Taux des cotisations.....	12
(e)	La répartition des cotisations.....	12
(f)	Dispositions particulières	12
	Les exonérations des cotisations pour certaines catégories de bénéficiaires « dit maintien de garanties » pendant 6 mois.....	12
	Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu:	12
(iii)	<i>Les prestations.....</i>	13
(a)	Définition	13
(b)	Les Principes	13
	Plafonnement des remboursements :.....	13
	Frais de santé exposés hors de France :	13
	Bénéficiaires des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties définies à l'annexe 4.....	14
SECTION 02 -	LES GARANTIES DE PREVOYANCE :	14
(i)	<i>Les bénéficiaires :</i>	14
(ii)	<i>Cotisations :</i>	14
(a)	Les principes	14
(b)	Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette.....	14
(c)	Base des cotisations	14
	Dispositions générales	14
	Dispositions particulières :	15
(d)	Taux des cotisations s'ajoutant au RPC.....	15
(e)	La répartition des cotisations.....	16
(f)	Exonération de cotisation pour certaines catégories de bénéficiaires dit « maintien de garanties » pendant 6 mois : 16	16
(iii)	<i>Les prestations.....</i>	16
(a)	Les Principes	16
	Règles de cumul des prestations périodiques et de l'enrichissement sans cause :	16
	Base et assiette des garanties	16
(b)	Montants.....	17
(c)	Bénéficiaires des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties	17
(d)	Cas particuliers : règle de non cumul.....	17
CHAPITRE IV.	LE REGIME A ADHESION FACULTATIVE :	18
SECTION 01 -	LES GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	18
(i)	<i>Bénéficiaires.....</i>	18
(ii)	<i>Cotisations.....</i>	19
(a)	Les retraités :	19
	La première période entre la date d'entrée en vigueur du présent accord et le 31 décembre 2009 :	19
	La seconde période s'ouvrant à compter du 1 ^{er} janvier 2010.....	19
	Mesure complémentaire de financement des frais de santé pour les retraités actuels et futurs :	20
(b)	Les autres catégories d'assurés:.....	22
(iii)	<i>Les Prestations :</i>	22
SECTION 02 -	LES GARANTIES DE PREVOYANCE.....	22
(i)	<i>Les Bénéficiaires :</i>	22
(ii)	<i>Cotisations :</i>	22
(iii)	<i>Les Prestations :</i>	22

CHAPITRE V. LES MESURES DE RACCORDEMENT TENDANT A HARMONISER LES ENGAGEMENTS PRIS ANTERIEUREMENT	23
SECTION 01 - POUR LES FRAIS DE SANTE :	23
(i) Mise à disposition aux organismes assureurs désignés du solde de la réserve.....	23
(ii) Compte consolidé avec le régime à adhésion obligatoire chez un même organisme assureur mais avec un reporting distinct et plus détaillé pour se projeter sur les engagements à venir :	23
(iii) Mesure de transfert des retraités ayant liquidé leur retraite avant le 1 ^{er} juillet 2007 :	24
(iv) Cas des autres assurés à adhésion facultative liés aux anciens régimes et leur faculté de rejoindre le nouveau régime :	24
SECTION 02 - POUR LA PREVOYANCE :	25
(i) Définition du périmètre des anciens régimes	25
(ii) Distinction des salariés dont le contrat de travail est suspendu et des anciens salariés dont le contrat de travail a pris fin avant l'entrée en vigueur des régimes du présent accord :	25
(iii) Distinction dans le temps des risques survenus au même assuré.....	26
(iv) Les groupes fermés ex-HMR et Profarm.....	26
(a) Les salariés et anciens salariés ex-HMR (groupe fermé) :	26
(b) Les salariés et anciens salariés de Profarm (groupe fermé) :	26
(v) Les groupes fermés des retraités ex-Aventis.....	26
CHAPITRE VI. MESURES SOCIALES	27
SECTION 01 - LA COMMISSION PARITAIRE TECHNIQUE :	27
(i) Les principes	27
(ii) La composition de la commission paritaire technique	27
(iii) Le fonctionnement de la commission paritaire technique.....	27
(iv) Les attributions de la commission :	28
(a) Suivi des résultats détaillés des régimes tels que fournis par les organismes assureurs et gestionnaires.....	28
(b) Examen obligatoire de la révision des tarifs proposés par les organismes assureurs	28
(c) Examen avant toute révision ou dénonciation du présent accord.....	29
(d) Elle est habilitée en outre à émettre toute observation et proposition sur l'application des dispositions du présent accord et leur gestion.	29
SECTION 02 - LE FONDS SOCIAL	29
(i) Objet du fonds et principes.....	29
(ii) Les Bénéficiaires.....	29
(iii) La commission sociale.....	29
(a) Composition.....	30
(b) Fonctionnement.....	30
(c) Alimentation du fond	30
CHAPITRE VII. ASSUREURS ET GESTIONNAIRES	31
SECTION 01 - DEONTOLOGIE ET ETHIQUE.....	31
SECTION 02 - DESIGNATION ET MODALITES DE RENOUVELLEMENT	31
(i) Désignation :	31
(ii) Modalités de renouvellement.....	31
SECTION 03 - ORGANISATION DES COMPTES DE RESULTAT DES DEUX REGIMES.....	31
(i) Le régime à adhésion obligatoire.....	32
(ii) Garantie des revalorisations futures.....	32
(iii) Constitution d'un fonds de revalorisation.....	32
(iv) Constitution de la provision de maintien des garanties décès des bénéficiaires de prestations d'incapacité et d'invalidité.....	33
(v) Financement des exonérations de cotisations totales ou partielles avec maintien de garantie	33
(vi) Provisions techniques et réserves.....	33
(a) Les Principes	33
(b) Transférabilité.....	33
(c) Rémunération des provisions.....	33
(vii) Compte général et participation bénéficiaire.....	33
SECTION 04 - SUIVI TECHNIQUE DES REGIMES.....	34
(i) Comptes de résultats définitifs	34
(ii) Comptes prévisionnels.....	34
(iii) Suivi des rapports sinistres à primes par survenance.....	34
SECTION 05 - LA GESTION ADMINISTRATIVE DES PRESTATIONS DES DEUX REGIMES	34
CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES	35
SECTION 01 - DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ACCORD ET DROIT D'OPPOSITION.....	35
SECTION 02 - DENONCIATION ET REVISION.....	35

SECTION 03 -	INFORMATION ET CONSULTATION DES COMITES CENTRAUX D'ENTREPRISE ET DES COMITES D'ENTREPRISE	35
SECTION 04 -	CLAUSE SUSPENSIVE : SUBORDINATION INTEGRALE DU PRESENT ACCORD A L'INTEGRATION DES DROITS ET OBLIGATIONS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE AVEC LES ORGANISMES ASSUREURS DESIGNES	36
SECTION 05 -	DEPOT.....	36
SECTION 06 -	DIFFUSION DE L' ACCORD.....	36

PREAMBULE

Le présent accord a pour objet de définir les régimes de prévoyance et de frais de santé du Groupe sanofi aventis en France pour protéger les salariés, anciens salariés et leur famille contre la survenance des évènements suivants :

Décès,

Incapacité,

Invalidité,

Maladie

Maternité

Accident du travail et maladie professionnelle.

La notion de régime s'entend comme un ensemble indissociable de prestations et de cotisations, attaché à des bénéficiaires.

Les régimes, mis en place par le Groupe sanofi aventis, ont vocation à s'appliquer d'une part, à titre obligatoire, aux salariés inscrits aux effectifs, et d'autre part, à titre facultatif, à différentes catégories d'assurés, notamment les anciens salariés.

Ils viennent :

- en complément du régime de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel Conventionnel (RPC) mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique (CCNIP) pour les catégories d'assurés couvertes par celui-ci,
- en complément du seul régime de Sécurité sociale pour les assurés ne pouvant bénéficier du RPC soit par adhésion obligatoire, soit par adhésion facultative.
- chaque fois que le RPC est mentionné, est visé le Régime Professionnel Conventionnel mis en place par l'accord de prévoyance du 29 mai 2000 régulièrement modifié, annexé à la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique (CCNIP). Il s'entend du régime tel qu'il est en vigueur à la date de survenance des sinistres ouvrant droit à des prestations complémentaires mises en place par le présent accord.

CHAPITRE I. ESPRIT DE LA NEGOCIATION

Section 01 - Contexte

Conformément à l'accord portant sur la « thématique de négociation dans le Groupe sanofi aventis », signé le 6 octobre 2004, il a été convenu que des négociations portant sur les régimes de prévoyance et de couverture complémentaire des frais de santé auraient lieu dans le courant du 1^{er} semestre 2006. L'avenant n° 5 à l'accord princeps des régimes de Sanofi-Synthélabo et l'avenant n°11 à celui d'Aventis, signés le 28 décembre 2005, ont affirmé l'objectif des négociations :

- parvenir à la conclusion d'un accord collectif avant le 30 juin 2007 qui harmonisera l'ensemble des régimes de prévoyance et de couverture complémentaire des frais de santé du Groupe intégrant sa dimension vaccins (y compris dans le régime professionnel conventionnel de l'industrie pharmaceutique).
- permettre une mise en œuvre effective du nouveau régime au plus tard au 1^{er} juillet 2007.

Cette harmonisation prend en compte les réformes législatives, réglementaires et conventionnelles ayant un impact, direct ou indirect, sur les régimes de prévoyance et de frais de santé. En outre, elle traduit les valeurs que sont, en particulier, la solidarité, la responsabilisation et le respect de la personne.

Par ailleurs, il est tenu compte d'autres mesures telles que :

- la croissance du plafond de la Sécurité sociale supérieure à celle de l'inflation depuis plusieurs années,
- la nouvelle réglementation comptable (norme IAS19) qui conduit les entreprises à recenser, évaluer, et le cas échéant, comptabiliser tous les engagements relatifs aux avantages accordés au personnel, en particulier ceux accordés, même de manière implicite, aux anciens salariés,
- la révision du RPC en cours de négociation à la date de prise d'effet du présent accord :

Les signataires du présent accord, conscients de ce contexte ont recherché conjointement les modalités de financement durable et approprié du régime des anciens salariés qui n'hypothéqueraient pas l'avenir. Toutefois, ils comprennent que les organismes assureurs désignés par le présent accord doivent s'ajuster à ces nouvelles exigences et connaître mieux la sinistralité des populations du Groupe sanofi aventis à couvrir : ils doivent donc disposer du temps et des études nécessaires à cet effet pour mettre en œuvre les mesures décidées par le présent accord pour les rendre opérationnelles tout en répondant à cet objectif et accompagner les assurés bénéficiaires des régimes antérieurs aux changements.

Pour cela, les signataires du présent accord choisissent de différer l'entrée en vigueur de certaines mesures comme précisé au chapitre IV section 01 § ii, tendant durablement à l'équilibre financier du régime à adhésion facultative bénéficiant aux retraités.

Mais afin de ne pas retarder plus longtemps la prise d'effet d'un régime complémentaire sanofi aventis unique pour les salariés inscrits aux effectifs des entreprises désormais fusionnées, ils décident de l'entrée en vigueur du régime de prévoyance et de frais de santé applicable à l'ensemble des salariés, par adhésion obligatoire, le 1^{er} juillet 2007.

Il est donc proposé d'aboutir à la conclusion d'un accord d'harmonisation signé au plus tard le 31 mars 2007 pour une prise d'effet au 1^{er} juillet 2007. Il est convenu que durant cette période, les régimes en vigueur continueront à produire leurs effets dans les mêmes conditions jusqu'au 30 juin 2007.

Section 02 - Caractéristiques des régimes

(i) Les principes communs

Les régimes bénéficient à toutes les catégories de personnel et à tous les métiers présents en France quelle que soit la convention collective de branche à laquelle les entreprises sont assujetties.

Les garanties en frais de santé et prévoyance couvrent les bénéficiaires indépendamment de tout contrôle par les organismes assureurs de leur état de santé.

Les régimes doivent être gagés auprès d'organismes assureurs, créés par convention ou accord collectifs respectant les principes fondamentaux du paritarisme.

Les assurés contribuent au financement de leur régime. Chaque régime, pour optimiser sa mutualisation technique et financière, limite les garanties optionnelles ou flexibles.

(ii) Les particularismes

Des contrats d'assurance distincts en frais de santé et en prévoyance sont conclus. Des mesures appropriées sont prises et seront maintenues afin d'assurer durablement et distinctement l'équilibre de chacun des risques.

Un régime à adhésion obligatoire couvre les salariés et leurs ayant droits tels que définis ci-après ; l'entreprise participe à son financement.

Un régime à adhésion facultative bénéficie d'une part aux anciens salariés et d'autre part à certaines personnes liées aux salariés ou anciens salariés ; le régime est financé intégralement par les assurés sauf dispositions particulières.

Les salariés et anciens salariés contribuent au financement de leur régime en fonction de leur revenu.

(iii) Les équilibres techniques et financiers

L'objectif du présent accord est d'apurer les passifs accumulés dans les trois régimes antérieurs de prévoyance qu'il unifie. Ainsi, le service des prestations périodiques en cours de versement, à la date d'entrée en vigueur du régime à adhésion obligatoire mis en place par le présent accord peut être maintenu tout en limitant l'imputation de cette charge au financement futur du régime.

Le provisionnement des maintiens de garanties tels qu'ils sont prévus conventionnellement doit être organisé :

- immédiatement pour les engagements de maintien en cours à la date de prise d'effet des régimes créés par le présent accord et,
- dès la survenance de l'évènement ouvrant droit à maintien pour le futur, conformément aux modalités précisées au chapitre VII (v) et dans tous les contrats d'assurance conclus entre l'entreprise et les organismes assureurs désignés.

Les organismes gestionnaires et les assureurs mettront à disposition les outils nécessaires au pilotage paritaire des régimes afin d'anticiper le financement des engagements passés, présents et futurs et pour les consolider.

Les cotisations versées par les assurés seront en lien direct avec le tarif d'équilibre des organismes assureurs et ce durablement.

CHAPITRE II. CHAMP D'APPLICATION

Section 01 - Sociétés

L'accord s'applique à l'ensemble des filiales françaises détenues directement ou indirectement à plus de 50 % par sanofi aventis. La liste des sociétés concernées au jour de l'entrée en vigueur de l'accord est jointe en annexe 1, à titre indicatif.

Section 02 - Les personnes assurées au régime de Sécurité sociale français

Les personnes bénéficiant des régimes mis en place par le présent accord (régime entendu au sens du préambule) sont celles qui relèvent d'un régime de Sécurité sociale français, pour chaque garantie que les régimes créés par le présent accord couvrent.

Sont alors visées :

- les personnes affiliées au Régime Général ou aux régimes assimilés de la Sécurité sociale française au titre de leur activité professionnelle exercée en France notamment le salarié envoyé par une entreprise non française du Groupe sanofi aventis pour travailler en France. Elles bénéficient exclusivement des prestations frais de santé et incapacité prévues par le présent accord. Les prestations d'invalidité et de décès restent garanties par la filiale du pays d'origine qui détache (au sens du droit du travail) l'intéressé et suivant les modalités des régimes applicables à l'ensemble du personnel de la filiale située hors de France ;
- les personnes maintenues au régime de Sécurité sociale français, salariées d'une entreprise française mais envoyées à l'étranger, sous réserve de conserver le régime français de Sécurité sociale notamment au titre d'un détachement au sens de la sécurité sociale, ou d'une adhésion volontaire au régime maladie - incapacité - invalidité, accident et maladie professionnelle de la Sécurité sociale française, à la Caisse des Français de l'Etranger. Ceux-ci sont toutefois exclus du présent régime pour les frais de santé engagés hors de France car ils disposent d'un régime spécifique leur permettant d'accéder à des soins de qualité dans le pays qui les accueille. Le régime rentre dans la mutualisation technique et financière du régime à adhésion obligatoire dont les comptes de résultats sont détaillés au chapitre VII section 03 ci-après.
- les personnes exerçant leur activité en France et relevant d'un régime de Sécurité sociale d'un état membre de l'Union Economique Européenne peuvent bénéficier également des régimes, sous réserve de justifier de ne pas pouvoir bénéficier d'un autre régime professionnel offrant des garanties de même nature, relevant d'un autre état membre conformément aux dispositions de l'article L914-4 alinéa 2 du code de la Sécurité sociale. Elles bénéficient des prestations incapacité et de frais de santé du présent accord suivant des ajustements appropriés au régime de base de Sécurité sociale dont elles dépendent.

En tout état de cause, le régime mis en place par le présent accord vise à permettre:

- une effectivité d'accès aux soins dans le pays de domiciliation des assurés,
- que les prestations des régimes du présent accord soient calculées en déduisant du montant des garanties figurant en annexe 3 le montant pris en charge par le régime de Sécurité sociale dont ils dépendent ; elles seront assises sur leur salaire de référence, hors avantages versés à l'occasion de leur mobilité,
- que, dans le cas où le RPC n'interviendrait pas, les régimes mis en place par le présent accord se substitueraient aux garanties du RPC à, un niveau équivalent puis les complèteraient dans les termes du présent accord.

CHAPITRE III. LE REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE :

Le régime complémentaire, tel qu'il est mis en place, a vocation à venir compléter le régime professionnel conventionnel, tant en terme de bénéficiaires, de cotisations que de prestations.

S'agissant des bénéficiaires, le régime vise à couvrir les catégories prévues par le Régime Professionnel Conventionnel (RPC), ainsi que d'autres catégories non couvertes par ledit régime.

S'agissant des cotisations, le régime complémentaire est financé par une cotisation indépendante de celle du Régime Professionnel Conventionnel (RPC).

S'agissant des prestations, si elles viennent compléter les prestations du régime professionnel conventionnel, elles sont définies indépendamment du RPC afin que le régime complémentaire ne subisse pas les éventuelles modifications successives dudit RPC.

Section 01 - Les garanties frais de santé :

(i) Les bénéficiaires :

Sont visés l'ensemble des bénéficiaires tels qu'ils sont définis dans l'annexe 4, y compris les VRP. *(Pour information, il s'agit du périmètre AVENTIS dont les bénéficiaires ont vocation à être couvert par le RPC ou non ainsi que quelques populations particulières).*

Notons que les conjoints non à charge qui bénéficient, de leur propre chef d'un régime de Sécurité sociale, peuvent bénéficier du régime complémentaire de sanofi aventis au titre du régime à adhésion facultative prévu au chapitre IV du présent accord .

(ii) Les Cotisations :

(a) Les principes

La cotisation est basée sur les rémunérations telles que définies à l'article L242-1 du code de la Sécurité sociale intégrant la prise en charge des ayant droits à condition qu'ils justifient de ne pas percevoir de ressources personnelles.

En frais de santé, la base des cotisations est comprise entre un seuil et un plafond fixés à un niveau assurant une redistribution des charges entre assurés bénéficiant de revenus différents, mais en rapport avec les prestations effectivement susceptibles d'être réellement versées à tous.

(b) Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette

L'assiette des cotisations est celle définie par l'accord de prévoyance relatif au RPC en vigueur à la date de versement effectif des cotisations.

(c) La base des cotisations

La base des cotisations afférente au risque frais de santé est celle définie par l'accord de prévoyance relatif au RPC en vigueur à la date de versement effectif des cotisations.

Pour mémoire, les membres de la famille à charge du salarié, définis à l'annexe 4 §2 , sont couverts sans contrepartie de cotisation supplémentaire à celle du salarié.

(d) Taux des cotisations

Ils s'ajoutent à ceux du « RPC »

Les taux sont fixés à l'annexe 7a. Ils ne peuvent être révisés que par avenant au présent accord, sur proposition des organismes assureurs et après consultation de la commission paritaire technique prévu au chapitre VI.

(e) La répartition des cotisations

La cotisation de frais de santé est répartie comme suit:

Employeur	Salarié
66.7%	33.3%

La répartition des cotisations entre l'entreprise et le salarié est identique pour l'ensemble des sociétés du Groupe sanofi aventis, quelles que soient les catégories de personnel.

Le recouvrement des cotisations s'effectue par précompte sur les rémunérations mensuellement aux échéances de paie.

Les modalités détaillées (base et taux) sont définies à l'annexe 7a.

(f) Dispositions particulières

Les exonérations des cotisations pour certaines catégories de bénéficiaires « dit maintien de garanties » pendant 6 mois.

Les personnes visées sont celles définies dans l'accord de prévoyance relatif au RPC suivant les mêmes modalités et concernent les bénéficiaires du régime obligatoire du présent régime. Elles sont définies à l'Annexe 4 §3.

Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu:

A l'issue du versement des indemnités journalières de Sécurité sociale, le salarié reconnu invalide 2ème ou 3ème catégorie, ou en incapacité permanente au titre des accidents du travail et maladies professionnelles cotise sur une base forfaitaire égale au plafond annuel de Sécurité sociale, quelle que soit sa rémunération brute. Le plafond de Sécurité sociale est celui en vigueur à la date du paiement de la cotisation qui est appelée directement par l'organisme assureur ou gestionnaire. Cette cotisation est prise en charge par l'entreprise dans la même proportion que pour les salariés en activité.

(iii) Les prestations

(a) Définition

Il s'agit de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale relevant tant de l'assurance maladie que de la maternité ainsi que du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles, et éventuellement déjà complétées par le RPC.

Ces prestations répondent aux obligations légales et réglementaires et notamment issues de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Plus précisément, en continuité de la réforme de l'assurance maladie, les régimes mis en place par le présent accord répondront aux caractéristiques fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de frais de santé du présent régime complémentaire sanofi aventis sont définies dans la colonne 3 de l'annexe 2, dont il convient de déduire les garanties prises en charge par le RPC telles qu'en vigueur à la date de signature du présent accord et rappelées en 1^{ère} colonne de ladite annexe. Si les garanties du RPC venaient à se modifier, les organismes assureurs du régime sanofi aventis ajusteraient l'expression des garanties en conséquence. Les pertes et gains constatés au niveau du régime complémentaire sanofi aventis devraient se compenser globalement.

Le descriptif de garantie du régime sanofi aventis issu de cet ajustement avec le nouveau RPC sera mis en vigueur après avis majoritaire de la commission paritaire technique prévu au chapitre VI du présent accord.

(b) Les Principes

Plafonnement des remboursements :

Conformément à l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989, le remboursement des prestations ne peut pas excéder les sommes réellement exposées par l'assuré. Pour cela, les dépenses doivent être justifiées: le forfait maternité antérieurement mis en œuvre dans le RPC et le régime complémentaire d'Aventis sont exclus du régime complémentaire sanofi aventis. Les dépenses réellement engagées et justifiées, acte par acte, seront prises en charge en complément du régime maternité de la Sécurité sociale dans les limites prévues par le présent régime pour les prestations en nature décrites à l'annexe 2.

Frais de santé exposés hors de France :

Les dépenses de soins exposées hors de France par les personnes assurées par l'un ou l'autre des régimes créés par le présent accord sont remboursées à hauteur des garanties fixées en annexe 2 (hors particularités liées aux mobilités professionnelles), **sous réserve de la production des justificatifs des frais réellement engagés.**

Dans le cas où le régime français de Sécurité sociale ne prendrait pas en charge le remboursement des dites dépenses de soins (ou partiellement) les garanties des régimes seront exprimées en complément d'une prestation de base définie par équivalence aux prestations en nature des branches maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle du Régime Général de la Sécurité sociale française.

Bénéficiaires des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties définies à l'annexe 4

Ils bénéficient du maintien gratuit des prestations définies en annexe 2 dans les mêmes conditions que s'ils avaient continué à travailler

Section 02 - Les garanties de prévoyance :

(i) Les bénéficiaires :

Ce sont ceux définis dans l'Annexe 5. (*Pour rappel périmètre du régime Sanofi-Synthélabo bénéficiant ou non du RPC*).

(ii) Cotisations :

(a) Les principes

La cotisation est totalement proportionnelle à la base des garanties majorée d'une cotisation additionnelle susceptible de sécuriser les engagements pris dans les régimes antérieurs pour les sinistres survenus avant la date d'entrée en vigueur des régimes mis en place par le présent accord. Cette cotisation additionnelle sera appelée par les organismes assureurs dès le 1^{er} juillet 2007 et jusqu'au 31 décembre 2008. Elle pourra cesser d'être versée si le provisionnement des revalorisations futures des prestations périodiques, servies par les régimes antérieurs pour les sinistres antérieurs à l'entrée en vigueur du présent accord, est intégralement constitué.

Le montant et la base des cotisations sont en rapport avec ceux des prestations susceptibles d'être réellement versées à tous.

(b) Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette

L'assiette des cotisations est celle définie par l'accord de prévoyance relatif au RPC en vigueur à la date de versement des cotisations.

(c) Base des cotisations

Dispositions générales

La base des cotisations afférentes au risque prévoyance est celle définie au régime de prévoyance relatif au RPC.

Pour les risques incapacité et invalidité, elle est étendue jusqu'au plafond de la tranche C des cotisations versées au régime AGIRC de retraite complémentaire soit jusqu'à 8 plafonds annuels bruts de sécurité sociale.

Pour le capital décès, la base des cotisations est limitée à 16 plafonds annuels bruts de Sécurité sociale dit TD.

Si le RPC venait, après l'entrée en vigueur du présent accord, à modifier l'assiette et la base des cotisations telles que précitées, en transférant tout ou partie des charges du régime complémentaire de sanofi aventis vers le RPC, les organismes assureurs désignés pour gager le présent régime complémentaire de sanofi aventis, ajusteraient leurs cotisations (taux et base) à due concurrence afin de neutraliser les conséquences de ce transfert.

Leur proposition serait soumise à l'avis majoritaire de la Commission Paritaire Technique ci-après décrite avant d'être mise en œuvre. A défaut d'avis favorable, un avenant au présent accord serait nécessaire pour ajuster les bases et les taux de cotisations afin de procéder à l'ajustement avec le RPC nouvellement entré en vigueur.

Dispositions particulières :

Ces catégories cotisent sur des assiettes spécifiques eu égard à leur situation au regard de l'entreprise:

- les expatriés, en fonction de leur rémunération de référence prévue à leur avenant d'expatriation
- les congés sans solde d'une durée inférieure ou égale à 6 mois, se reporter à l'annexe 5a- 4^{ème} point) sur la base d'une assiette fictive en vigueur dans le groupe qui comprend :
 - 12 fois la somme des éléments fixes permanents du mois civil complet précédant l'entrée en congé ou le début d'arrêt de travail : salaire de base et prime d'ancienneté auxquels s'ajoutent les primes mensuelles et permanentes variant comme le salaire de base
 - A ce produit auquel s'ajoute la somme des rémunérations variables, à périodicité non mensuelle, non soumises à cotisations de sécurité sociale de l'année civile complète précédent l'année civile au cours de laquelle a débuté le congé tels que 13^{ème} mois, prime de vacances, bonus etc....
 - Pour les salariés dont le congé survient avant le terme d'une année civile complète, les éléments variables versés l'année incomplète seront reconstitués au prorata-temporis de la période d'activité réelle.
 - Cette assiette est revalorisée suivant l'évolution du plafond annuel de Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle a débuté le congé et le 1^{er} janvier de l'année de versement des cotisations.

(d) Taux des cotisations s'ajoutant au RPC

Les taux sont fixés à l'annexe 7a ainsi que le détail par risque

Pour la catégorie particulière des VRP et du fait de l'application de la convention collective nationale et interprofessionnelle des voyageurs représentants placiers de commerce dont ils relèvent, les taux fixés à l'annexe 7a concernent les risques incapacité, invalidité du présent accord et pour le risque décès la rente éducation et le capital décès sur les tranches B et C.

La cotisation totale fixée par les organismes assureurs doit respecter l'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance du 14 mars 1947 pour les salariés qui en relèvent.

La cotisation additionnelle prévue pour le financement de la sécurisation des engagements pris antérieurement (passifs) précisé à la section 02 § (ii) du présent chapitre est de 15€ par mois et par salarié indexé sur l'évolution du PASS (cf. annexe 7a)

(e) La répartition des cotisations

La cotisation de prévoyance est répartie comme suit:

Tranche	Employeur	Salarié
A	84.11%	15.89%
B	60.35%	39.65%
C	60%	40%
D	60%	40%

La répartition des cotisations entre l'entreprise et le salarié est identique pour l'ensemble des sociétés du Groupe sanofi aventis, quelles que soient les catégories de personnel. Elle s'applique également à la cotisation additionnelle destinée à la sécurisation des engagements pris antérieurement (passifs).

Le recouvrement des cotisations s'effectue par précompte sur les rémunérations mensuellement aux échéances de paie.

Les modalités détaillées (base et taux) sont définies aux annexes 7a et 7b.

(f) Exonération de cotisation pour certaines catégories de bénéficiaires dit « maintien de garanties » pendant 6 mois :

Les personnes visées sont celles définies dans l'accord de prévoyance relatif au RPC suivant les mêmes modalités et concernent les bénéficiaires du régime obligatoire du présent régime (annexe 5).

(iii) Les prestations

(a) Les Principes

Règles de cumul des prestations périodiques et de l'enrichissement sans cause :

Les garanties prévues dans le présent accord ne doivent pas aboutir à ce que le salarié perçoive une indemnisation supérieure à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler, y compris les prestations en espèces de la Sécurité sociale et d'autres revenus de l'entreprise (salaire d'une activité réduite notamment...) définies dans l'annexe 3.

Base et assiette des garanties

Les bases et assiettes des garanties sont celles définies par l'accord de prévoyance relatif au RPC en vigueur à la date de survenance du fait générateur de la prestation couverte par le régime complémentaire sanofi aventis.

Pour la garantie décès, la base des prestations est étendue par rapport à celle retenue par le RPC :

- en rente éducation jusqu'à la tranche C, incluse
- pour le capital décès jusqu'à la tranche D, incluse.

Une synthèse avec les montants du plafond annuel de Sécurité sociale applicable au 1^{er} janvier 2007, à titre indicatif, est jointe en annexe 9.

Concernant les salariés ayant été occupés à temps complet, puis à temps partiel ou inversement dans le Groupe, la base de garantie servant au calcul des prestations visées dans le présent accord, est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis l'entrée dans le Groupe. Cette disposition ne s'applique pas aux salariés qui ont réduit leur temps de travail pour raison de santé tel que défini ci-dessous. La présente mesure s'applique aux avenants de contrat de travail à temps partiel conclus à partir de la date d'effet du présent accord.

(b) Montants

Le résumé des garanties figure dans l'annexe 3

Lorsque le régime de Sécurité sociale décide de suspendre ou de supprimer, le versement de ses indemnités journalières (quelle qu'en soit la cause) ou d'en réduire le montant, le régime à adhésion obligatoire du présent accord :

- suspendra ou supprimera le versement de l'indemnité journalière de prévoyance complémentaire qu'il prévoit,

ou

- réduira le versement de l'indemnité journalière de prévoyance complémentaire qu'il prévoit dans la même proportion que la réduction opérée par la Sécurité sociale.

(c) Bénéficiaires des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties

Ils bénéficient du maintien gratuit des prestations décès définies en annexe 3 dans les mêmes conditions que s'ils avaient continué à travailler.

(d) Cas particuliers : règle de non cumul

- Il s'agit des salariés en mi-temps thérapeutique, des salariés invalides ou titulaires d'une rente d'incapacité versée en application du régime des accidents du travail et maladies professionnelles et qui reprennent un travail à temps partiel ou réduit alors qu'ils restent bénéficiaires :
 - o d'indemnités journalières de la Sécurité sociale maintenues en application des dispositions de l'article L323-2 du Code de la Sécurité sociale «mi-temps thérapeutique »
 - o ou d'une rente d'invalidité (1^{ère} ou 2^{ème} catégorie, définies à l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale
 - o ou d'une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime.

Le salaire versé par l'employeur dans le respect de la règle de non cumul, sera celui ayant servi au calcul des prestations allouées au titre du présent régime, lors de la survenance du 1^{er} jour d'arrêt de travail, revalorisé comme les prestations elles-mêmes.

Il ne tient pas compte du salaire réellement perçu au titre de la reprise de travail à temps partiel ou réduit.

CHAPITRE IV. LE REGIME A ADHESION FACULTATIVE :

Section 01 - Les garanties frais de santé

Les assurés ne peuvent être bénéficiaires du présent régime que s'ils y adhèrent formellement, personnellement et individuellement.

Si les garanties complètent le régime facultatif prévu dans l'accord de prévoyance du RPC, elles ne prendront effet que si l'assuré adhère simultanément au dit RPC.

Dans le cas contraire, l'adhésion au présent régime se fait directement et formellement auprès des organismes désignés fixés au chapitre VII ci-après.

L'affiliation et la résiliation des assurés à adhésion facultative ne relevant pas des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sont encadrées suivant des modalités destinées à encourager l'anti-sélection.

Le régime complémentaire a vocation à couvrir à titre facultatif les catégories prévues par l'accord de prévoyance relatif au RPC ainsi que d'autres catégories non visées par celui-ci.

(i) Bénéficiaires

Sont concernés :

- ceux visés par l'article 4 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989 prévus par l'accord de prévoyance relatif au RPC.
- les autres bénéficiaires visés ou non par le RPC

L'ensemble de ces bénéficiaires est défini aux annexes 6a et 6b.

S'agissant des retraités visés par la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour introduire progressivement les modalités de financement durable et approprié de leur régime, il est défini trois groupes de participants comme suit :

- Groupe fermé n° 1 : les retraités qui ont liquidé leur retraite avant le 1^{er} juillet 2007 et rejoint l'annexe III du RPC ainsi que le présent régime complémentaire sanofi aventis avant le 1^{er} janvier 2008
- Groupe fermé N° 2 : les retraités qui auront liquidé leur retraite entre le 1^{er} juillet 2007 et le 31 décembre 2009 et rejoint l'annexe III du RPC ainsi que le présent régime complémentaire sanofi aventis avant le 1^{er} janvier 2010
- Groupe fermé N° 3 : comprend
 - les salariés nés avant le 1^{er} janvier 1953 inscrits aux effectifs de l'entreprise avant le 1^{er} janvier 2010
 - les anciens salariés nés avant le 1^{er} janvier 1953 qui ont quitté ou seraient susceptibles de quitter l'entreprise d'ici le 1^{er} janvier 2010, dans le cadre d'une cessation anticipée et définitive d'activité (dispositifs de préretraite notamment)
- Groupe ouvert N° 4 : ensemble des salariés inscrits aux effectifs du Groupe sanofi aventis en France, à compter de la liquidation de leur retraite

(ii) Cotisations

(a) Les retraités :

Conformément aux dispositions légales, les anciens salariés bénéficieront d'une couverture frais de santé. L'organisme assureur fixera le tarif d'après une cotisation forfaitaire, tête par tête, c'est-à-dire ne couvrant que le retraité assuré cotisant.

Comme annoncé au chapitre 1^{er} du présent accord relatif à l'esprit de la négociation, les modalités de financement varient entre une première période :

- s'étalant entre la date d'entrée en vigueur du présent accord et le 31 décembre 2009 et une seconde indéterminée s'ouvrant à compter du 1^{er} janvier 2010,
- et différemment suivant les groupes de participants définis précédemment.

La première période entre la date d'entrée en vigueur du présent accord et le 31 décembre 2009 :

Les cotisations de tous les retraités qui auront liquidé leur retraite avant le 1^{er} janvier 2010 évolueront sur proposition de l'organisme assureur annoncée avant le 15 septembre de chaque année et après avis consultatif de la commission paritaire technique.

Les organismes assureurs désignés dans le présent régime devront en effet proposer entre le 15 et le 30 septembre de chaque année, pour une mise en œuvre le 1^{er} janvier de l'année suivante, une cotisation forfaitaire tête par tête indépendante du régime de branche qu'elle complète, tendant progressivement vers un tarif d'équilibre. Au regard de cette proposition, les parties signataires du présent accord réviseront la cotisation par voie d'avenant signé avant le 30 octobre de chaque année, la dernière révision ainsi négociée étant celle de l'année 2009.

Il s'agit de la cotisation qui s'ajoute à celle prévue par l'accord de prévoyance relatif au RPC (*annexe III du RPC à ce jour en vigueur*).

Le tarif annuel applicable au 1^{er} juillet 2007 est annexé au présent accord (annexe 7).

L'objectif recherché est d'identifier le coût réel de la couverture frais de santé des retraités dont l'adhésion, en l'état de la réglementation en vigueur reste facultative. Afin de tenir compte des revenus du retraité, de son conjoint à charge et de ses enfants, une réduction de sa cotisation de l'année N tiendra compte du quotient familial de son foyer fiscal de l'année N-1 comme suit :

- 50% si le quotient familial est inférieur à 1000€ par mois
- 25% si le quotient familial est égal ou supérieur à 1000€ par mois et inférieur à 1500€ par mois

A défaut de signature d'un avenant, au plus tard le 30 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, la cotisation suivra au minimum l'évolution de l'indice CMT connu (consommation médicale totale) constatée précédemment (année n-2) :

- la cotisation applicable au 1^{er} janvier 2008 suivant l'évolution de la CMT 2005-2006,
- la cotisation applicable au 1^{er} janvier 2009 suivant l'évolution de la CMT 2006-2007.

La seconde période s'ouvrant à compter du 1^{er} janvier 2010

Entre le 15 et le 30 septembre de chaque année, l'organisme assureur proposera à la commission paritaire technique ci-dessus mentionnée, un tarif annuel pour le 1^{er} janvier de l'année suivante déterminé dans des conditions variant suivant le groupe défini au § (i) précédent.

- pour les groupes fermés n° 1 et 2, l'organisme assureur devra proposer une cotisation unique et forfaitaire, tête par tête (c'est-à-dire garantissant le seul assuré cotisant), accompagnée d'une prise en compte du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré.
- pour le groupe fermé n° 3 et le groupe ouvert n° 4, l'organisme assureur devra proposer une cotisation forfaitaire tête par tête également mais liée au dernier revenu d'activité, comme indiqué ci-après.

Après consultation de la commission paritaire technique, comme indiqué ci-dessus, les cotisations des retraités évolueront sur décision de l'organisme assureur annoncée avant le 1^{er} octobre de chaque année.

A titre exceptionnel, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier 2010, les assureurs devront proposer le tarif au plus tard le 1^{er} septembre 2009 afin de recueillir l'avis de la commission paritaire technique et de permettre une diffusion de l'information auprès des retraités pour le 30 octobre 2009

Mesure complémentaire de financement des frais de santé pour les retraités actuels et futurs :

Afin de tenir compte de l'augmentation constante des dépenses de santé et permettre à tous les retraités d'aujourd'hui et de demain d'accéder à des soins de qualité tout en limitant et anticipant la charge financière que représente pour eux une couverture médicale, la direction propose des mesures différenciées suivant les 4 groupes de bénéficiaires définis au § (i) ci-dessus :

- Pour les participants du groupe fermé N° 1 :

L'entreprise versera à l'organisme assureur en charge du régime complémentaire sanofi aventis de ces participants 96 € bruts (représentant 8 € mensuels) par participant et par an.

Le versement s'opèrera pour les cotisations à échoir soit le 31 janvier de l'année N, sur la base du nombre des participants ayant liquidé leur retraite avant le 1^{er} janvier de l'année N et adhéré au régime au plus tard à cette date. A titre d'exemple, le 1^{er} versement de 98€ aura lieu le 31 janvier 2010, multiplié par le nombre de participants de ce groupe ayant adhéré au régime sanofi aventis au plus tard le 1^{er} janvier 2010. Ce financement sera viager.

- Pour les participants du groupe fermé N°2

L'entreprise versera à l'organisme assureur en charge du régime complémentaire sanofi aventis de ces participants 48 € bruts (représentant 4 € mensuels) par participant et par an. Le versement s'opèrera pour les cotisations à échoir soit le 31 janvier de l'année N, sur la base du nombre des participants ayant adhéré au régime au plus tard le 1^{er} janvier de l'année N. A titre d'exemple, le 1^{er} versement de 48 € aura lieu le 31 janvier 2010, multiplié par le nombre de participants de ce groupe adhérant au régime sanofi aventis au plus tard le 1^{er} janvier 2010. Ce financement sera viager

- Pour les participants du groupe fermé N°3

L'entreprise versera à l'organisme assureur en charge du régime complémentaire sanofi aventis de ces participants 48 € bruts (représentant 4 € mensuels) par participant et par an.

Le versement s'opèrera pour les cotisations à échoir de l'année civile N qui suivra l'année civile au cours de laquelle les participants du groupe fermé N° 3 auront liquidé leur retraite. Le versement effectué le 31 janvier de l'année N sera le produit des 48€ par le nombre des participants du groupe ayant adhéré au régime sanofi aventis au plus tard le 1^{er} janvier de l'année N. A titre d'exemple, un participant né le 15 décembre 1952, liquide sa retraite le 1^{er} juin 2013 (terme du contrat de travail le 31 mai 2013) adhère au régime sanofi aventis à

effet du 1^{er} juin 2013 ; le 1^{er} versement de 48 € de l'entreprise aura lieu le 31 janvier 2014. Ce financement sera viager.

En outre, avant le terme de son contrat de travail, tout salarié inscrit aux effectifs des entreprises rentrant dans le champ d'application de l'accord et membre des groupes N° 2 et N° 3 et jusqu'à la liquidation de sa retraite, même si elle survient à partir du 1^{er} janvier 2010, bénéficie des mesures prévues à l'avenant à l'accord relatif au plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) du 25 mai 2004, créant un volet PERCO santé retraite.

- Pour les participants du groupe ouvert N°4 :

Tout participant du groupe ouvert N° 4, inscrit aux effectifs des entreprises rentrant dans le champ d'application du présent accord, jusqu'à la liquidation de sa retraite, bénéficie des mesures prévues à l'avenant à l'accord relatif au plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) du 25 mai 2004, créant un volet « PERCO santé retraite ».

Par ailleurs, les organismes assureurs du régime complémentaire sanofi aventis à adhésion facultative proposeront, à compter du 1^{er} janvier 2010, aux participants des groupes N° 3 et N° 4 une cotisation forfaitaire tête par tête, couvrant le seul assuré cotisant et assurant l'équilibre durable et global du régime à adhésion facultative du présent accord (chapitre IV) et variant suivant un classement en lien avec leurs derniers revenus d'activité. En effet, le revenu d'activité permettra d'affecter chaque membre de ces groupes à une classification par niveaux en lien avec l'assiette des cotisations frais de santé du régime à adhésion obligatoire sans plafonnement, telle que définie précédemment au chapitre III section 01, § ii (b) perçu avant la liquidation de la retraite des douze derniers mois complets. En aucun cas, ce dernier revenu d'activité ne devra être la base de la cotisation appelée par l'assureur.

Un tarif forfaitaire par assuré cotisant sera proposé pour chacun des 5 niveaux définis ci-après. A défaut d'activité complète pendant les 12 mois l'assiette sera reconstituée au prorata temporis comme si l'intéressé avait travaillé toute l'année. En cas d'inactivité totale, l'assiette sera la base de la garantie ou de la rémunération de référence du revenu de remplacement dont bénéficiait l'intéressé la veille de la liquidation de sa retraite, telle que base de garantie d'une prestation invalidité, incapacité, ou rémunération de référence d'une rente de préretraite...

Les niveaux sont les suivants :

Dernier revenu brut d'activité précédent la liquidation de la retraite	Multiple de plafond annuel de sécurité sociale (PASS) de l'année civile au cours de laquelle la retraite est liquidée
1 ^{ère} niveau	< ou égal à 1 PASS
2 ^{ème} niveau	> 1 PASS et < ou = à 2 PASS
3 ^{ème} niveau	> 2 PASS et < ou = à 3 PASS
4 ^{ème} niveau	> 3 PASS et < ou = à 4 PASS
5 ^{ème} niveau	> 4 PASS

Cette cotisation évoluera de manière uniforme pour l'ensemble des niveaux définis ci-dessus et indépendamment de l'âge.

(b) Les autres catégories d'assurés:

Elles cotisent individuellement, selon des tarifs déterminés, sur la base d'une cotisation forfaitaire par assuré cotisant, après avis de la commission paritaire technique prévue au chapitre VI, par les organismes assureurs désignés au chapitre VII. A titre indicatif, les tarifs pour l'exercice civil 2007 sont précisés en annexe 7b. Sont ici concernés, notamment, les conjoints à charge ou non au sens de la Sécurité sociale des retraités.

(iii) Les Prestations :

Les principes définis au chapitre III section 01 sont également applicables au régime à adhésion facultative.

Pour mémoire, ils concernent notamment :

- le plafond des remboursements ;
- la définition des prestations en nature.

Les prestations sont identiques à celles du régime à adhésion obligatoire.

Section 02 - Les garanties de prévoyance

(i) Les Bénéficiaires :

Une annexe 5c liste les assurés et précise les conditions dont ils doivent justifier.

(ii) Cotisations :

La cotisation est forfaitaire et peut varier suivant la nature du risque couvert. Elle est définie à l'annexe 7b.

(iii) Les Prestations :

Le résumé des garanties figure dans l'annexe 3b.

Certaines catégories ne bénéficieront que du maintien de la garantie décès (préretraités) et de l'incapacité en complément des indemnités journalières de Sécurité sociale à hauteur de l'indemnité chômage (allocation de retour à l'emploi).

CHAPITRE V. LES MESURES DE RACCORDEMENT TENDANT A HARMONISER LES ENGAGEMENTS PRIS ANTERIEUREMENT

Section 01 - Pour les frais de santé :

Les trois régimes existants prévoyaient des mesures particulières à l'initiative de chacune des entreprises (Sanofi – Synthélabo, Aventis et Sanofi Pasteur) pour aider au financement du régime frais de santé à adhésion facultative des retraités.

Le détail de ces mesures est rappelé dans l'annexe 10 du présent accord.

Dans un souci d'harmonisation de ces mesures et afin d'assurer un traitement égal et équitable des retraités issus des trois précédents régimes (Sanofi-Synthélabo, Aventis et Sanofi Pasteur), il est décidé d'affecter progressivement le montant des contributions, provisions et réserves dédiées, à l'équilibre du régime des retraités tel qu'il est constitué dans le présent accord. Le solde devra être arrêté à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Le groupe sanofi aventis s'engage à transmettre aux organismes assureurs, avec lesquels il va contracter, le solde ainsi constaté en deux versements, à échéance respective du 1^{er} jour de l'entrée en vigueur du présent accord, d'une part, et du 1^{er} janvier 2008 d'autre part.

(i) Mise à disposition aux organismes assureurs désignés du solde de la réserve

Cette réserve servira à compenser les déficits qui pourraient être constatés par l'assureur. Cette réserve sera dévolue au seul régime des retraités dont la liquidation de retraite surviendra avant le 1/01/2010 pour assurer un équilibre durable c'est-à-dire viager.

La réserve ne doit pas être prise en compte pour déterminer annuellement le niveau de la cotisation mais est destinée à corriger les éventuels déficits qui seraient constatés et qui résulteraient soit d'une inflation médicale élevée, soit de l'impact des mesures sociales décidées antérieurement à la signature du présent accord et dont le financement s'avère non approprié.

(ii) Compte consolidé avec le régime à adhésion obligatoire chez un même organisme assureur mais avec un reporting distinct et plus détaillé pour se projeter sur les engagements à venir :

Du 01/07/07 au 31/12/2009, l'assureur devra présenter un compte de résultat consolidé du régime à adhésion obligatoire et du régime à adhésion facultative mais complété d'un détail de chacun des deux régimes tels qu'ils seraient si le présent accord était applicable dès le 1/07/07 dans sa totalité, avec des comptes de résultats distincts. Les modalités du maintien durable de l'équilibre des retraités dont la liquidation surviendra ou sera survenue avant le 1^{er} janvier 2010 à l'aide de l'externalisation des provisions et réserves décrites au § précédant seront justifiées et devront être détaillées.

L'objectif de ce reporting est d'appréhender le comportement des assurés à adhésion facultative, et d'apporter le cas échéant les correctifs nécessaires notamment en termes de montant de cotisations et d'expression des garanties.

(iii) Mesure de transfert des retraités ayant liquidé leur retraite avant le 1^{er} juillet 2007 :

Les mesures définies ci-dessus s'appliqueront à effet du 1^{er} juillet 2007, sous réserve d'avoir obtenu du comité paritaire de gestion du RPC l'autorisation d'intégrer dans le régime à adhésion facultative du RPC, les assurés non précédemment couverts par ce régime tels que ceux de Sanofi Pasteur.

Ces mesures ne s'appliquent qu'aux retraités déjà adhérents de l'annexe III du RPC et à un régime complémentaire antérieur en vigueur avant la mise en place du régime sanofi aventis, sous réserve d'adhérer au RPC et au dit régime complémentaire entre le 1^{er} juillet 2007 et le 31 décembre 2007, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier 2008.

En effet, les retraités doivent pouvoir résilier en temps utile leur adhésion individuelle auprès des précédents assureurs et décider en toute conscience de rejoindre ou non le nouveau dispositif.

Toutes les mesures devront être prises tant par les assureurs qu'au niveau de la commission paritaire technique afin de respecter les mesures légales en termes d'information des assurés, de délais de résiliation ou encore de notification des modalités d'affiliation auprès du nouveau régime à adhésion facultative.

Les organismes assureurs quittés transmettront aux organismes assureurs désignés l'ensemble des informations nominatives et s'engageront à proposer aux retraités qui choisiraient de ne pas intégrer le régime sanofi aventis issu du présent accord, de s'affilier à titre individuel. Par contre, ils ne pourront plus bénéficier des mesures financières de l'entreprise.

(iv) Cas des autres assurés à adhésion facultative liés aux anciens régimes et leur faculté de rejoindre le nouveau régime :

Les précédents régimes ont instauré des régimes à adhésion facultative au bénéfice des anciens salariés ou bien de catégories d'assurés (conjoint non à charge, enfants en situation particulière, chômeurs à l'issue de la période de maintien gratuit, etc.) liés aux salariés et anciens salariés des 3 entités qu'étaient Sanofi-Synthélabo, Aventis et Sanofi Pasteur.

Il sera proposé aux catégories qui peuvent l'être d'adhérer au régime à adhésion facultative mis en place par le présent accord (cf. annexe 6b), dans les conditions tarifaires définies par le nouvel assureur, étant précisé qu'ils bénéficieront, immédiatement et sans franchise ni carence, du niveau des prestations du régime du présent accord pour le risque qui les concerne. Les enfants en situation particulière bénéficiaires du régime Sanofi-Synthélabo prévu à cet effet, à la date d'effet du présent accord en conservent le bénéfice jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire.

De même les bénéficiaires des groupes fermés du régime optionnel de Sanofi-Synthélabo et des retraités cadres de Synthélabo bénéficient de leurs prestations en application des dispositions des régimes concernés à la charge du nouvel assureur.

Après ce transfert général lié à la mise en place du nouveau régime sanofi aventis, la commission paritaire technique pourra subordonner l'adhésion, en particulier les adhésions répétées, de mesures tendant à équilibrer durablement ce régime et à encourager l'anti-sélection (franchise sur les postes dentaires et optiques, durée minimale d'affiliations, délai séparant 2 affiliations successives etc...)

Sanofi aventis doit obtenir du Comité Paritaire de gestion du RPC, l'autorisation d'intégrer dans le régime à adhésion facultative du RPC, les catégories listées en annexe 6b et les anciens salariés de Sanofi Pasteur ainsi que leurs ayants droit à charge ou non.

Le transfert de ces catégories vers le régime mis en place par le présent accord est de la responsabilité des intéressés : il ne peut leur être imposé. Les organismes complémentaires qui les assurent jusqu'à la date de mise en œuvre du régime à adhésion facultative mis en place par le présent accord devront poursuivre leur couverture dans les conditions légales de leur choix dans des régimes qui ne rentreront pas dans la mutualisation du régime sanofi aventis à adhésion facultative.

Les intéressés qui refuseraient de rejoindre le régime à adhésion facultative, mis en place par le présent accord, ne pourront pas bénéficier des mesures financières de l'entreprise prévues au présent accord. Leur décision sera définitive après un délai de réflexion de ...mois, courant à compter de la date à laquelle les organismes désignés ci-dessous leur notifieront cette possibilité..., se situant entre leet le

Section 02 - Pour la Prévoyance :

Ce paragraphe a vocation à traiter des situations :

- des salariés en arrêt de travail au moment de l'entrée en vigueur du nouveau régime, même si l'assureur n'en a pas encore eu connaissance.
- des salariés dont le contrat de travail a été rompu avant l'entrée en vigueur du régime mis en œuvre par le présent accord alors qu'ils étaient indemnisés à titre complémentaire dans les termes des anciens régimes que le présent accord unifie.

L'objectif de l'accord est de garantir aux salariés et anciens salariés indemnisés à titre complémentaire, ou remplissant les conditions pour l'être, le maintien de leurs prestations dans le temps.

(i) Définition du périmètre des anciens régimes

Préalablement à l'harmonisation des régimes de prévoyance frais de santé, coexistaient, suite à l'opération de fusion entre Sanofi-Synthélabo et Aventis, trois régimes de prévoyance et de frais de santé, applicables respectivement aux salariés de Sanofi-Synthélabo gérés par le Groupe APRI, d'Aventis gérés par l'APGIS et de Sanofi pasteur gérés par le Groupe APICIL.

(ii) Distinction des salariés dont le contrat de travail est suspendu et des anciens salariés dont le contrat de travail a pris fin avant l'entrée en vigueur des régimes du présent accord :

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, du fait d'un arrêt de travail et qui sont indemnisés au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, continuent de percevoir les prestations périodiques définies dans les termes de l'ancien régime, au niveau atteint.

Pour ceux dont le contrat de travail est rompu avant l'entrée en vigueur du présent régime suite à un arrêt de travail survenu antérieurement et qui sont indemnisés au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ils continuent de percevoir les prestations au niveau atteint, versées par les organismes assureurs des anciens régimes.

Dans les 2 cas, la revalorisation de ces prestations sera assurée dans les termes prévus au chapitre VII, section 03 du présent accord et en accord avec les engagements passés par les organismes assureurs désignés audit chapitre, grâce au financement prévu à cet effet au chapitre III, section 03, (ii).

Les assurés en incapacité ou invalidité au titre des régimes antérieurs dont le contrat de travail reste suspendu et non rompu à la date d'entrée en vigueur du présent accord, bénéficieront en cas de décès des garanties du présent accord.

Pour les nouveaux arrêts de travail, compte-tenu du lien étroit entre les prestations servies par le RPC et celles ayant le même objet, servies par le régime complémentaire sanofi aventis, les dispositions sur ce point contenues dans le RPC à la date de la survenance de l'arrêt de travail priment et s'appliquent au régime sanofi aventis.

(iii) Distinction dans le temps des risques survenus au même assuré

Les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité dont le contrat de travail prend fin avant la date d'application du présent accord restent garantis par la couverture du risque décès prévue par les anciens accords, à la charge des organismes assureurs résiliés qui devraient intégralement (ou avoir intégralement) provisionné ce maintien.

Pour les nouveaux arrêts de travail, compte-tenu du lien étroit entre les prestations servies par le RPC et celles ayant le même objet, servies par le régime complémentaire sanofi aventis, les dispositions sur ce point contenues dans le RPC à la date de la survenance de l'arrêt de travail priment et s'appliquent au régime sanofi aventis.

(iv) Les groupes fermés ex-HMR et Profarm

(a) Les salariés et anciens salariés ex-HMR (groupe fermé) :

Ils bénéficient d'une garantie décès mise en place par leur ancien employeur Roussel UCLAF avec financement partagé de la cotisation. Le maintien de cette garantie est assuré par le présent régime.

(b) Les salariés et anciens salariés de Profarm (groupe fermé) :

Ils bénéficient d'une garantie décès, incapacité de travail et invalidité au titre de leur ancien employeur. Cette garantie est maintenue par le présent contrat.

(v) Les groupes fermés des retraités ex-Aventis

Les salariés bénéficiaires du régime décès d'Aventis et qui liquident leur retraite avant le 1^{er} juillet 2007 conserveront le maintien de la garantie décès aux conditions du régime Aventis mais à la charge de l'assureur du régime sanofi aventis pendant les 12 mois qui suivent la liquidation de la retraite.

CHAPITRE VI. MESURES SOCIALES

Section 01 - La commission paritaire technique :

(i) Les principes

La Commission paritaire technique a pour objet de piloter les régimes à adhésion obligatoire et à adhésion facultative de prévoyance et frais de santé, mis en place par le présent accord :

- en assurant leur suivi et leur pérennité, technique et financière,
- en émettant un avis pour ajuster le niveau des prestations, lorsque ceci est nécessaire et lors d'une révision partielle du présent accord ou de ses annexes.
- en procédant à des aménagements techniques et mineurs rendus nécessaires par des évolutions législatives, réglementaires ou conventionnelles, ou par la mise en conformité des régimes aux pratiques de gestion et réglementation de la Sécurité sociale.

Indépendamment du pilotage du Régime Professionnel Conventionnel (RPC) de l'Industrie Pharmaceutique qui relève du seul Comité Paritaire de Gestion créé par l'accord de branche, le pilotage des régimes de sanofi-aventis mis en place par le présent accord, est confié aux parties signataires ou adhérentes dudit accord.

(ii) La composition de la commission paritaire technique

Cette commission paritaire technique est composée paritairement :

- au titre des organisations syndicales représentatives au plan national au sein de sanofi aventis, signataires ou adhérentes au présent accord, d'une délégation de 2 membres titulaires par organisation syndicale : 2 suppléants pourront être désignés pour remplacer les titulaires, en cas d'empêchement,
- au titre des représentants de sanofi aventis : de représentants, dans la limite de 10, désignés par la Direction des Relations Humaines du Groupe, en son sein ou dans l'une des directions de ressources humaines des filiales de sanofi aventis en France.

Les organisations syndicales non signataires ou non adhérentes du présent accord peuvent avoir un représentant titulaire qui assistera à toutes les réunions, sans participation aux votes recueillis dans le cadre des avis prévus par le présent accord.

La désignation notifiée à la Direction des Ressources Humaines du Groupe, Direction Protection sociale, est faite pour une durée maximale de deux ans, renouvelable par tacite reconduction.

(iii) Le fonctionnement de la commission paritaire technique

La Commission paritaire technique se réunit, à partir de la signature du présent accord, au moins deux fois par an, dont une fois avant le 1^{er} octobre de l'année N, pour se consacrer à l'examen des comptes de résultats des régimes de l'exercice N-1, sur la base des éléments chiffrés, analyses, résultats, données, statistiques de consommation tels que fournis par les organismes gestionnaires et assureurs. Elle se réunira donc pour la première fois entre le 1^{er} et le 15 Septembre 2007. Par ailleurs, elle examine les propositions d'augmentation des

cotisations des bénéficiaires du régime à adhésion obligatoire et du régime à adhésion facultative.

Seuls les titulaires siègent ou, en leur absence, les suppléants. Ils sont destinataires des mêmes informations que les titulaires dès l'instant où la Direction a été informée de leur suppléance.

La commission paritaire technique peut s'adjoindre partiellement la présence de représentants des organismes assureurs et gestionnaires pour la présentation et les commentaires sur l'évolution des régimes.

Les frais de déplacements et de tenue de réunion des membres de cette commission, sous réserve qu'ils soient salariés inscrits aux effectifs, seront remboursés intégralement sur présentation de justificatifs par la direction des entreprises visées au §1 du présent accord, dans la limite de trois réunions par an. Les frais engagés par les membres de la commission et qui ne sont pas salariés de l'une de ces entreprises seront financés par le régime à adhésion facultative créé par le présent régime, sur présentation à l'organisme gestionnaire et assureur dudit régime des justificatifs des dépenses engagées.

Chaque réunion de cette commission pourra être précédée d'une réunion préparatoire, réunissant les membres du collège salariés, titulaires et suppléants même s'ils ne sont pas amenés à remplacer un titulaire lors de la réunion plénière de la commission. Préalablement à la tenue de chaque réunion, préparatoire et plénière, leur nom sera porté à la connaissance de leur établissement d'appartenance et simultanément à la Direction des Relations Humaines du Groupe.

Les frais de déplacement et de tenue de chaque réunion seront remboursés sur justificatifs. La réunion préparatoire sera d'une durée égale à la réunion plénière.

Le temps passé en réunions plénière et préparatoire telles que définies ci-dessus sont assimilés à du temps de travail effectif.

(iv) Les attributions de la commission :

(a) Suivi des résultats détaillés des régimes tels que fournis par les organismes assureurs et gestionnaires.

A partir des comptes ainsi que des données de gestion établis par les organismes assureurs et gestionnaires et des analyses, informations et conseils qu'ils fournissent, la commission paritaire technique analyse l'état des régimes, et veille à apporter toute modification ou actualisation nécessaire ou rendue indispensable par des changements de réglementation (par exemple : le désengagement de la Sécurité sociale, les « contrats dits aidés » en application de la loi d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, les contraintes légales et réglementaires européennes, etc.).

(b) Examen obligatoire de la révision des tarifs proposés par les organismes assureurs

A la lecture des résultats des exercices écoulés, la commission paritaire technique émet un avis à la majorité des présents signataires ou adhérents dans l'hypothèse où les tarifs du régime à adhésion obligatoire et du régime à adhésion facultative mis en place par le présent accord seraient susceptibles d'évoluer à la demande des organismes assureurs.

(c) Examen avant toute révision ou dénonciation du présent accord.

La commission émet un avis à la majorité des présent signataires ou adhérents au cas où :

- l'une des parties signataires ou adhérentes du présent accord déciderait de dénoncer ou réviser, même partiellement le présent accord ou l'une de ses annexes dans les conditions précisées au chapitre VIII ci-après,
- l'un des organismes gestionnaires ou assureurs résilieraient les contrats les liant à sanofi aventis pour gérer ou gager les obligations nées du présent accord.

(d) Elle est habilitée en outre à émettre toute observation et proposition sur l'application des dispositions du présent accord et leur gestion.

Section 02 - Le Fonds social

(i) Objet du fonds et principes

Un fonds social est constitué afin d'aider sous quelque forme que ce soit, certains participants au régime ou leur ayants droit afin :

- d'engager des dépenses d'un montant exceptionnel qui ne peuvent être supportées par les revenus du participant ;
- d'accompagner les participants et leurs ayants droits lors de la survenance des risques garantis par le présent accord (aide juridique, psychologique, administrative, aide ménagère, garde d'enfants, soutien scolaire d'enfants malades etc.)
- d'acquérir des appareils médicaux (fauteuils, béquilles) ou bien à aménager l'habitat et faciliter les moyens de transport des participants dont l'état de santé le nécessite
- de financer pour les bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité insuffisantes, certaines dépenses des personnes à leur charge (cantine scolaire, bourse d'études pour enfants d'invalides, etc.)

La commission paritaire technique peut se doter d'un règlement destiné à assurer une égalité de traitement dans les décisions qu'elle prend à l'égard de toutes les catégories d'assurés.

(ii) Les Bénéficiaires

Sont concernés :

- les bénéficiaires du régime à adhésion obligatoire ou du régime à adhésion facultative qui ne peuvent bénéficier du Fond de solidarité, pour ce qui concerne le domaine d'intervention du RPC (Frais de santé)
- l'ensemble des bénéficiaires du régime à obligatoire ou du régime facultatif pour les domaines sur lesquels le fond de solidarité du RPC n'intervient pas.

(iii) La commission sociale

Une commission sociale sera constituée afin de décider des allocations pouvant être versées à l'ensemble des participants des régimes collectifs à adhésion obligatoire comme facultative, financé par le fonds social dont l'objet est précisé ci-dessus.

(a) Composition

La commission est composée d'un titulaire et d'un suppléant, inscrits aux effectifs des entreprises visées par le présent accord, désigné par chacune des organisations syndicales signataires ou adhérentes. Le suppléant ne peut assister à la réunion qu'en remplacement du titulaire. Ces membres sont soumis à une obligation de stricte confidentialité à l'égard de l'ensemble des demandes qui pourraient être formulées auprès d'eux et à l'égard des justificatifs qu'ils pourraient solliciter afin d'instruire les demandes.

Un représentant de sanofi aventis participe sans voix délibérative à la commission.

(b) Fonctionnement

La commission examine, au plus trimestriellement, les dossiers qui lui sont présentés par les services sociaux des organismes assureurs et gestionnaires, en concertation avec les assistantes sociales mises à la disposition des filiales françaises de sanofi aventis par sanofi aventis, elle-même en tenant compte de différents éléments : âge, situation de famille, niveau de ressources du foyer, insuffisance du remboursement des frais réellement engagés eu égard aux ressources des bénéficiaires, montant des dépenses réelles, état de santé des bénéficiaires du fonds définis au § (ii) de la présente section.

Les frais de déplacement et de tenue de réunion des membres de ladite commission seront remboursés intégralement sur présentation de justificatifs, par la direction des entreprises dans la limite de 4 réunions par année civile, précédée chacune d'une préparatoire.

Le temps passé en réunion plénière et préparatoire est assimilé à du travail effectif. Chaque fois que l'urgence l'exigera ou dans le but de réduire les déplacements des membres de la commission alors que les demandes d'allocations seraient d'un nombre réduit, les réunions peuvent être remplacées par des conférences téléphoniques ou des visioconférences, à la demande de ses membres ; dans ce cas, sanofi aventis mettra à la disposition des membres de la commission les moyens pour assurer dans ces conditions les réunions.

(c) Alimentation du fond

Le fonds est alimenté chaque année de, à la date du 1^{er} janvier par un % des cotisations affectées à la couverture des frais de soins de santé.

Les fonds détenus par les assureurs tenants avant le 1^{er} juillet 2007, les fonds arrêtés à cette date, seront transférés chez le nouvel assureur si les contrats d'assurance antérieurs le permettent.

CHAPITRE VII. ASSUREURS ET GESTIONNAIRES

Section 01 - Déontologie et éthique

A compléter ultérieurement

Section 02 - Désignation et modalités de renouvellement

(i) Désignation :

Les couvertures frais de santé et prévoyance sont souscrites auprès de

(ii) Modalités de renouvellement

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur et les modalités des contrats d'assurance seront réexaminés paritairement tous les 5 ans au plus tard (délai maximum) à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord. Exceptionnellement, le premier renouvellement aura lieu le

En cas de changement d'organisme assureur, les Comités Centraux d'Entreprise et des Comités d'Entreprise seront informés et consultés.

En cas de changement d'organisme assureur et conformément à l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale, est organisée, suivant les modalités prévues à la section suivante, la poursuite de la revalorisation future des prestations en espèces résultant du décès, de l'incapacité de travail temporaire ou permanente, la prise en charge du passif d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale après la résiliation ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité permanente ou temporaire.

Section 03 - Organisation des comptes de résultat des deux régimes

Les différents organismes assureurs des risques prévoyance et frais de santé présenteront deux comptes de résultats distincts selon qu'ils concernent le régime à adhésion obligatoire et celui à adhésion facultative.

Toutefois, pour chacun des deux régimes précités, il est instauré une solidarité technique et financière entre les catégories d'assurés.

Pour chaque risque (frais de santé d'une part, et prévoyance d'autre part), chaque compte de résultats doit comprendre le détail des éléments suivants :

En recettes :

Les cotisations encaissées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice,

Le montant des cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice,

La reprise de la provision pour cotisations à recevoir au 31 décembre précédent,

Les produits financiers alloués au compte de résultats conformément au contrat,

La reprise détaillée par provision des différentes provisions mathématiques et techniques constituées au 31 décembre précédent,

Le montant des sinistres et provisions mathématiques et techniques cédées aux réassureurs (éventuellement),

Le résultat des opérations d'assurances.

En dépenses :

Le report éventuel de perte constaté au 31 décembre de l'exercice précédent,

Les prestations payées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice,

Les provisions pour prestations à payer au 31 décembre précédent,

Le montant de la provision pour sinistres inconnus constituée au 31 décembre précédent,

Le montant de la provision pour sinistres inconnus constituée au 31 décembre de l'exercice,

Le montant des cotisations cédées aux réassureurs (éventuellement),

Le montant des frais de gestion,

Le montant des frais de réassurance affecté au contrat (éventuellement),

Le résultat des opérations d'assurances.

(i) Le régime à adhésion obligatoire

Les engagements liés aux sinistres survenus avant l'entrée en vigueur du présent régime sont suivis dans un compte de résultats spécifique, les rubriques de ces comptes de résultats étant précisées au paragraphe précédent. Ils seront financés en tout ou partie par la cotisation additionnelle prévue au chapitre III.

En cas de résiliation des contrats d'assurance avec les organismes désignés au présent chapitre avant le terme prévu, alors que les provisions pour revalorisation futures ne seront pas intégralement constituées :

- les engagements correspondants resteront à la charge des organismes précités,
- le cas échéant l'indemnité de résiliation correspondant sera financée sur les réserves du régime, en priorité sur le fonds de revalorisation, tel que défini ci-après.

(ii) Garantie des revalorisations futures

En cas de résiliation des contrats d'assurance, l'assureur devra garantir une revalorisation future des prestations périodiques en cours de service (rente de conjoint, d'éducation, d'incapacité ou d'invalidité) dans la limite de 2 % par an. Les organismes assureurs désignés ci-dessus devront procéder à un provisionnement spécifique dans le cadre d'un fonds de revalorisation dédié au régime mais non transférable.

(iii) Constitution d'un fonds de revalorisation

Pour la revalorisation future des engagements liés aux sinistres survenus à compter de l'entrée en vigueur du présent régime, il est constitué un fonds de revalorisation permettant le financement des revalorisations annuelles et futures des prestations périodiques (rentes d'incapacité et d'invalidité, rente d'éducation).

Ce fonds est constitué à partir des produits financiers dégagés par l'assureur sur les provisions techniques sur la base d'un taux de distribution des revenus nets d'au moins 90 %.

(iv) Constitution de la provision de maintien des garanties décès des bénéficiaires de prestations d'incapacité et d'invalidité

Les provisions du maintien de la garantie décès sont au jour de l'entrée en vigueur du présent régime, constituées en totalité. Les provisions concernant les salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu seront transférées auprès du nouvel assureur qui prendra en charge, et en totalité, le paiement des prestations en cas de survenance du décès, sauf si les dispositions des contrats d'assurance des régimes antérieures s'y opposent.

Pour les assurés, dont le contrat de travail aura été rompu avant l'entrée en vigueur du présent régime, les provisions du risque décès resteront constituées auprès du précédent assureur qui se chargera du paiement des éventuelles prestations, en application de l'ancien régime.

(v) Financement des exonérations de cotisations totales ou partielles avec maintien de garantie

Le coût du maintien de garanties sans contrepartie de cotisations (exonérations) doit faire l'objet d'une provision distincte dans les comptes de l'assureur et non transférable.

(vi) Provisions techniques et réserves

(a) Les Principes

Il est retenu le principe que tout engagement de l'assureur doit faire l'objet d'une provision technique. Les excédents techniques du régime doivent être affectés en priorité à faire face à des aléas de sinistralité et à financer les changements réglementaires relatifs aux méthodes de provisionnement (table de mortalité, taux technique, loi de maintien en incapacité et invalidité...)

(b) Transférabilité

Ces provisions et réserves sont dédiées au régime et transférables sans délai ni pénalité au frais de toute nature, sous peine de sanctions financières.

(c) Rémunération des provisions

Les provisions mathématiques et autres provisions techniques et réserves constituées au titre du présent régime feront l'objet d'une rémunération annuelle.

Les taux de distribution des résultats financiers des organismes assureurs désignés seront d'au moins 90 % des produits financiers nets

(vii) Compte général et participation bénéficiaire

Les résultats bénéficiaires des contrats feront l'objet d'une participation versée au présent régime. Après avis de la commission de suivi prévue au chapitre VII, la réserve ainsi constituée peut permettre aux assureurs de réduire la cotisation de prévoyance (toutes garanties confondues) appelées auprès des entreprises et des salariés.

La participation bénéficiaire de l'exercice N permettra ainsi de réduire la cotisation de l'exercice N+2 en appliquant à la cotisation de l'année N+1 un taux d'appel se situant entre 80 % et 95 % et ce, pour un exercice éventuellement renouvelable une fois.

Section 04 - Suivi technique des régimes

(i) Comptes de résultats définitifs

Ces comptes comportant les éléments précités à la section 01 du présent chapitre, devront être présentés par l'assureur à la commission de suivi prévu au chapitre VI.

(ii) Comptes prévisionnels

Des comptes prévisionnels devront être présentés avant le 31 octobre de chaque exercice pour l'exercice en cours. Le compte prévisionnel de résultats reprendra le schéma de présentation des comptes de résultats annuels définitifs. Ce document devra également indiquer le niveau de variation des cotisations envisagé pour chaque contrat et catégories d'assurés pour l'exercice suivant.

(iii) Suivi des rapports sinistres à primes par survenance

Au 1^{er} octobre de chaque exercice au plus tard, les assureurs mettront à la disposition de la commission de suivi prévue au chapitre VI une analyse technique des équilibres de chaque risque et garantie, par garantie et par exercice de survenance, indiquant les cotisations reçues et à recevoir, les frais ayant été imputés au contrat, les prestations payées, à payer et les provisions calculées, ventilées par survenance et exercice comptable, pour chaque exercice de survenance.

Cette analyse technique doit être complétée par la fourniture à l'entreprise de la liste anonyme de tous les dossiers sinistres faisant l'objet de calcul de chaque provision technique (provision mathématique, provision pour revalorisation, PMGD,...) classés par exercice de survenance avec les informations nécessaires à ce calcul. Il y sera précisé la méthode de calcul suivie et les hypothèses retenues.

Section 05 - La gestion administrative des prestations des deux régimes

Les assureurs gèrent les prestations servies en application des deux régimes avec un service dédié et une gestion centralisée. Cependant, les parties signataires du présent accord ne font pas d'objection à ce que l'assureur ou les assureurs délègue(nt) tout ou partie de la gestion des contrats. Toutefois, dans le cas où il(s) délèguera(i)en)t une partie de la gestion administrative, ce serait nécessairement auprès d'un autre assureur, lequel devant prendre une part de l'assurance du risque qui ne saurait être inférieure à 20 %.

CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES

Section 01 - Date d'entrée en vigueur et durée de l'accord et droit d'opposition

Le présent accord prend effet au 1^{er} juillet 2007. Il est conclu pour une durée indéterminée. Les Organisations Syndicales disposent d'un délai d'opposition en application de l'article L132-2-2 du Code du Travail.

Section 02 - Dénonciation et révision

Si, pendant la durée d'application de l'accord, la législation, ou les dispositions des conventions collectives de branche en vigueur à la date de signature du présent accord, venaient à être modifiées de façon substantielle et étaient susceptibles d'affecter l'économie générale dudit accord, la Direction et les Organisations Syndicales se réuniraient pour examiner la situation afin d'adapter les dispositions de celui-ci.

Si, une modification dans la situation juridique du Groupe sanofi aventis relevant des opérations visées à l'article L132-8 dernier alinéa du Code du Travail survenait, les parties signataires se réuniraient pour revoir les modalités du présent accord sur ce point.

Le présent accord pourra être révisé à la demande de l'une des parties signataires, sous réserve d'un préavis de trois mois. Cette demande de révision devra être notifiée à l'autre partie signataire par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette révision sera sollicitée par la Direction de sanofi aventis dès lors que l'un des organismes assureurs ou gestionnaires désignés au chapitre V résilierait l'un des contrats d'assurance ou gestion conclus avec elle ou seraient défaillants opérationnellement.

Il pourra être dénoncé à tout moment par chacune des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois conformément aux dispositions du Code du travail. La demande de dénonciation devra être notifiée à l'autre partie signataire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Section 03 - Information et consultation des Comités Centraux d'Entreprise et des Comités d'entreprise

Les Comités pourront sous réserve de le solliciter, obtenir communication des documents diffusés à la commission de suivi prévue au chapitre VII, section 01 relatifs aux comptes de résultat des régimes, au plus tôt simultanément à l'envoi des documents aux membres de la commission.

En cas de modification des régimes institués par le présent accord, les Comités Centraux d'Entreprise et les Comités d'Entreprise seront informés et consultés, conformément aux dispositions légales.

Section 04 - Clause suspensive : subordination intégrale du présent accord à l'intégration des droits et obligations dans les contrats d'assurance avec les organismes assureurs désignés

Le présent accord ne prendra effet qu'à la condition que le contrat d'assurance signé entre l'entreprise et l'organisme assureur sélectionné couvre, au minima, l'ensemble des termes du présent accord.

A défaut de la conformité entre l'engagement de l'entreprise figurant dans le présent accord et l'assurance de cet engagement dans le contrat d'assurance avec l'organisme assureur sélectionné, le présent accord n'entrera pas en vigueur et fera l'objet d'une nouvelle négociation avec les représentants des salariés.

Section 05 - Dépôt

Conformément aux dispositions des articles L. 132-2-2 point IV, L. 132-10 et R.132-1 du Code du Travail, le présent accord sera notifié à l'ensemble des Organisations Syndicales représentatives dans le champ d'application de l'accord et déposé auprès de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Paris ainsi qu'auprès du Secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Section 06 - Diffusion de l'accord

Le personnel est informé du présent accord dans chaque établissement des sociétés concernées par tout moyen de communication habituellement utilisé dans le Groupe.

Fait à Paris, le

Pour les sociétés françaises du Groupe sanofi aventis
d'une part,

Frédéric CLUZEL, dûment mandaté

Pour les Organisations Syndicales : d'autre part.

CFDT	représentée par Gérard YCRE	
CFE-CGC	représentée par Rémi BARTHES	
CFTC	représentée par Christian BILLEBAULT	
CGT	représentée par Thierry BODIN	
CGT-FO	représentée par Jean-Claude REVY	