

3ème projet du 12 février 2007

ACCORD FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE
REGIME COMPLEMENTAIRE SANOFI AVENTIS

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I.	ESPRIT DE LA NEGOCIATION.....	5
SECTION 01 -	CONTEXTE.....	5
SECTION 02 -	CARACTERISTIQUES DES REGIMES.....	6
1.	<i>Les principes communs</i>	6
2.	<i>Les particularismes</i>	6
3.	<i>Les équilibres techniques et financiers</i>	6
CHAPITRE II.	CHAMP D'APPLICATION	7
SECTION 01 -	SOCIETES.....	7
SECTION 02 -	LES PERSONNES ASSUREES AU REGIME DE SECURITE SOCIALE FRANÇAIS.....	7
CHAPITRE III.	LE REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE :	9
SECTION 01 -	LES GARANTIES FRAIS DE SANTE :.....	9
1.	<i>Les bénéficiaires :</i>	9
2.	<i>Les Cotisations :</i>	9
2.1.	Les principes.....	9
2.2.	Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette :.....	9
2.3.	La base des cotisations	9
2.4.	Taux des cotisations	9
2.5.	La répartition des cotisations.....	10
2.6.	Dispositions particulières	10
2.6.1.	Les exonérations des cotisations pour certaines catégories de bénéficiaires « dit maintien de garanties » pendant 6 mois.....	10
2.6.2.	Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident du travail et maladie professionnelle ainsi que pour les congés sans solde inférieur à 6 mois:.....	10
2.	<i>Les prestations</i>	10
2.1.	Définition.....	10
2.2.	Les Principes	11
SECTION 02 -	LES GARANTIES DE PREVOYANCE :.....	11
1.	<i>Les bénéficiaires :</i>	11
2.	<i>Cotisations :</i>	11
2.1.	Les principes.....	11
2.2.	Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette.....	11
2.3.	Base des cotisations.....	12
2.4.	Taux des cotisations s'ajoutant au RPC.....	12
2.5.	La répartition des cotisations.....	13
2.6.	Exonération de cotisation pour certaines catégories de bénéficiaires dit « maintien de garanties » pendant 6 mois :	13
3.	<i>Les prestations</i>	13
3.1.	Les Principes	13
3.2.	Montants	14
CHAPITRE IV.	LE REGIME A ADHESION FACULTATIVE :	15
SECTION 01 -	LES GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	15
1.	<i>Bénéficiaires</i>	15
2.	<i>Cotisations</i>	15
2.1.	Les retraités et les futurs retraités :	15
2.2.	Les autres catégories d'assurés:	18
3.	<i>Les Prestations :</i>	18
SECTION 02 -	LES GARANTIES DE PREVOYANCE.....	18
1.	<i>Les Bénéficiaires :</i>	18
2.	<i>Cotisations :</i>	18
3.	<i>Les Prestations :</i>	18
CHAPITRE V.	LES MESURES DE RACCORDEMENT TENDANT A HARMONISER LES ENGAGEMENTS PRIS ANTERIEUREMENT	19
SECTION 01 -	POUR LES FRAIS DE SANTE :.....	19
1.	<i>Sort des réserves constituées en application des accords collectifs instaurant les régimes antérieurs</i>	19
2.	<i>Cas des autres assurés à adhésion facultative liés aux anciens régimes et leur faculté de rejoindre le nouveau régime :</i>	19

3.	<i>Adhésion de Sanofi Pasteur au RPC et à son annexe III</i>	20
SECTION 02 -	POUR LA PREVOYANCE :	20
1.	<i>Définition du périmètre des anciens régimes</i>	20
2.	<i>Mesures de rattachement avec les régimes antérieurs : succession d'évènements ouvrant droit à prestations</i>	21
2.1	Définition de la problématique.....	21
2.2	Principes	21
3.	<i>Les groupes fermés ex-HMR et Profarm</i>	22
3.1.	Les salariés et anciens salariés ex-HMR (groupe fermé) :	22
3.2.	Les salariés et anciens salariés de Profarm (groupe fermé) :	22
4.	<i>Les groupes fermés des retraités ex-Aventis</i>	22
CHAPITRE VI.	MESURES SOCIALES	23
SECTION 01 -	GESTION TECHNIQUE ET PILOTAGE DES REGIMES A ADHESION OBLIGATOIRE ET A ADHESION FACULTATIVE :	23
1-	<i>La commission paritaire technique du régime à adhésion obligatoire</i> :	23
1.1.	Les principes.....	23
1.2.	La composition de la commission paritaire technique.....	23
1.3.	Le fonctionnement de la commission paritaire technique.....	23
1.4.	Les attributions de la commission :	24
2-	<i>Le comité paritaire de gestion du régime à adhésion facultative sanofi aventis</i>	25
2.1.	La composition du comité paritaire de gestion :	25
2.2.	Le fonctionnement du comité paritaire de gestion :	26
2.3.	Les attributions du comité paritaire de gestion :	26
SECTION 02 -	LE FONDS SOCIAL	27
1.	<i>Objet du fonds et principes</i>	27
2.	<i>Les Bénéficiaires</i>	27
3.	<i>La commission sociale</i>	28
3.1.	Composition.....	28
3.2.	Fonctionnement	28
3.3.	Alimentation du fonds.....	28
CHAPITRE VII.	ASSUREURS ET GESTIONNAIRES	29
SECTION 01 -	DEONTOLOGIE ET ETHIQUE.....	29
SECTION 02 -	DESIGNATION ET MODALITES DE RENOUVELLEMENT	29
1.	<i>Désignation</i> :.....	29
2.	<i>Modalités de renouvellement</i>	29
SECTION 03 -	ORGANISATION DES COMPTES DE RESULTAT DES DEUX REGIMES.....	29
1.	<i>Le régime à adhésion obligatoire</i>	30
2.	<i>Garantie des revalorisations futures</i>	30
3.	<i>Constitution d'un fonds de revalorisation</i>	31
4.	<i>Constitution de la provision de maintien des garanties décès des bénéficiaires de prestations d'incapacité et d'invalidité</i>	31
5.	<i>Financement des exonérations de cotisations totales ou partielles avec maintien de garantie</i>	31
6.	<i>Provisions techniques et réserves</i>	31
6.1.	Les Principes	31
6.2.	Transférabilité	31
6.3.	Rémunération des provisions	31
7.	<i>Compte général et participation bénéficiaire</i>	32
SECTION 04 -	SUIVI TECHNIQUE DES REGIMES.....	32
1.	<i>Comptes de résultats définitifs</i>	32
2.	<i>Comptes prévisionnels</i>	32
3.	<i>Suivi des rapports sinistres à primes par survenance</i>	32
SECTION 05 -	LA GESTION ADMINISTRATIVE DES PRESTATIONS DES DEUX REGIMES	32
CHAPITRE VIII.	DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES	33
SECTION 01 -	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ACCORD ET DROIT D'OPPOSITION.....	33
SECTION 02 -	DENONCIATION ET REVISION.....	33
SECTION 03 -	INFORMATION ET CONSULTATION DES COMITES CENTRAUX D'ENTREPRISE ET DES COMITES D'ENTREPRISE	33
SECTION 04 -	CLAUSE SUSPENSIVE :	34
SECTION 05 -	DEPOT.....	34
SECTION 06 -	DIFFUSION DE L'ACCORD.....	34

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 à leurs conjoints au sens large tels que définis au chapitre III, section 01, 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 division 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.

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 négociation en cours portant révision du RPC.

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.

A effet du 1er juillet 2007, ils décident de l'entrée en vigueur d'un régime à adhésion obligatoire de prévoyance et soins de santé, au bénéfice des salariés et de leurs conjoints y compris pour la division « vaccins » et d'un régime à adhésion facultative, au bénéfice d'anciens salariés et autres assurés. Ils prévoient au chapitre V diverses mesures de raccordement pour étendre ces régimes aux assurés des régimes antérieurs ainsi qu'aux retraités actuels.

Il est donc décidé de signer un accord d'harmonisation au plus tard le 31 mars 2007 pour une prise d'effet au 1er juillet 2007, afin de mettre en œuvre les opérations de gestion dans de bonnes conditions. Il est convenu que les régimes en vigueur au 31 mars 2007 continueront à produire leurs effets dans les mêmes conditions jusqu'au 30 juin 2007, pour les assurés des régimes antérieurs à adhésion obligatoire et jusqu'au 31 décembre 2007, pour ceux à adhésion facultative.

Section 02 - Caractéristiques des régimes

1. 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 doit optimiser sa mutualisation technique et financière et limiter les garanties optionnelles ou flexibles.

2. 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 dont leurs conjoints ; 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.

3. Les équilibres techniques et financiers

L'objectif du présent accord est de mettre en place des régimes collectifs pérennes. A cette occasion, toutes les mesures seront prises pour apurer les passifs accumulés dans les trois régimes antérieurs de prévoyance. 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 du nouveau régime sanofi aventis.

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 (section 03) 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.

Sanofi Pasteur intégrera le présent régime sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- avoir dénoncé son accord collectif du 27 septembre 1991 et ses avenants dans les conditions définies à l'article L132-8 du code du travail,
- avoir négocié et conclu un accord de substitution prévoyant l'entrée de sanofi pasteur dans le RPC d'une part et dans les régimes du présent accord, d'autre part,
- avoir accompli toutes les formalités nécessaires pour rattacher auprès de la caisse primaire d'assurance maladie compétente, le personnel qui bénéficie d'une affiliation directe au Régime Général de la Sécurité sociale, par l'intermédiaire de la section locale de la MICILS qui agit en lieu et place de ce régime.

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 notamment 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, les régimes mis en place par le présent accord visent à permettre que :

- les assurés accèdent effectivement aux soins dans leur pays de domiciliation,
- les prestations des régimes du présent accord soient calculées en déduisant du montant des garanties figurant en annexes 2 et 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,
- dans le cas où le RPC n'interviendrait pas, les régimes mis en place par le présent accord se substituent aux garanties du RPC à, un niveau équivalent puis les complètent 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 :

1. Les bénéficiaires :

Sont visés l'ensemble des bénéficiaires tels qu'ils sont définis dans l'annexe 4, y compris les VRP.

2. Les Cotisations :

2.1. Les principes

La cotisation annuelle est basée sur les rémunérations annuelles brutes telles que définies à l'article L 242-1 du code de la Sécurité sociale intégrant la prise en charge des ayant droits à charge ou non. Sont notamment visés les conjoints, les titulaires d'un PACS et les concubins.

2.2. 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.

2.3. La base des cotisations

La base des cotisations afférente au risque frais de santé diffère de celle définie par l'accord de prévoyance relatif au RPC en vigueur aujourd'hui. Elle est basée sur la rémunération réelle telle que définie au paragraphe précédent ; en conséquence, elle exclut la cotisation forfaitaire basée sur le plafond annuel de Sécurité sociale prévue au RPC. En outre, 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.

2.4. 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 prévue au chapitre VI.

2.5. La répartition des cotisations

La cotisation de frais de santé est répartie comme suit:

Entreprise	Salarié
70%	30%

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 annuelles s'effectue par précompte sur les rémunérations mensuelles, aux échéances normales de paie et sont régularisées annuellement au terme de l'exercice social.

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

2.6. Dispositions particulières

a) Les exonérations des cotisations pour certaines catégories d'assurés « 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.

b) Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident du travail et maladie professionnelle ainsi que pour les congés sans solde inférieur à 6 mois:

A l'issue du versement des indemnités journalières de Sécurité sociale, le salarié reconnu invalide 2ème ou 3ème catégorie, ou titulaire d'une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail et maladies professionnelles cotise sur la base de 80% du dernier salaire annuel brut d'activité reconstitué : 12 fois la somme des éléments fixes du mois civil précédant l'arrêt de travail auxquels s'ajoutent les primes mensuelles et permanentes perçues au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, revalorisé comme la rente d'invalidité du régime sanofi aventis et aux mêmes dates.

Il est appliqué la même clé de répartition des cotisations employeur/salarié que pour les salariés en activité. La part salariale est appelée par l'entreprise auprès de l'assuré puis versée à l'organisme assureur ou gestionnaire, avec la part patronale.

2. Les prestations

2.1. Définition

Il s'agit de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale relevant tant de l'assurance maladie que de l'assurance maternité ainsi que du régime de la Branche accidents du travail et 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 répondent 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 à l'annexe 2 dont il convient de déduire les garanties prises en charge par le RPC. Si les garanties du RPC venaient à être modifiées, avec pour conséquence une augmentation de la sinistralité pour le régime complémentaire, les organismes assureurs ajusteraient l'expression des garanties en conséquence. Les pertes et gains constatés au niveau du régime complémentaire sanofi aventis devraient se compenser globalement.

2.2. Les Principes

a) 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.

b) 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.

c) Unicité des prestations quelque soit la situation :

Tous les assurés du régime bénéficieront de prestations identiques y compris si ils bénéficient des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties définies à l'annexe 4.

Section 02 - Les garanties de prévoyance :

1. Les bénéficiaires :

Ce sont ceux définis dans l'Annexe 5.

2. Cotisations :

2.1. Les principes

La cotisation annuelle est basée sur les rémunérations annuelles telles que définies à l'article L 242-1 du code de la Sécurité sociale. La cotisation est totalement proportionnelle à la base des garanties.

Une cotisation additionnelle pourra être décidée par avenant au présent accord pour sécuriser les engagements pris par les régimes antérieurs, notamment de revalorisation des prestations longues et base de garanties, pour les sinistres antérieurs à la prise d'effet du présent accord.

2.2. 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.

2.3. Base des cotisations

a) 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 décrite au chapitre VI, 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.

b) Dispositions particulières :

Les assurés listés ci-après 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, sur la base d'une assiette fictive qui comprend :
 - 12 fois la somme des éléments fixes permanents du mois civil complet précédant l'entrée en congé (salaire de base et prime d'ancienneté auxquels s'ajoutent les primes mensuelles et permanentes variant comme le salaire de base)
 - auquel s'ajoute la somme des rémunérations variables de l'année civile complète précédant celle au cours de laquelle a débuté le congé. (13ème mois, prime de vacances, bonus etc.), à périodicité non mensuelle, soumises à cotisations de sécurité sociale.

La somme obtenue est divisée par 12, afin d'obtenir une base mensuelle fictive de cotisation.

Si le congé sans solde s'étend sur deux années civiles, la base mensuelle de cotisation sera revalorisée au 1^{er} janvier suivant le début du congé, dans les mêmes proportions que le plafond annuel de Sécurité sociale en vigueur.

2.4. 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 qui relèvent partiellement pour la garantie décès de l'IRPVRP (convention collective nationale et interprofessionnelle des voyageurs représentants placiers de commerce dont ils relèvent), les taux fixés à l'annexe 7a s'ajoutent aux cotisations de l'INPR assises sur la tranche A. Ils concernent les risques incapacité, invalidité et 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.

2.5. 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.

Le recouvrement des cotisations annuelles s'effectue par précompte sur les rémunérations mensuelles, aux échéances normales de paie et sont régularisées annuellement au terme de l'exercice social.

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

2.6. 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).

3. Les prestations

3.1. Les Principes

a) 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. Sont prises en compte les prestations en espèces de la Sécurité sociale et d'autres revenus de l'entreprise en cas de reprise partielle d'activité pour apprécier cette règle de cumul..

b) 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, soit jusqu'à 8 plafonds annuels de Sécurité sociale,
- pour le capital décès jusqu'à la tranche D, incluse, soit jusqu'à 16 plafonds annuels de Sécurité sociale.

3.2. Montants

Le résumé des garanties figure dans l'annexe 3.

Lorsque le régime de Sécurité sociale quelle que soit la branche concernée (maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle) 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) Unicité des prestations quelle que soit la situation :

Tous les assurés du régime bénéficient des prestations identiques y compris les bénéficiaires des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties.

d) Cas particuliers : règle de 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 montant de l'indemnisation par le régime complémentaire, au titre de l'incapacité de travail est limitée à la différence entre :

- d'une part le salaire brut perçu reconstitué à 100% et lissé en moyenne sur 12 mois ; il s'agit du salaire de base reconstitué à temps plein, correspondant à la reprise d'activité, augmentée de la moyenne des primes et autres éléments variables de rémunération, perçus par l'intéressé au cours de l'année civile précédant la reprise d'activité ; si l'année civile est incomplète, la moyenne s'effectue au prorata temporis,

- d'autre part, le cumul du salaire brut perçu, correspondant à l'activité de reprise et de la prestation de Sécurité sociale.

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 audit 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.

1. 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, dont les retraités.
- les autres bénéficiaires visés ou non par le RPC

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

2. Cotisations

2.1. Les retraités et les futurs retraités :

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

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. 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*).

A titre indicatif, le tarif annuel applicable au 1^{er} juillet 2007 est annexé au présent accord (annexe 7b).

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.

Cette cotisation doit couvrir le seul assuré cotisant et assurer l'équilibre durable et global du régime à adhésion facultative du présent accord. La cotisation forfaitaire tête par tête sera déterminée proportionnellement au revenu de remplacement comme indiqué ci après, en fonction de 5 catégories d'assurés.

Un tarif forfaitaire par assuré cotisant sera proposé pour chacune des 5 catégories définies ci-après. Chaque catégorie est définie sur la base du revenu brut de remplacement figurant sur l'avis d'imposition de l'assuré (seul l'ancien salarié et non le revenu de son foyer fiscal) reçu pour un exercice fiscal complet, avant calcul du revenu imposable.

L'appartenance du retraité assuré à l'une des 5 catégories s'effectuera en deux temps (annexe 11-2) :

- le premier, à titre provisoire :

Au jour de la liquidation de la retraite, le revenu brut de remplacement sera estimé à :

- 60% de la rémunération brute au sens de la Sécurité sociale, perçue par l'assuré pendant les 12 mois civils complets précédant la liquidation de sa retraite, ou
- 60% de la rémunération de référence revalorisée servant d'assiette au calcul des cotisations de retraite complémentaire pour les bénéficiaires de préretraite au titre d'une cessation anticipée d'activité.

- le second, à titre définitif :

Au premier janvier du troisième exercice civil qui suit la liquidation de la retraite, le revenu brut de remplacement sera celui figurant à l'avis d'imposition du deuxième exercice fiscal suivant la liquidation de la retraite, avant calcul du revenu imposable.

Les 5 catégories sont déterminées comme suit (annexe 11-1) :

Revenus de remplacement ligne « pensions et retraites » PASS = Plafond annuel de Sécurité sociale	
= à 0,7 % du PASS	1 ^{er} groupe
> 0,7% du PASS = 1%	2 ^{ème} groupe
> 1% du PASS = 1,4%	3 ^{ème} groupe
> 1,4% du PASS = 2%	4 ^{ème} groupe
> 2%	5 ^{ème} groupe

Les cotisations brutes annuelles déterminées en fonction de chacune des catégories évolueront de manière uniforme, indépendamment de l'âge. Elles évolueront dans les mêmes proportions pour l'ensemble des groupes et sur proposition de l'assureur après consultation et avis rendu par le comité paritaire de gestion du régime facultatif prévu au chapitre VI, en charge du suivi technique de ce régime.

Afin de maintenir l'équilibre du régime et d'en assurer sa pérennité, la cotisation pourrait être indexée sur l'évolution de l'indice CMT connu (consommation médicale totale) constatée précédemment (année n-2) dans les conditions prévues au chapitre VI. A titre d'exemple :

- 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.

a) Mesures complémentaires de financement du régime complémentaire 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 présents et futurs 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 définies ci-dessous :

- i) Pour tous les salariés liquidant leur retraite au plus tôt le 1^{er} janvier 2008 : le régime « Santé retraite »

Tout salarié inscrit aux effectifs des entreprises rentrant dans le champ d'application du présent accord, préfinancera conjointement avec l'entreprise un régime de retraite supplémentaire à cotisations définies dit « santé retraite ».

Ce régime est mis en place par accord collectif. Il lui permettra de bénéficier d'une rente viagère réversible en vue de l'aider à financer, à compter de la liquidation de sa retraite, sa couverture complémentaire santé, soit celle mise en place par le Groupe sanofi aventis pour ses anciens salariés, soit celle de son choix.

- ii) Versement d'une contribution pour les retraités et futurs retraités nés avant le 1^{er} janvier 1953

L'entreprise versera à l'organisme assureur en charge du régime complémentaire sanofi aventis à adhésion facultative, 120 € bruts (représentant 10 € mensuels, bruts) par retraité et par an sous condition d'adhérer au régime sanofi aventis d'une part, et à l'annexe III du RPC ou tout régime de branche à adhésion facultative qui s'y substituerait, d'autre part.

Le versement s'opèrera pour les cotisations à échoir soit le 31 janvier de l'année N, sur la base du nombre des assurés ayant liquidé leur retraite avant le 1^{er} janvier de l'année N et adhéré au régime sanofi aventis au plus tard à cette date.

A titre d'exemple, le 1^{er} versement de 120€ aura lieu le 31 janvier 2008, multiplié par le nombre d'assurés de ce groupe ayant adhéré au régime sanofi aventis au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Ce financement sera viager.

b) Mesure complémentaire de financement du régime de branche des frais de santé pour les retraités actuels et futurs retraités nés avant le 1^{er} janvier 1953 :

Dans le cadre des négociations engagées au titre d'une révision de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique et de son accord sur le régime de prévoyance, les entreprises relevant de cette convention collective pourraient être conduites à instaurer des modalités de financement durable et approprié du régime des anciens salariés.

Quelle que soit la solution retenue au titre du RPC, sanofi aventis s'engage dans le présent accord, à compter du 1^{er} janvier 2008, à verser à l'assureur gestionnaire du RPC, une contribution additionnelle à celle destinée au financement du régime complémentaire sanofi aventis. Cette cotisation est fixée à 60€ bruts par an et par retraité (5 € bruts par mois). Elle viendra en déduction de toute obligation que les entreprises adhérentes au RPC pourraient avoir à assumer par prise d'effet des nouvelles dispositions de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, ainsi modifiée.

2.2. Les autres catégories d'assurés:

Elles cotisent individuellement, selon des tarifs annuels déterminés, sur la base d'une cotisation brute forfaitaire par assuré cotisant. 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.

3. 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.

A la date de signature du présent accord, les prestations sont identiques à celles du régime à adhésion obligatoire ; toutefois, elles pourraient être modifiées après avis du comité paritaire de gestion du régime à adhésion facultative.

Section 02 - Les garanties de prévoyance

1. Les Bénéficiaires :

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

2. Cotisations :

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

3. Les Prestations :

Le résumé des garanties figure dans l'annexe 3b. A la date de signature du présent accord, les prestations sont identiques à celles du régime à adhésion obligatoire ; toutefois, elles pourraient être modifiées après avis du comité paritaire de gestion du régime à adhésion facultative.

Certaines catégories ne bénéficieront que d'une des garanties de prévoyance, soit celle relative au décès, soit à l'incapacité, etc...

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

Section 01 - Pour les frais de santé :

1. Sort des réserves constituées en application des accords collectifs instaurant les régimes antérieurs

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 créés par les régimes antérieurs à adhésion facultative, à l'équilibre du régime complémentaire sanofi aventis des retraités tel qu'il est mis en place par le présent accord.

Le solde détenu par l'APGIS au titre du régime antérieur d'Aventis arrêté au 31 décembre 2007 sera transféré par cet organisme au nouvel assureur du régime facultatif des retraités de sanofi aventis. Son montant sera transmis à sanofi aventis, pour information. Ainsi, le groupe sanofi aventis sera en mesure d'arrêter la provision restant inscrite dans ses comptes et en versera le montant équivalent aux nouveaux organismes assureurs, avec lesquels il aura contracté à effet du 1^{er} juillet 2007. Le versement s'effectuera au plus tard le 31 mars 2008.

Le déficit cumulé au 31 décembre 2007 de l'ensemble des régimes à adhésion facultative antérieurs de Sanofi synthélabo sera comblé par les excédents (ou une partie de ces excédents), à cette même date, du régime antérieur de frais de santé de Sanofi synthélabo à adhésion obligatoire.

Les réserves constituées au titre des régimes antérieurs à adhésion obligatoire seront transférées auprès de l'assureur garant du régime à adhésion obligatoire du présent accord, selon les dispositions contractuelles des régimes antérieurs.

2. 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, tels que les 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.

Les assurés à adhésion facultative liés aux anciens régimes vont pouvoir bénéficier du nouveau régime mis en place par le présent accord. (cf. annexe 6b) dans les conditions tarifaires définies par les nouveaux assureurs, 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.

Ils seront informés au plus tard le 15 septembre 2007, de leur possibilité d'adhérer formellement et individuellement au nouveau régime facultatif sanofi aventis à effet du 1^{er} janvier 2008 afin de leur permettre de résilier, sans frais, la couverture des régimes antérieurs dont ils bénéficient jusqu'alors.

Les assurés à adhésion facultative des anciens régimes ne pourront plus intégrer le nouveau régime sanofi aventis à adhésion facultative au-delà du 31 décembre 2007.

Les bénéficiaires des groupes fermés du régime optionnel de Sanofi-Synthélabo (géré par APRI) et des retraités cadres de Synthélabo (gérés par APGIS) bénéficient de leurs prestations en application des dispositions des régimes antérieurs. Les enfants en situation particulière bénéficiaires du régime Sanofi-Synthélabo à la date d'effet du présent accord en conservent le bénéfice jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire.

3. Adhésion de Sanofi Pasteur au RPC et à son annexe III

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 de sanofi aventis devront poursuivre leur couverture dans les conditions légales de leur choix. Ces régimes ne rentreront pas dans la mutualisation du régime sanofi aventis à adhésion facultative.

Les intéressés qui refuseraient de rejoindre le nouveau régime à adhésion facultative, ne pourront pas bénéficier des mesures financières de l'entreprise prévues au présent accord ni de celles issues d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif conclu antérieurement.

En tout état de cause, aucune adhésion individuelle au régime complémentaire sanofi aventis ne sera acceptée au-delà du 31 décembre 2007 à des assurés des anciens régimes.

Section 02 - Pour la Prévoyance :

1. Définition du périmètre des anciens régimes

Préalablement à l'harmonisation des régimes de prévoyance, coexistaient, suite à l'opération de fusion entre Sanofi-Synthélabo et Aventis, trois régimes applicables respectivement aux salariés de Sanofi-Synthélabo gérés par APRI Prévoyance et réassuré par AXA, d'Aventis gérés par l'APGIS mais assuré par Médéric et de Sanofi pasteur géré et assuré par APICIL Prévoyance.

2. Mesures de raccordement avec les régimes antérieurs : succession d'évènements ouvrant droit à prestations

2.1 Définition de la problématique

Un décès, un arrêt de travail, ou encore une reconnaissance d'invalidité (au sens Sécurité sociale), peuvent être survenus avant l'entrée en vigueur du présent accord. Des prestations longues, immédiates ou différées sont ainsi servies ou vont être servies à des salariés, anciens salariés et leurs ayant droit ou bénéficiaires, au titre des garanties des anciens régimes. Ceci peut arriver même si les organismes assureurs antérieurs n'en avaient pas été informés avant la prise d'effet de la résiliation de leur contrat d'assurance.

Sont concernés :

- les salariés en arrêt de travail au moment de l'entrée en vigueur du nouveau régime qui étaient indemnisés ou susceptibles de l'être, à titre complémentaire dans les termes des anciens régimes,
- les 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.

Les dispositions ci-après déterminent les conditions dans lesquelles se poursuivent les garanties des régimes antérieurs par rapport à la prise d'effet du présent accord.

2.2 Principes

Tout cumul entre les garanties ayant le même objet ne peut avoir lieu entre celles des régimes antérieurs et celui du présent accord.

a) Poursuite des garanties incapacité et invalidité des régimes antérieurs

Le fait générateur de l'une et l'autre de ces garanties est unique : le premier jour d'arrêt de travail sous réserve qu'il survienne avant le 1er juillet 2007.

Les garanties incapacité et invalidité des régimes antérieurs s'appliquent même si les prestations susceptibles d'être servies sont différées. Le maintien s'applique dans les termes du contrat d'assurance souscrit avec les organismes antérieurs et des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, à la date de survenance de cet arrêt de travail.

Les garanties du régime sanofi aventis, de même nature, ne s'appliqueront qu'à la reprise définitive du travail. Elles ne s'appliqueront pas aux reprises de travail partielles avec maintien de tout ou partie des prestations des régimes antérieurs (cas des mi-temps thérapeutiques et invalidité 1er et 2ème catégories).

La revalorisation de ces prestations sera assurée dans les conditions prévues par les accords collectifs antérieurs. Elle sera gagée par les nouveaux organismes assureurs désignés au présent accord qui puiseront dans le fond de revalorisation défini à la section 03, § 3 du chapitre VII.

La rupture du contrat de travail de l'assuré est sans effet sur les dispositions qui précèdent.

b) Maintien de la garantie décès des assurés en incapacité de travail ou invalidité au titre d'un arrêt de travail survenu avant le 1er juillet 2007 indemnisés par les régimes antérieurs.

Seuls les salariés inscrits aux effectifs des entreprises rentrant dans le champ d'application du présent accord peuvent prétendre à la garantie décès du régime sanofi aventis, même s'ils sont en incapacité du travail ou invalidité au titre d'un arrêt de travail survenu avant le 1er juillet 2007.

Toutefois, pour les salariés en incapacité du travail ou invalidité au titre d'un arrêt de travail survenu avant le 1er juillet 2007, cette garantie est légalement provisionnée dans les comptes des organismes assureurs des régimes antérieurs ; ces derniers en assureront la liquidation dans les conditions prévues des régimes antérieurs. Le cas échéant, les organismes assureurs désignés au chapitre VII pourront compléter la garantie ainsi servie à due concurrence de la garantie décès prévue au présent accord.

La revalorisation des bases de garanties et des prestations périodiques sera assurée dans les conditions prévues par le présent accord. Elle sera assurée par les nouveaux organismes assureurs du régime sanofi aventis qui puiseront dans le fond de revalorisation défini à la section 03, § 3 du chapitre VII.

Les dispositions des quatre paragraphes qui précèdent ne s'appliquent pas aux anciens salariés en incapacité du travail ou invalidité au titre d'un arrêt de travail survenu avant le 1er juillet 2007 et dont le contrat de travail est rompu à cette date. Ceux-ci bénéficieront de la garantie décès des régimes antérieurs servis par les précédents assureurs.

3. Les groupes fermés ex-HMR et Profarm

3.1. 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 accord.

3.2. 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 accord.

4. 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 - Gestion technique et pilotage des régimes à adhésion obligatoire et à adhésion facultative :

Il est instauré une commission paritaire technique pour le régime à adhésion obligatoire et un comité paritaire de gestion sanofi aventis pour le régime à adhésion facultative.

1- La commission paritaire technique (CPT) du régime à adhésion obligatoire :

1.1. Les principes

La commission paritaire technique a pour objet de piloter les régimes à adhésion obligatoire le régime 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 à adhésion obligatoire mis en place par le présent accord, est confié aux parties signataires ou adhérentes dudit accord.

1.2. La composition de la commission paritaire technique

Elle est composée :

- 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 (salariés ou anciens salariés assurés au titre du régime obligatoire) titulaires par organisation syndicale ; mais, 2 suppléants (salariés ou anciens salariés assurés au titre du régime obligatoire) 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 pouvoir participer aux votes relatifs aux avis prévus par le présent accord.

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

1.3. Le fonctionnement de la commission paritaire technique

Elle 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 de l'exercice N-1, du régime prévu au chapitre III, 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 de révision des cotisations des bénéficiaires du régime à adhésion obligatoire.

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, sur présentation à l'organisme gestionnaire et assureur 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.

1.4. 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 notamment 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 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 présents 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 résilierait 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.

Après ce transfert général lié à la mise en place du nouveau régime sanofi aventis, la commission paritaire technique pourra instaurer des mesures de gestion spécifiques tendant à encadrer la consommation médicale des ayant droits (exemples : liaison « noémie » et carte de tiers payant).

2- Le comité paritaire de gestion (CPG) du régime à adhésion facultative

Le comité paritaire de gestion a pour objet de piloter les régimes 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 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.

2.1. La composition du comité paritaire de gestion :

Il est composé 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 (salariés ou anciens salariés) titulaires par organisation syndicale, mais, 2 suppléants (salariés ou anciens salariés) pourront être désignés pour remplacer les titulaires, en cas d'empêchement. A noter que chacune des organisations syndicales peut être représentée par un retraité ;
- 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 pouvoir participer aux votes relatifs aux avis prévus par le présent accord.

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

2.2. Le fonctionnement du comité paritaire de gestion :

Il se réunit, à partir de la signature du présent accord, 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 à adhésion facultative de l'exercice N-1.

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.

Les frais de déplacements et de tenue de réunion des membres de ce comité, 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 du comité et qui ne sont pas salariés de l'une de ces entreprises seront financés par le régime à adhésion facultative, sur présentation à l'organisme gestionnaire et assureur des justificatifs des dépenses engagées.

Chaque réunion de ce comité pourra être précédée d'une réunion préparatoire, réunissant les représentants des organisations syndicales, 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, le nom des représentants sera porté à la connaissance de la Direction des Relations Humaines du Groupe et le cas échéant à leur établissement d'appartenance s'ils sont toujours en activité.

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

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 réunion plénière et préparatoire telles que définie ci-dessus est assimilé à du temps de travail effectif.

2.3. Les attributions du comité paritaire de gestion :

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, le comité paritaire de gestion analyse l'état des régimes, et rend son avis sur les propositions de modification ou d'actualisation nécessaire ou rendue indispensable par des changements de réglementation présentées par l'assureur, en terme de couverture.

b) Examen obligatoire de la révision des tarifs proposés par les organismes assureurs et avis du comité paritaire de gestion pour décider de toute augmentation

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

Cet avis sera inscrit dans un procès verbal, lequel actera des modifications éventuellement décidées par le comité paritaire de gestion et proposera leur date d'entrée en vigueur ; le procès verbal sera transmis à l'organisme assureur.

Dans le cas où ce dernier ne donnerait pas suite aux propositions actées au procès verbal de la réunion, en termes de tarifs, les cotisations du régime à adhésion facultative seront indexés de l'évolution de l'indice CMT, comme indiqué au chapitre IV, section 01, § 2 ci-dessus.

c) Ajustement des niveaux de prestations

Le comité paritaire de gestion pourra décider d'aménager certaines garanties, en révisant notamment les niveaux de remboursement. Ces aménagements pourront avoir pour conséquence de créer des différences en termes de niveau de garanties avec le régime frais de santé à adhésion obligatoire.

d) Information avant toute révision ou dénonciation du présent accord

Le comité paritaire de gestion sera informé 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 (ou l'un seulement) les liant à sanofi aventis pour gérer ou gager les obligations nées du présent accord.

Section 02 - Le Fonds social

1. Objet du fonds et principes

Un fonds social est constitué afin d'aider sous quelque forme que ce soit, certains assurés aux régimes ou leur ayants droit afin :

- d'engager des dépenses d'un montant exceptionnel qui ne peuvent être supportées par les revenus de l'assuré ou de ses ayant droits,
- d'accompagner les assurés 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 assurés 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 et le comité paritaire de gestion peuvent 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.

2. Les Bénéficiaires

Sont concernés :

- o Pour les fais de santé : les bénéficiaires du régime à adhésion obligatoire ou du régime à adhésion facultative qui ne peuvent bénéficier du Fond de solidarité du RPC
- o Pour les dépenses liées à l'état de santé mais ne relevant pas du fonds de solidarité du RPC : l'ensemble des bénéficiaires des régimes soit à adhésion obligatoire, soit à adhésion facultative.

3. La commission sociale

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

3.1. 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.

3.2. 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 par sanofi aventis de ses filiales françaises 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 § 2 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.

3.3. Alimentation du fonds

Le fonds est alimenté chaque année, à la date du 1^{er} janvier par prélèvement sur les cotisations annuelles échues, affectées à la couverture des frais de soins de santé de sorte à maintenir à cette même date un niveau équivalent à€

Les fonds détenus par les assureurs tenants avant le 1^{er} juillet 2007, 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

Les organismes assureurs pour être désignés devront couvrir les assurés et leurs ayant droits indépendamment de tout contrôle de leur état de santé et quelque soit leur état de santé à la date de leur affiliation.

Les deux régimes prévus par les chapitres III et IV du présent accord sont indissociables et ne peuvent en conséquence n'être résiliés que simultanément.

Section 02 - Désignation et modalités de renouvellement

1. Désignation :

Les couvertures frais de santé et prévoyance sont souscrites auprès de

2. 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 - 3. 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.

1. Engagements de prévoyance pris en charge par le régime sanofi aventis à adhésion obligatoire

Sont concernés :

- Les engagements liés aux sinistres qui surviendraient après le 30 juin 2007.
- Les engagements liés aux sinistres survenus avant l'entrée en vigueur du présent régime objet d'un compte de résultats spécifique, les rubriques de ces comptes de résultats étant précisées au paragraphe précédent,

En cas de résiliation des contrats d'assurance avec les organismes désignés au présent chapitre, 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.

2. Constitution d'un fond de revalorisation

Pour la revalorisation future des engagements, il est constitué un fonds de revalorisation permettant :

- d'une part, le financement des revalorisations annuelles et futures des prestations périodiques (rentes d'incapacité et d'invalidité, rente d'éducation) en cas de résiliation,
- d'autre part, la revalorisation des engagements liés aux sinistres survenus avant le 1^{er} juillet 2007, ainsi que de la revalorisation des prestations antérieures, issus des régimes antérieurs.

Ce fonds est constitué au minimum :

- de la totalité 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 **XXX** % et
- du transfert des résultats bénéficiaires des régimes antérieurs même résiliés lorsque ce transfert sera rendu possible,
- et d'une partie des gains techniques issus du présent régime de prévoyance à adhésion obligatoire.

3. Garantir des revalorisations futures des sinistres qui surviendraient après le 30 juin 2007

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 et ce dès survenance du sinistre

4. 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 resteraient chez le précédent assureur qui prendra en charge, le paiement des prestations en cas de survenance du décès.

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. Il en sera de même pour les salariés dont le contrat de travail ne serait pas rompu.

5. 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.

6. Provisions techniques et réserves

6.1. 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 aux 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...)

6.2. 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.

6.3 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 **XXX** % des produits financiers nets

7. 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

1. 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 paritaire technique prévue au chapitre VI.

2. 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.

3. 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 paritaire technique 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(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 :

Le présent accord ne prendra effet qu'à la condition que le contrat d'assurance signé entre l'entreprise et les organismes assureurs sélectionnés couvrent, 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	