

**ACCORD FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE
REGIME COMPLEMENTAIRE SANOFI-AVENTIS**

ENTRE :

L'ensemble des sociétés françaises du Groupe sanofi-aventis représenté par Frédéric CLUZEL, agissant en qualité de Directeur des Relations Sociales Groupe, dûment mandaté à cet effet,

D'UNE PART,

ET :

les organisations syndicales de salariés reconnues représentatives au plan national, ou qui sont affiliées auxdites organisations, ou qui ont fait la preuve de leur représentativité dans le champ d'application de l'accord, à savoir :

CFDT représentée par Gérard YCRE, dûment mandaté et habilité,

CFE – CGC représentée par Rémi BARTHES dûment mandaté et habilité,

CFTC représentée par Christian BILLEBAULT, dûment mandaté et habilité,

CGT représentée par Thierry BODIN, dûment mandaté et habilité,

CGT - FO représentée par Jean-Claude REVY, dûment mandaté et habilité,

D'AUTRE PART,

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I.	ESPRIT DE LA NEGOCIATION	6
SECTION 1 -	CONTEXTE	6
SECTION 2 -	CARACTERISTIQUES DES REGIMES	7
1.	<i>Les principes communs</i>	7
2.	<i>Les particularismes</i>	7
3.	<i>Les équilibres techniques et financiers</i>	8
CHAPITRE II.	CHAMP D'APPLICATION	9
SECTION 1 -	SOCIETES	9
SECTION 2 -	LES PERSONNES ASSUREES AU REGIME DE SECURITE SOCIALE FRANÇAIS	9
CHAPITRE III.	LE REGIME COMPLEMENTAIRE SANOFI-AVENTIS A ADHESION OBLIGATOIRE.....	11
SECTION 1 -	LES GARANTIES FRAIS DE SANTE :	11
1.	<i>Les bénéficiaires :</i>	11
2.	<i>Les Cotisations du régime complémentaire</i>	11
2.1.	Les principes	11
2.2.	La définition de l'assiette des cotisations	11
2.3.	La base des cotisations	11
2.4.	Taux des cotisations	12
2.5.	La répartition des cotisations	12
2.6.	Les dispositions particulières	12
a)	Les exonérations des cotisations pour certaines catégories d'assurés licenciés, dites « maintien de garanties » pendant 9 mois	12
b)	Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident du travail ou maladie professionnelle au titre de l'incapacité de travail :	12
c)	Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident du travail et maladie professionnelle au titre de l'invalidité :	13
d)	Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé sans solde dont la durée prévisible est de 6 mois au plus	13
3.	<i>Les prestations</i>	13
3.1.	Définition	13
3.2.	Les Principes	14
a)	Plafonnement des remboursements :	14
b)	Frais de santé exposés hors de France :	14
c)	Unicité des prestations quelle que soit la situation :	14
SECTION 2 -	LES GARANTIES DE PREVOYANCE :	14
1.	<i>Les bénéficiaires</i>	14
2.	<i>Cotisations du régime complémentaire</i>	15
2.1.	Principes	15
2.2.	Définition de l'assiette des cotisations	15
2.3.	Base des cotisations	15
2.4.	Taux des cotisations s'ajoutant au RPC	15
2.5.	Répartition des cotisations	16
2.6.	Dispositions particulières	16
a)	Exonération de cotisations pour certaines catégories de bénéficiaires licenciés dites « maintien de garanties » pendant 9 mois :	16
b)	Base forfaitaire des salariés dans la situation ci-après :	16
3.	<i>Les prestations</i>	17
3.1.	Les Principes	17
a)	Règles de cumul des prestations périodiques et de l'enrichissement sans cause	17
b)	Base et assiette des garanties	17
3.2.	Montants	17
a)	Unicité des prestations quelle que soit la situation	18
b)	Cas particuliers : règles de cumul	18
3.3.	Revalorisation Prévoyance	19
a)	Revalorisation des prestations du régime sanofi-aventis	19
b)	Revalorisation de la base de garantie du régime sanofi-aventis	19

3.4.	Particularités de la garantie décès	20
a)	Dispositions générales	20
b)	Dévolution de la désignation.....	20
CHAPITRE IV. LE REGIME SANOFI-AVENTIS A ADHESION FACULTATIVE.....		21
SECTION 1 - LES GARANTIES FRAIS DE SANTE		21
1.	Bénéficiaires	21
2.	Cotisations	21
2.1.	Les retraités et les futurs retraités.....	21
a)	Cotisation annuelle en fonction du quotient familial total.....	22
b)	Mesures de financement du régime complémentaire des frais de santé pour les retraités actuels et futurs.....	23
i)	Pour tous les salariés inscrits aux effectifs et relevant du régime obligatoire du chapitre III du présent accord : le régime « Santé retraite ».....	23
ii)	Versement d'une contribution pour les retraités et futurs retraités nés avant le 1 ^{er} janvier 1953	23
iii)	Versement d'une contribution pour les retraités et futurs retraités nés avant le 1 ^{er} janvier 1953 et dont le quotient familial est inférieur à 1 500 €/mois	23
c)	Mesure de financement du régime de branche des frais de santé pour les retraités actuels et futurs retraités nés avant le 1 ^{er} janvier 1953.....	24
2.2.	Les autres catégories d'assurés:	24
a)	Dispositions générales	24
b)	Dispositions particulières pour les conjoints de retraités	24
3.	Les Prestations.....	25
SECTION 2 - LES GARANTIES DE PREVOYANCE.....		25
1.	Les Bénéficiaires	25
2.	Les cotisations.....	25
3.	Les prestations :	25
CHAPITRE V. LES MESURES DE RACCORDEMENT TENDANT A HARMONISER LES ENGAGEMENTS PRIS ANTERIEUREMENT		26
SECTION 1 - POUR LES FRAIS DE SANTE		26
1.	Sort des réserves constituées en application des accords collectifs instaurant les régimes antérieurs à adhésion facultative	26
2.	Cas des autres assurés à adhésion facultative liés aux anciens régimes et leur faculté de rejoindre le nouveau régime.....	26
3.	Adhésion de Sanofi Pasteur au RPC et à son annexe III	27
4.	Préretraités des anciens dispositifs ex-HMR	27
5.	Les bénéficiaires des Plans de Préretraite DIA, ALIZE et les anciens salariés licenciés économiques de plus de 55 ans identifiés dans la catégorie « Préretraités et assimilés » du régime antérieur Aventis :	27
6.	Groupes fermés	28
SECTION 2 - POUR LA PREVOYANCE		28
1.	Définition du périmètre des anciens régimes	28
2.	Mesures de raccordement avec les régimes antérieurs : succession d'événements ouvrant droit à prestations.....	28
2.1.	Définition de la problématique.....	28
2.2.	Principes.....	29
a)	Poursuite des garanties incapacité et invalidité des régimes antérieurs.....	29
b)	Maintien de la garantie décès des assurés en incapacité de travail ou invalidité au titre d'un arrêt de travail survenu avant le 1 ^{er} juillet 2007 indemnisés par les régimes antérieurs.....	29
3.	Les groupes fermés ex-HMR et Propharm.....	30
3.1.	Les anciens salariés ex-HMR (groupe fermé)	30
3.2.	Les salariés et anciens salariés de Propharm (groupe fermé)	30
4.	Les groupes fermés des retraités ex-Aventis	30
5.	Les groupes fermés des assurés ayant désigné un organisme prêteur	30
CHAPITRE VI. MESURES SOCIALES		31
SECTION 1 - GESTION TECHNIQUE ET PILOTAGE DES REGIMES A ADHESION OBLIGATOIRE ET A ADHESION FACULTATIVE.....		31
1.	Les principes	31
2.	La composition de la commission paritaire technique.....	31

3.	<i>Le fonctionnement de la commission paritaire technique</i>	32
4.	<i>Les attributions de la commission paritaire technique</i>	32
4.1.	Suivi des résultats détaillés des régimes tels que fournis par les organismes assureurs et gestionnaires.	32
4.2.	Négociation et révision des tarifs annuels	33
4.3.	Examen, révision ou dénonciation du présent accord.....	33
SECTION 1 - LE FONDS SOCIAL		33
1.	<i>Objet du fonds et principes</i>	33
2.	<i>Bénéficiaires</i>	34
3.	<i>Commission sociale</i>	34
3.1.	Composition	34
3.2.	Fonctionnement.....	34
3.3.	Alimentation du fonds.....	35
CHAPITRE VII. ASSUREURS ET GESTIONNAIRES		36
SECTION 1 - DEONTOLOGIE ET ETHIQUE		36
SECTION 2 - DESIGNATION ET MODALITES DE RENOUVELLEMENT.....		36
1.	<i>Désignation</i>	36
2.	<i>Modalités de renouvellement</i>	36
SECTION 3 - ORGANISATION DES COMPTES DE RESULTAT DES DEUX REGIMES.....		36
1.	<i>Engagements de prévoyance pris en charge par le régime sanofi-aventis à adhésion obligatoire</i>	38
2.	<i>Constitution d'un fonds de revalorisation</i>	38
3.	<i>Garantie des revalorisations futures des sinistres qui surviendraient après le 30 juin 2007</i>	39
4.	<i>Constitution de la provision de maintien des garanties décès des bénéficiaires de prestations d'incapacité et d'invalidité.</i>	39
5.	<i>Financement des exonérations de cotisations totales ou partielles avec maintien de garantie</i>	39
6.	<i>Provisions techniques et réserves</i>	39
6.1.	Principes.....	39
6.2.	Transférabilité	40
6.3.	Rémunération des provisions	40
7.	<i>Compte général et participation bénéficiaire</i>	40
SECTION 4 - SUIVI TECHNIQUE DES REGIMES		40
1.	<i>Comptes de résultat définitifs</i>	40
2.	<i>Comptes prévisionnels</i>	40
3.	<i>Suivi des rapports sinistres à primes par survenance</i>	40
SECTION 5 - LA GESTION ADMINISTRATIVE DES PRESTATIONS DES DEUX REGIMES.....		41
CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES		42
SECTION 1 - DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ACCORD ET DROIT D'OPPOSITION		42
SECTION 2 - MESURES COMPENSATOIRES		42
SECTION 3 - DENONCIATION ET REVISION.....		42
SECTION 4 - INFORMATION ET CONSULTATION DES COMITES CENTRAUX D'ENTREPRISE ET DES COMITES D'ENTREPRISE.....		43
SECTION 5 - CLAUSE SUSPENSIVE		43
SECTION 6 - DEPOT.....		43
SECTION 7 - DIFFUSION DE L'ACCORD		44

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A L'ACCORD

ANNEXES de 1 à 12.....1 à 37

LEXIQUE1 à 5

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 à l'occasion de la survenance des événements 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 pas 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 1 - 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 1er semestre 2006. L'avenant n° 5 à l'accord princeps des régimes de Sanofi-Synthelabo 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 son activité 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 1er 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 l'activité « 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 9 mai 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 :

- o jusqu'au 30 juin 2007, pour les assurés des régimes à adhésion obligatoire ainsi que pour les préretraités et les conjoints non à charge des salariés,
- o jusqu'au 31 décembre 2007, pour les autres catégories du régime à adhésion facultative (annexe 11).

Section 2 - 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 collectif 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, en prévoyance.

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.

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 est maintenu. Cette charge pourra être partiellement imputée au nouveau régime sanofi-aventis, suivant des modalités à définir par avenant au présent accord, lorsque le transfert de la totalité des réserves détenues par les régimes antérieurs résiliés et transférables en application des contrats antérieurs, sera réalisée.

Le provisionnement des maintiens de garantie 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 3 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 sont en lien direct avec le tarif d'équilibre des organismes assureurs et ce durablement.

CHAPITRE II. CHAMP D'APPLICATION

Section 1 - 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 1a, à titre indicatif.

A effet du 1^{er} janvier 2008, 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 2 - 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 :

1 - 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 l'intéressé (au sens du droit du travail) et suivant les modalités des régimes applicables à l'ensemble du personnel de la filiale située hors de France ;

2 - 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 (il existe un contrat spécifique dont les prestations sont équivalentes aux garanties frais de santé du présent accord). Le régime rentre dans la mutualisation technique et financière du régime à adhésion obligatoire dont les comptes de résultat sont détaillés au chapitre VII, section 3 ci-après ;

3 - sont également visées, les personnes exerçant leur activité en France et relevant d'un régime de Sécurité sociale d'un état membre de l'Union Economique Européenne qui 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.

Une annexe 1b résume les différentes garanties et cotisations dont disposent ces populations.

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 COMPLEMENTAIRE SANOFI-AVENTIS A ADHESION OBLIGATOIRE

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

Section 1 - 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 du régime complémentaire

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 ayants droit à charge ou non. Sont notamment visés les conjoints, les titulaires d'un PACS et les concubins.

2.2. La définition de l'assiette des cotisations

Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette des cotisations sont ceux définis 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 est égale à l'assiette des cotisations limitée 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. Cette base s'applique aux assurés soumis au régime complémentaire du RPC ainsi qu'aux assurés qui n'en bénéficient pas (annexe 7a).

2.4. Taux des cotisations

Ils s'ajoutent à ceux du « RPC ».

Les taux sont fixés à l'annexe 7b. 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. Cette répartition s'appliquera à la cotisation du RPC, sans modification de la base conventionnellement définie.

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 et 7b.

2.6. Les dispositions particulières

- a) ***Les exonérations des cotisations pour certaines catégories d'assurés licenciés, dites « maintien de garanties » pendant 9 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 §5.

- b) ***Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident du travail ou maladie professionnelle au titre de l'incapacité de travail :***

A l'issue du maintien de salaire, et tant qu'il perçoit des indemnités journalières de Sécurité sociale, le salarié 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 à laquelle s'ajoutent les primes mensuelles et permanentes perçues au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, revalorisées comme les indemnités journalières du régime de prévoyance sanofi-aventis et aux même dates.

c) Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident du travail et maladie professionnelle au titre de l'invalidité :

A l'issue du versement des indemnités journalières de Sécurité sociale, le salarié reconnu invalide 2^{ème} ou 3^{ème} 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 à laquelle 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.

d) Base forfaitaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé sans solde dont la durée prévisible est de 6 mois au plus

Dès le 1^{er} jour, le salarié en congés sans solde cotise sur la base d'une assiette reconstituée 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 (13^{ème} 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 reconstituée 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 les augmentations collectives et générales de l'entreprise.

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. Pour tous les cas cités précédemment, la base de cotisations est limitée à la tranche C.

3. Les prestations

3.1. 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 gestionnaires et assureurs proposeraient des modifications de garanties en conséquence. Les pertes et gains constatés au niveau du régime complémentaire sanofi-aventis devraient se compenser globalement.

3.2. 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 quelle que 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, §5.

Section 2 - Les garanties de prévoyance :

1. Les bénéficiaires

Ce sont ceux définis dans l'Annexe 5a.

2. Cotisations du régime complémentaire

2.1. 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.

2.2. Définition de l'assiette des cotisations

Les éléments de rémunération qui entrent dans l'assiette des cotisations sont ceux définis par l'accord de prévoyance relatif au RPC en vigueur à la date de versement des cotisations.

2.3. Base des cotisations

La base des cotisations afférentes au risque prévoyance est égale à l'assiette des cotisations 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 (annexe 7a).

Pour le capital décès, la base des cotisations est limitée à 16 plafonds annuels bruts de Sécurité sociale dit TD (annexe 7a).

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, proposeraient un ajustement de 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.

2.4. Taux des cotisations s'ajoutant au RPC

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

Pour la catégorie particulière des VRP qui relèvent partiellement pour la garantie décès de l'IRPVPR (convention collective nationale et interprofessionnelle des voyageurs représentants placiers de commerce), les taux fixés à l'annexe 7b s'ajoutent aux cotisations de l'INPR assises sur la tranche A.

Ces taux concernent :

- en complément du RPC, les risques incapacité, invalidité sur les tranches A, B et C
- pour le risque décès sur les tranches B, C et D

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. Répartition des cotisations

La cotisation de prévoyance est répartie comme suit:

Tranche	Employeur	Salarié
A	85%	15%
B	70%	30%
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. Cette répartition s'appliquera à la cotisation du RPC, sans modification de la base conventionnellement définie.

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. Dispositions particulières

a) **Exonération de cotisations pour certaines catégories de bénéficiaires licenciés dites « maintien de garanties » pendant 9 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 5a A ter).

b) **Base forfaitaire des salariés dans la situation ci-après :**

- o les expatriés en fonction de leur rémunération de référence prévue à leur avenant d'expatriation,
- o les congés sans solde d'une durée prévisible de 6 mois au plus sur la base d'une assiette reconstituée 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) à laquelle s'ajoute la somme des rémunérations variables de l'année civile complète précédant celle au cours de laquelle a débuté le congé (13^{ème} 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 reconstituée 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 de congé, dans les mêmes proportions que les augmentations collectives et générales de l'entreprise.

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.

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 (annexe 7a).

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 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.

a) 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 des garanties décès.

b) Cas particuliers : règles 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 :

- d'indemnités journalières de la Sécurité sociale maintenues en application des dispositions de l'article L.323-2 du Code de la Sécurité sociale « mi-temps thérapeutique »
- ou d'une rente d'invalidité (1ère ou 2ème catégorie, définies à l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale
- 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 limité à la différence entre :

- d'une part 100% de la base des garanties définie à l'article 3.1b de la présente section, éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord
- et d'autre part, le cumul de la prestation en espèces maintenue par la Sécurité sociale et le salaire effectivement perçu, limité à la base des garanties ayant servi au calcul de la prestation allouée par le régime. La base retenue est celle en vigueur au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée comme les prestations.

Celle-ci interviendra dès le 1^{er} jour de la reprise à temps partiel thérapeutique en complément des indemnités journalières de sécurité sociale quelle que soit la situation du salarié au regard de ses droits à maintien intégral de salaire prévue par la convention collective ou l'accord collectif d'entreprise dont il relève.

Ainsi, dans le but de favoriser la reprise de travail, les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

3.3. Revalorisation Prévoyance

a) Revalorisation des prestations du régime sanofi-aventis

Sont revalorisables les prestations suivantes décrites en annexe 3a

- Les rentes éducation,
- Les indemnités journalières d'incapacité temporaire,
- Les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente en cas d'accident de travail et maladie professionnelle.

Les modalités et taux de la revalorisation sont celles définies par le RPC, pour les prestations de même nature.

La première revalorisation intervient suivant les modalités définies par le RPC.

b) Revalorisation de la base de garantie du régime sanofi-aventis

Elle intervient :

- Soit lors d'un décès au cours d'un arrêt total de travail
- Soit lors d'une reprise de travail (notamment dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique tel que prévu à l'article L 323-3 du code de la Sécurité sociale) avec maintien des prestations en espèces du régime général, assurance invalidité et branche accidents du travail – maladie professionnelle.

Les modalités et taux de la revalorisation sont celles définies par le RPC, pour les prestations de même nature.

La première revalorisation intervient suivant les modalités définies par le RPC.

3.4. Particularités de la garantie décès

a) *Dispositions générales*

Les assurés du régime à adhésion obligatoire doivent à compter de l'entrée en vigueur du nouveau régime procéder à la désignation de bénéficiaire. A défaut, la désignation contractuelle prévue à la notice d'information de l'organisme assureur du régime sanofi-aventis s'appliquera, toute désignation antérieure devenant caduque.

Le concubin n'est pas considéré comme le conjoint, pour être bénéficiaire du capital décès ; pour l'être, il doit être désigné nommément sur le formulaire de « désignation de bénéficiaire ».

Les assurés doivent également choisir entre l'option 1 et l'option 2 décrites dans l'annexe 3a. A défaut, c'est l'option 1 qui s'applique tant au régime sanofi-aventis qu'au RPC.

Les salariés VRP relevant de l'IRPVRP sont concernés par l'option 1.

b) *Dévolution de la désignation*

La garantie du régime sanofi-aventis a vocation à protéger la famille ou les personnes désignées par l'assuré. La garantie décès du régime sanofi-aventis n'a pas vocation à cautionner un prêt bancaire ou toute autre dette.

La garantie décès du régime sanofi-aventis est un régime collectif créé par accord collectif et garanti par un contrat d'assurance de groupe, dont seule l'entreprise est souscriptrice. L'assuré ne maîtrise pas le contenu et la durée de la garantie, qui en tout en état de cause cesse au terme du contrat de travail. Un organisme bancaire qui aurait accepté d'être désigné comme bénéficiaire d'une garantie collective décès, devrait formellement donner son consentement à toute modification ou nouvelle désignation.

Dans ce contexte, les assureurs du régime sanofi-aventis, ne peuvent accepter que soit désignée bénéficiaire toute personne morale pour cautionner un prêt ou une dette.

CHAPITRE IV. LE REGIME SANOFI-AVENTIS A ADHESION FACULTATIVE

Section 1 - 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 éviter la sélection médicale.

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 par le RPC et qui doivent y adhérer,
- les autres bénéficiaires non visés par le RPC,

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

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 proposera 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) Cotisation annuelle en fonction du quotient familial total

L'objectif recherché est de déterminer la cotisation en fonction du coût réel de la couverture frais de santé de l'ensemble des retraités dont l'adhésion de chacun, en l'état de la réglementation en vigueur reste facultative.

Cette cotisation doit couvrir le seul assuré cotisant et permettre l'équilibre durable et global du régime à adhésion facultative du présent accord. La cotisation forfaitaire tête par tête sera déterminée en fonction du quotient familial comme indiqué ci-après :

QF	Niveau
< à 1000 €	1 ^{er} niveau
> à 1000 € et < à 1500 €	2 ^{ème} niveau
> à 1500 € et < à 2000 €	3 ^{ème} niveau
> à 2000 € et < à 3000 €	4 ^{ème} niveau
> à 3000 €	5 ^{ème} niveau

Le tarif forfaitaire par assuré cotisant sera proposé pour chacun des 5 niveaux définis ci-dessus. Chaque niveau est défini sur la base des revenus bruts fiscaux figurant sur l'avis d'imposition de l'assuré et du nombre de parts retenu par l'administration fiscale au titre de la législation sur l'IRPP (impôt sur les revenus des personnes physiques).

Chaque année, avant le 15 septembre de l'année N, l'assuré fournit au gestionnaire du régime sanofi-aventis son avis d'imposition correspondant aux revenus de l'année N-1. Le gestionnaire déterminera ainsi la cotisation applicable à effet du 1^{er} janvier de l'année N+1. Si l'assuré retraité ne fournit pas son avis d'imposition, la cotisation du 5^{ème} niveau lui sera appliquée pour l'année complète N+1.

Les modalités de calcul du quotient familial sont fixées en annexe 10b.

Les cotisations brutes annuelles déterminées en fonction de chacun des niveaux évolueront de manière uniforme, indépendamment de l'âge. Elles évolueront dans les mêmes proportions pour l'ensemble des niveaux et sur proposition de l'assureur après consultation de la commission paritaire technique, prévue au chapitre VI.

Afin de maintenir l'équilibre du régime et d'en assurer sa pérennité, la cotisation est exprimée en pourcentage du plafond annuel de sécurité sociale et par suite indexée sur son évolution (annexe 10a).

A titre indicatif, le tarif annuel applicable au 1^{er} juillet 2007 est annexé au présent accord (annexe 10a).

b) Mesures de financement du régime complémentaire des frais de santé pour les retraités actuels et futurs

Afin de 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 les mesures différenciées définies ci-dessous :

- i) *Pour tous les salariés inscrits aux effectifs et relevant du régime obligatoire du chapitre III du présent accord : 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 », régi par le livre IX Titre 1 chapitre 1 du code de la Sécurité sociale.

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 1er janvier 1953*

L'entreprise versera à l'organisme assureur en charge du régime complémentaire sanofi-aventis à adhésion facultative, 180 € bruts valeur 1^{er} janvier 2008 (représentant 15 € 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. Ce montant sera revalorisé de 2% chaque 1^{er} janvier.

Le versement s'opérera 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 180 € aura lieu le 31 janvier 2008, multiplié par le nombre d'assurés de ce groupe ayant adhéré au régime sanofi-aventis au plus tard à effet du 1^{er} janvier 2008. Ce financement sera viager.

Le versement de la présente contribution au bénéfice des futurs retraités nés avant le 1^{er} janvier 1953, s'effectuera à compter de la liquidation de leur retraite s'ils adhèrent au régime sanofi-aventis. D'ici là, ils bénéficient en qualité de salarié du régime « Santé retraite » prévu au paragraphe précédent.

- iii) *Versement d'une contribution pour les retraités et futurs retraités nés avant le 1er janvier 1953 et dont le quotient familial est inférieur ou égal à 1 500 €/mois*

Les retraités actuels et futurs nés avant le 1^{er} janvier 1953 qui lors de la liquidation de leur retraite ont adhéré au régime frais de santé sanofi-aventis et dont le quotient familial est inférieur ou égal à 1 500 €/mois à cette date forment un groupe fermé. Ils bénéficient d'une aide supplémentaire au titre du quotient familial (chapitre IV section1 §2.1a).

Cette aide sera distribuée de la manière suivante et rappelée dans l'annexe 10c.

<u>Niveau 1</u> Quotient familial ≤1000 €/mois		<u>Niveau 2</u> Quotient familial > 1000 et ≤1500 €/mois	
Retraité	25 €	Retraité	5 €
Conjoint à charge ou non	30 €	Conjoint à charge ou non	15 €

Le financement de cette aide sera prélevé sur la réserve du régime des retraités (annexe 9)

c) *Mesure de financement du régime de branche des frais de santé pour les retraités actuels et futurs retraités nés avant le 1er 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 1er janvier 2008, à verser à l'assureur gestionnaire du RPC, une contribution additionnelle à celle destinée au financement du régime complémentaire sanofi-aventis prévue au paragraphe précédent.

Cette cotisation brute est fixée à 60 € par an valeur 1^{er} janvier 2008 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. Ce montant sera revalorisé de 2% chaque 1^{er} janvier.

2.2. Les autres catégories d'assurés:

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

a) *Dispositions générales*

Cette cotisation complète celle du RPC lorsque la catégorie d'assurés rentre dans le champ d'application du régime facultatif du RPC (à ce jour, annexe III). Elle est appelée en totalité au bénéfice du régime sanofi-aventis, dans le cas contraire une synthèse de ces cotisations figure en annexe 7c.

b) *Dispositions particulières pour les conjoints de retraités*

Sont concernés les conjoints des retraités (à charge ou non au sens de la Sécurité sociale).

La cotisation qui sera appelée au conjoint, sera déterminée en fonction de son quotient familial dont il devra justifier dans les conditions ci-après :

- o En cas de déclaration commune, l'avis d'imposition remis par le retraité lui-même suffira,

- En cas de déclaration séparée, l'avis d'imposition du conjoint devra être transmis au gestionnaire, à défaut la cotisation appliquée sera celle du 5^{ème} niveau.

Ces éléments permettront au gestionnaire du régime sanofi-aventis d'appeler la cotisation dans les termes de l'annexe 10c.

3. Les Prestations

Les principes définis au chapitre III, section 1 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 de la commission paritaire technique prévue au chapitre VI ci-après.

Section 2 - Les garanties de prévoyance

1. Les Bénéficiaires

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

2. Les cotisations

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

3. Les prestations :

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

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 1 - Pour les frais de santé

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

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

A titre indicatif, le détail de ces mesures est rappelé dans l'annexe 9 du présent accord, arrêté au 31 décembre 2006.

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 créées 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.

L'entreprise s'engage à compléter les réserves de Sanofi-Synthélabo, d'Aventis et de Sanofi Pasteur afin qu'elles atteignent la somme de 11 M€ au 31 décembre 2007. En conséquence, l'entreprise versera au plus tard le 31 mars 2008, ces réserves dans la limite de 11 M€. Ainsi, le déficit cumulé au 31 décembre 2007 de l'ensemble des anciens régimes de retraités sera comblé grâce à ce financement.

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.

Les conjoints de salariés, ayant adhéré à titre facultatif au régime optionnel de Sanofi-Synthélabo, sont, de droit, bénéficiaires du régime sanofi-aventis à adhésion obligatoire. Leur adhésion au régime optionnel prend fin sans formalité, ni préavis au 1^{er} juillet 2007.

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.

En tout état de cause, aucune adhésion individuelle au régime complémentaire sanofi-aventis ne sera acceptée au-delà du 31 décembre 2008 à des assurés des anciens régimes.

4. Préretraités des anciens dispositifs ex-HMR

Ils pourront adhérer à la date de liquidation de leur retraite au régime sanofi-aventis des retraités sous réserve d'adhérer simultanément au régime des retraités du RPC, à ce jour dit annexe III.

5. Les bénéficiaires des Plans de Préretraite DIA, ALIZE et les anciens salariés licenciés économiques de plus de 55 ans identifiés dans la catégorie « Préretraités et assimilés » du régime antérieur Aventis :

Ils bénéficieront du régime sanofi-aventis dans les conditions de l'annexe 8b jusqu'à la liquidation de leur retraite.

6. Groupes fermés

Les ascendants, descendants et collatéraux, non à charge d'assuré, qui bénéficiaient, à la date du 31 décembre 1973, du maintien des dispositions en vigueur au sein de la Société Roussel Uclaf reconduites successivement (Drouot, UAP, Uni prévoyance et Apgis), continuent à en bénéficier au titre du présent accord, sous réserve d'en acquitter les cotisations.

Les bénéficiaires des groupes fermés du régime optionnel de Sanofi-Synthélabo et des retraités ex-synthélabo bénéficient de leurs prestations dans les conditions définies dans les régimes antérieurs.

Section 2 - 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 l'APRI Prévoyance et réassuré par AXA, d'Aventis gérés par l'APGIS mais assurés par Médéric et de sanofi Pasteur gérés 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 ayants 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 1^{er} 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 1^{ère} et 2^{ème} 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 fonds de revalorisation défini au chapitre VII, section 3, § 2.

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 1^{er} 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 1^{er} juillet 2007. Comme les salariés en activité, ils doivent procéder à la désignation du (des) bénéficiaire(s) du capital décès tel que prévu au chapitre III, section 2, § 3.4. Ils doivent faire parvenir cette désignation à l'assureur du régime antérieur dont ils relèvent et au gestionnaire du régime sanofi-aventis. Cette désignation annulera et remplacera toute désignation antérieure.

Pour les salariés en incapacité du travail ou invalidité au titre d'un arrêt de travail survenu avant le 1^{er} 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 fonds de revalorisation défini au chapitre VII à la section 3, § 2.

Les dispositions des trois 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

1^{er} 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. La revalorisation de la base de garantie sera assurée au titre du présent accord sans pouvoir être inférieure à celle prévue au titre desdits régimes antérieurs.

La désignation du bénéficiaire du capital décès effectuée sous l'empire des anciens régimes reste valable.

3. Les groupes fermés ex-HMR et Propharm

3.1. Les anciens salariés ex-HMR (groupe fermé)

Ils bénéficient d'une garantie décès toute cause mise en place par leur ancien employeur HMR jusqu'à la fin du mois au cours duquel est survenu leur 65^{ème} anniversaire. Le maintien de cette garantie est assuré par les assureurs du présent accord.

Le financement de la cotisation correspondante est partagé entre l'assuré et l'entreprise.

3.2. Les salariés et anciens salariés de Propharm (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.

5. Les groupes fermés des assurés ayant désigné un organisme prêteur

Il s'agit des assurés des trois régimes antérieurs ayant désigné comme bénéficiaire de la garantie décès de ces régimes un organisme prêteur au titre d'une cession en garantie. Par dérogation aux dispositions du chapitre III, section 2, § 3.4, ils pourront désigner avant le 31 décembre 2007 (sous peine de forclusion), sur le formulaire prévu à cet effet, ledit organisme prêteur à concurrence des garanties du régime sanofi-aventis et sous condition de justifier auprès de l'assureur cumulativement :

- de la désignation antérieure
- de l'acceptation par l'organisme prêteur de la modification de désignation et de garantie
- d'une attestation sur l'honneur par laquelle ils reconnaissent avoir pris connaissance des conséquences de cette décision

CHAPITRE VI. MESURES SOCIALES

Section 1 - Gestion technique et pilotage des régimes à adhésion obligatoire et à adhésion facultative

Il est instauré une commission paritaire technique.

1. Les principes

La commission paritaire technique a pour objet de piloter les régimes 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 autres, 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 organisations syndicales représentatives au plan national.

2. La composition de la commission paritaire technique

Elle est composée de deux délégations:

- une délégation salariale composée de trois membres titulaires et de trois membres suppléants par organisation syndicale représentative au plan national. Les membres suppléants peuvent remplacer le(s) titulaire(s) en cas d'empêchement. La désignation notifiée à la direction des Ressources Humaines du Groupe, est faite pour une durée minimale de deux ans, renouvelable par tacite reconduction.
- une délégation patronale composée de représentants de la Direction dans la limite de 10.

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, dans les conditions prévues ci-après :

Seuls les titulaires siègent ou, en leur absence, les suppléants. Ils sont destinataires des mêmes informations que les titulaires

La commission paritaire technique s'adjoint 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 à l'annexe 1 du présent accord. Les frais engagés par les membres de la commission 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 plénières et préparatoires telles que définies ci-dessus sont assimilés à du temps de travail effectif.

4. Les attributions de la commission paritaire technique

4.1. 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.).

C'est l'objet de la 1^{ère} réunion qui doit se tenir entre le 15 et le 30 juin de l'année N sur les résultats estimés de l'année N-1 et les projections de l'année N. Les organismes assureurs et gestionnaires devront faire connaître leurs recommandations pour l'année N+1.

4.2. Négociation et révision des tarifs annuels

La validation des comptes de résultats définitifs de l'année N-1 et l'examen de projection des résultats de l'année N font l'objet de la seconde réunion qui doit se tenir au plus tard le 15 septembre de l'année N.

Lors de cette réunion, la commission paritaire technique pourra décider de faire usage des dispositions prévues au chapitre VII section 3, relatives à l'utilisation de la réserve de stabilité dédiée au régime à adhésion facultative par une partie des gains du risque santé du régime obligatoire.

Assureurs et gestionnaires doivent formaliser les propositions de révisions annoncées précédemment. Au cours de celle-ci, les décisions relatives aux prestations, cotisations et bénéficiaires des régimes rendus nécessaires pour leur équilibre durable, doivent être prises par la négociation et entérinées par avenant au présent accord, signé au plus tard le 30 septembre de l'année N pour prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année N+1.

4.3. Examen, 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,
- le régime de Sécurité sociale ou le régime RPC serait modifié dans des conditions rendant inapplicables tout ou partie du présent accord.

Dans ces cas, une réunion exceptionnelle de la commission paritaire technique sera organisée à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires du présent accord.

Section 1 - 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 de santé d'un montant exceptionnel qui ne peuvent être supportées par les revenus de l'assuré ou de ses ayants droit,
- d'accompagner les assurés et leurs ayants droit lors de la survenance des risques garantis par le présent accord et mentionnés au préambule.

2. Bénéficiaires

Sont concernés :

- Pour les frais de santé : les bénéficiaires du régime à adhésion obligatoire ou du régime à adhésion facultative qui ne peuvent bénéficier du fonds de solidarité du RPC,
- 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.

Ils peuvent saisir la commission sociale dans les termes du règlement soit directement, soit par l'intermédiaire d'une assistante sociale ou d'un représentant de l'entreprise.

3. 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, financés par le fonds social dont l'objet est précisé ci-dessus.

La commission sociale 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.

3.1. Composition

La commission est composée de deux titulaires et de deux suppléants inscrits aux effectifs des entreprises visées par le présent accord et désignés 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 de ses filiales françaises par sanofi-aventis, 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 si les demandes d'allocations s'avèrent 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, si nécessaire, 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 100.000 €.

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.

Sanofi-aventis complètera, en tant que de besoin, la différence entre le montant précisé au 1^{er} paragraphe précédent et le total des fonds transférés des précédents régimes. La dotation au fonds sera versée au plus tard le 15 septembre de l'année N, par prélèvement sur les cotisations de l'année N-1 (provisions pour prestations à payer). Pour la mise en place du régime, un versement exceptionnel correspondant à la différence entre le transfert prévu à l'alinéa 2 et le montant figurant au 1^{er} alinéa ci-dessus, sera effectué au plus tard le 15 septembre 2007 par l'entreprise.

CHAPITRE VII. ASSUREURS ET GESTIONNAIRES

Section 1 - Déontologie et éthique

Les organismes assureurs pour être désignés devront couvrir les assurés et leurs ayants droit indépendamment de tout contrôle de leur état de santé et quel que 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 2 - Désignation et modalités de renouvellement

1. Désignation

Les couvertures frais de santé et prévoyance sont souscrites auprès d'organismes habilités.

2. Modalités de renouvellement

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, le choix des organismes gestionnaires et assureurs 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 1^{er} janvier 2012.

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'organismes gestionnaires et assureurs 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 3 - Organisation des comptes de résultat des deux régimes

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

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

Afin d'accompagner le retour durable à l'équilibre financier du régime des frais de santé à adhésion facultative, il est décidé, d'affecter une partie des gains constatés dans le régime santé à adhésion obligatoire, dans une réserve de stabilité dédiée au régime santé à adhésion facultative et ce pour une durée déterminée de 3 ans, de 2008 à 2010 inclus.

Ainsi, en cas d'excédents dégagés par le régime frais de santé des salariés à adhésion obligatoire, au titre de l'exercice 2008, 90% de ces gains seront affectés dans une réserve de stabilité au bénéfice du régime santé à adhésion facultative, les 10 % restants étant conservés au bénéfice du régime santé à adhésion obligatoire. Ce premier versement aurait lieu en 2009, à l'issue de l'arrêté des comptes de l'exercice 2008.

En cas d'excédents dégagés au titre de l'exercice 2009 par le régime frais de santé des salariés à adhésion obligatoire, 50% de ces gains seront affectés en 2010 dans la réserve de stabilité précitée au bénéfice du régime santé à adhésion facultative, les 50 % restants étant conservés par le régime santé à adhésion obligatoire. Ce second versement aurait lieu en 2010, à l'issue de l'arrêté des comptes de l'exercice 2009.

Enfin, en cas d'excédents constatés en 2010 par le régime frais de santé des salariés à adhésion obligatoire, 25% de ces gains seront affectés dans la réserve de stabilité au bénéfice du régime santé à adhésion facultative, 75% étant conservés par le régime santé à adhésion obligatoire. Ce troisième versement aurait lieu en 2010, à l'issue de l'arrêté des comptes de l'exercice 2011.

En tout état de cause, cette affectation temporaire des excédents du régime des frais de santé à adhésion obligatoire dans la réserve de stabilité prendrait fin au 31 décembre 2010, le dernier versement étant réalisé, le cas échéant au plus tard le 31 décembre 2011 au titre de l'exercice 2010.

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,
- les cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions mathématiques et techniques constituées au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les provisions pour sinistres inconnus constituées au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les produits financiers alloués au compte de résultat conformément au contrat,
- les sommes prises en charge par la protection de compte de résultat en excédents de sinistre par tête,
- le résultat des opérations d'assurances.

En dépenses :

- le report éventuel de perte constaté au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice précédent,

- les prestations payées entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'exercice,
- les provisions mathématiques et techniques constituées au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions pour sinistres inconnus constituées au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions pour prestations à payer au 31 décembre de l'exercice,
- le montant des prélèvements obligatoires (CMU, par exemple),
- les frais d'assurance comprenant les frais de gestion et de réassurance,
- la part des cotisations affectée au fond social,
- le résultat des opérations d'assurances.

Le solde de chacun des comptes de résultats viendra alimenter les différentes réserves (provisions d'égalisation etc...) de chacun des régimes.

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

Sont concernés :

- o Les engagements liés aux sinistres qui surviendraient après le 30 juin 2007,
- o 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 accord, alors que les provisions pour revalorisation futures ne seront pas intégralement constituées :

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

2. Constitution d'un fonds de revalorisation

Pour la revalorisation future des engagements, il est constitué un fonds de revalorisation permettant la revalorisation annuelle et future des engagements liés aux sinistres survenus avant le 1^{er} juillet 2007 des régimes antérieurs pour lesquels les provisions mathématiques de revalorisation future ne sont pas constituées à hauteur de 2%.

Ce fonds est constitué au minimum :

- o de la totalité des produits financiers, excédant le taux technique, dégagés par l'assureur sur les provisions techniques sur la base d'un taux de distribution des revenus nets d'au moins 90 %,
- o du transfert des résultats bénéficiaires des régimes antérieurs même résiliés lorsque ce transfert sera rendu possible, et

- o d'une partie des gains techniques issus du présent régime de prévoyance à adhésion obligatoire.

3. Garantie 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 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 resteront chez le précédent assureur qui prendra en charge le paiement des prestations en cas de survenance du décès.

Elles pourront être éventuellement complétées par le nouvel assureur comme indiqué au chapitre V, section 2 §2.

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. 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

Les réserves sont dédiées au régime et transférables sans délai ni pénalité ou frais de toute nature, sous peine de sanctions financières. Les provisions mathématiques et techniques ne sont pas transférables.

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 90% 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 paritaire technique prévue au chapitre VI, la réserve (dont la provision d'égalisation) ainsi constituée, après alimentation du fonds de revalorisation prévu au § 2 précédent, peut permettre aux assureurs de réduire la cotisation de prévoyance (toutes garanties confondues) appelée auprès des entreprises et des salariés du régime à adhésion obligatoire.

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 4 - Suivi technique des régimes

1. Comptes de résultat définitifs

Ces comptes, comportant les éléments précités à la section 1 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 30 juin de chaque année pour l'exercice passé et avant le 15 septembre pour l'exercice en cours. Le compte prévisionnel de résultat reprendra le schéma de présentation des comptes de résultat annuels définitifs. Ce document devra également indiquer le niveau de variation des cotisations envisagé pour chaque régime et catégorie d'assurés pour l'exercice suivant.

3. Suivi des rapports sinistres à primes par survenance

Entre le 1^{er} et le 15 septembre 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, Provision pour Maintien de la Garantie Décès...) 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 5 - La gestion administrative des prestations des deux régimes

Les organismes gestionnaires et 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, en corrélation avec son apport.

CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES

Section 1 - Date d'entrée en vigueur et durée de l'accord et droit d'opposition

Le présent accord prend effet au 1er 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 2 - Mesures compensatoires

Les parties signataires entendent :

- Assurer l'équité entre les catégories et les métiers afin de réduire les écarts entre salariés tant en prestations qu'en cotisations,
- Consolider la solidarité en créant les conditions de financement des régimes au prorata des revenus.

Elles ont constaté pour autant une baisse sur les rémunérations nettes d'une partie des salariés ; par suite, elles ont décidé de mettre en œuvre des mesures compensatoires dont les modalités sont précisées en annexe 12 et à effet immédiat sur la rémunération brute au 1^{er} juillet 2007.

Section 3 - 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, même partiellement, 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 VII résilierait l'un des contrats d'assurance ou de 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 4 - 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 paritaire technique 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 5 - 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 ou pourra être révisé.

Section 6 - 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 7 - 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 9 Mai 2007

Pour la Direction : Frédéric CLUZEL



Pour les Organisations Syndicales :

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

PO Philippe GUERIN - PETREMENT

