

PROJET D'ACCORD COLLECTIF
DES REGIMES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE
DU GROUPE SANOFI-AVENTIS

Table des Matières

CHAPITRE I.	ESPRIT DE LA NEGOCIATION.....	6
SECTION 01 -	CONTEXTE	6
SECTION 02 -	CARACTERISTIQUES DES REGIMES	7
	(I) LES PRINCIPES COMMUNS.....	7
	(II) LES PARTICULARISMES	7
	(III) LES EQUILIBRES TECHNIQUES ET FINANCIERS	8
CHAPITRE II.	CHAMP D'APPLICATION	8
SECTION 01 -	SOCIETES.....	8
SECTION 02 -	LES PERSONNES ASSUREES AU REGIME DE SECURITE SOCIALE FRANÇAIS.....	8
CHAPITRE III.	LE REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE	9
SECTION 01 -	EN COMPLEMENT DU REGIME DE BRANCHE.....	9
	(I) LES BENEFICIAIRES	9
	(a) Frais de Santé.....	9
	(b) Prévoyance	9
	(c) Les principes	10
	(d) Les éléments de rémunération qui rentrent dans l'assiette.....	10
	(e) Base des cotisations	10
	(f) Taux des cotisations	10
	(g) La répartition des cotisations	11
	(h) Exonération de cotisation pour certaines catégories de bénéficiaires dits maintien de garanties	11
	(II) LES PRESTATIONS.....	11
	(a) Principes	11
	(b) Frais de santé	12
	(c) Prévoyance	12
	(d) Bénéficiaires des exonérations de cotisations, dites maintien gratuit de garanties	13
	(III) CAS PARTICULIERS.....	13

	(a) Cas d'un salarié en mi temps thérapeutique, du salarié invalide ou titulaire d'une rente d'incapacité versée en application du régime des accidents du travail et maladies professionnelles, qui reprend une activité à temps partiel :	13
SECTION 02 -	REGIME INDEPENDANT DU REGIME DE BRANCHE	14
	(I) LES BENEFICIAIRES	14
	(a) Frais de santé	14
	(b) Prévoyance	14
	(II) LE FINANCEMENT	14
	(a) Les principes	14
	(b) Les éléments de rémunération qui rentrent dans l'assiette.....	14
	(c) Base des cotisations	14
	(d) Taux des cotisations	15
	(e) La répartition des cotisations	15
	(III) LES PRESTATIONS.....	15
	(a) Frais de santé	15
	(b) Prévoyance	15
CHAPITRE IV.	LE REGIME A ADHESION FACULTATIVE	16
SECTION 01 -	EN COMPLEMENT DU REGIME DE BRANCHE.....	16
	(I) BENEFICIAIRES	16
	(a) En frais de santé	16
	(b) Pour les garanties de prévoyance :.....	17
	(II) LE FINANCEMENT	17
	(a) Le financement des frais de santé :	17
	<i>a-1) Pour les</i>	17
	<i>a-2) Pour les</i>	18
	(III) LES PRESTATIONS.....	18
	(a) Frais de santé	19
	(b) Prévoyance	19
SECTION 02 -	REGIME INDEPENDANT DU REGIME DE BRANCHE	19
	(I) BENEFICIAIRES	19
	(a) Pour la garantie frais de santé :	19
	(b) Pour les garanties de prévoyance :.....	19
	(II) FINANCEMENT	20
	(a) Bénéficiant aux préretraités des dispositifs CAA.....	20
	(b) Bénéficiant à des personnes en lien avec un salarié ou anciens salariés :.....	20

	(III) LES PRESTATIONS.....	20
	(a) Pour les garanties frais de santé :.....	20
	(b) Pour les garanties de prévoyance :.....	20
CHAPITRE V.	ASSUREURS ET GESTIONNAIRES.....	20
SECTION 01 -	DEONTOLOGIE ET ETHIQUE	20
SECTION 02 -	DESIGNATION ET MODALITES DE RENOUVELLEMENT	20
	(I) DESIGNATION :	20
	(II) MODALITES DE RENOUVELLEMENT	21
SECTION 03 -	ORGANISATION DES COMPTES DE RESULTAT DES DEUX REGIMES.....	21
	(I) LE REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE	22
	(II) GARANTIE DES REVALORISATIONS FUTURES	22
	(III) CONSTITUTION D'UN FONDS DE REVALORISATION.....	22
	(IV) CONSTITUTION DE LA PROVISION DE MAINTIEN DES GARANTIES DECES DES BENEFICIAIRES DE PRESTATIONS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE	23
	(V) FINANCEMENT DES EXONERATIONS DE COTISATIONS TOTALES OU PARTIELLES AVEC MAINTIEN DE GARANTIE	23
	(VI) PROVISIONS TECHNIQUES ET RESERVES	23
	(a) Principe	23
	(b) Transférabilité	23
	(c) Rémunération des provisions.....	23
	(VII) COMPTE GENERAL ET PARTICIPATION BENEFICIAIRE	23
SECTION 04 -	SUIVI TECHNIQUE DES REGIMES.....	24
	(I) COMPTES DE RESULTATS DEFINITIFS	24
	(II) COMPTES PREVISIONNELS	24
	(III) SUIVI DES RAPPORTS SINISTRES A PRIMES PAR SURVENANCE	24
SECTION 05 -	LA GESTION ADMINISTRATIVE DES PRESTATIONS DES DEUX REGIMES	24
CHAPITRE VI.	MESURES DE RACCORDEMENT AUX ANCIENS REGIMES	25
SECTION 01 -	DEFINITION DU PERIMETRE DES ANCIENS REGIMES.....	25
SECTION 02 -	DISTINCTION DES SALAIRES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU ET DE CEUX DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL A PRIS FIN AVANT L'ENTREE EN VIGUEUR DES REGIMES DU PRESENT ACCORD :.....	25
SECTION 03 -	DISTINCTION DANS LE TEMPS DES RISQUES SURVENUS AU MEME ASSURE.....	25
SECTION 04 -	CAS DES ASSURES A ADHESION FACULTATIVE LIES AUX ANCIENS REGIMES ET LEUR FACULTE DE REJOINDRE LE NOUVEAU REGIME	26

CHAPITRE VII. MESURES SOCIALES	27
SECTION 01 - COMMISSION DE SUIVI ET DE PILOTAGE DES REGIMES.....	27
(I) LES PRINCIPES	27
(II) LA COMPOSITION DE LA COMMISSION	27
(III) LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION.....	28
(IV) LES ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION :.....	28
(a) Suivi des résultats détaillés des régimes tels que fournis par les organismes gestionnaires et assureurs.	28
(b) Examen obligatoire de la révision des tarifs proposés par les organismes assureurs.....	28
(c) Examen avant toute révision ou dénonciation du présent accord.....	29
(d) Elle est habilitée en outre à émettre toute observation et proposition sur l'application des dispositions du présent accord et leur gestion.....	29
SECTION 02 - FONDS SOCIAL	29
(I) OBJET DU FONDS ET PRINCIPES.....	29
(II) BENEFICIAIRES	30
(III) LA COMMISSION SOCIALE	30
(a) Composition	30
(b) Fonctionnement	30
(c) Lien avec le Fonds du régime professionnel conventionnel RPC	30
(d) Alimentation du fond	30
CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES.....	31
SECTION 01 - DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ACCORD ET DROIT D'OPPOSITION ..	31
SECTION 02 - DENONCIATION ET REVISION	31
SECTION 03 - INFORMATION ET CONSULTATION DES COMITES CENTRAUX D'ENTREPRISE ET DES COMITES D'ENTREPRISE	31
SECTION 04 - CLAUSE SUSPENSIVE : SUBORDINATION INTEGRALE DU PRESENT ACCORD A L'INTEGRATION DES DROITS ET OBLIGATIONS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE AVEC LES ORGANISMES ASSUREURS DESIGNES	32
SECTION 05 - DEPOT	32
SECTION 06 - DIFFUSION DE L'ACCORD	33
CHAPITRE IX. ANNEXES	34

PREAMBULE

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

- Décès,
- Incapacité,
- Invalidité,
- Maladie : frais de santé
- Maternité : frais de santé
- Accident du travail et maladie professionnelle.

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

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

Ils viennent :

- en complément du régime de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel Conventionnel (RPC) mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique (CCNIP) pour les catégories d'assurés couvertes par celui-ci,
- en complément du seul régime de Sécurité sociale pour les assurés ne pouvant bénéficier du RPC soit par adhésion obligatoire, soit par adhésion facultative.

CHAPITRE I. ESPRIT DE LA NEGOCIATION

Section 01 - Contexte

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

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

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

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

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

Section 02 - Caractéristiques des régimes

(i) Les principes communs

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

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

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

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

(ii) Les particularismes

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

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

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

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

(iii) Les équilibres techniques et financiers

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

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

- immédiatement pour les engagements de maintien en cours à la date de prise d'effet des régimes créés par le présent accord et,
- dès la survenance de l'évènement ouvrant droit à maintien pour le futur, conformément aux modalités précisées au chapitre V, section 03.

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

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

CHAPITRE II. CHAMP D'APPLICATION

Section 01 - Sociétés

L'accord s'applique à l'ensemble des filiales françaises détenues directement ou indirectement à plus de 50 % par sanofi-aventis.

La liste des sociétés concernées au jour de l'entrée en vigueur de l'accord est jointe en annexe 1

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

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

- soit à titre obligatoire :

Sont alors visées celles affiliées au Régime Général ou aux régimes assimilés, de la Sécurité sociale française au titre de leur activité professionnelle exercée en France (y compris le salarié envoyé par une entreprise étrangère du Groupe sanofi aventis pour travailler en France), ou 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 au titre d'un détachement au sens de la Sécurité sociale.

- soit à titre facultatif :

Il s'agit des assurés adhérant volontairement au régime maladie - invalidité – incapacité de la Sécurité sociale française, par affiliation à la Caisse des Français de l'Etranger (notamment, les salariés inscrits aux effectifs des sociétés visées au § précédent en situation d'expatriation à l'étranger et adhérant aux régimes maladie-incapacité – invalidité de la Caisse des Français de l'Etranger).

Les personnes exerçant leur activité en France et relevant d'un régime de Sécurité sociale d'un Etat Membre de l'Union économique européenne peuvent bénéficier également des régimes, sous réserve de justifier de ne pas pouvoir bénéficier d'un autre régime professionnel offrant des garanties de même nature, relevant d'un autre Etat membre.

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

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

CHAPITRE III. LE REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE

Section 01 - En complément du régime de branche

(i) Les bénéficiaires

(a) Frais de Santé

Sont visés :

- les salariés à l'effectif ainsi que leur ayant droits à charge tels que définis dans le RPC,
- les salariés en arrêt de travail
- les anciens salariés bénéficiant d'un maintien des garanties maladie-chirurgie-maternité en cas de maladie, chômage, adhésion à une convention de reclassement personnalisé ou un congé de reclassement, tel que défini à l'article 9 de l'accord de prévoyance du RPC, et ce pour la durée du maintien.

(b) Prévoyance

Sont visés :

- les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise tels que définis dans le RPC,
- les salariés en arrêt de travail,

- les anciens salariés bénéficiant de l'assurance décès en cas de maladie, chômage, adhésion convention de reclassement personnalisé ou un congé de reclassement, tel que défini à l'article 9 de l'accord de prévoyance du RPC et ce pour la durée du maintien.
- les Voyageurs Représentants Placiers (VRP) au sens du Livre VII du Code du Travail dans les conditions particulières précisées au chapitre III, section 02, § (iii). : (Financement)

(c) Les principes

La cotisation est basée sur les rémunérations intégrant la prise en charge des ayant droits à condition qu'ils justifient de ne pas percevoir de ressources personnelles.

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

En prévoyance, une cotisation est totalement proportionnelle à la base des garanties majorée d'une cotisation additionnelle susceptible de provisionner les engagements pris dans les régimes antérieurs pour les sinistres survenus avant la date d'entrée en vigueur des régimes mis en place par le présent accord.

(d) Les éléments de rémunération qui rentrent dans l'assiette

L'assiette des cotisations est celle définie à l'article 13-1-1 du RPC.

(e) Base des cotisations

e-1) Frais de Santé

La base des cotisations afférente au risque frais de santé est celle définie à l'article 13-1-2 du RPC.

Pour mémoire, les membres de la famille à charge du salarié, définis en annexe 1, sont couverts sans contrepartie de cotisation supplémentaire à celle du salarié.

e-2) Prévoyance

La base des cotisations afférentes au risque prévoyance est celle définie à l'article 13-1-2 du RPC.

A titre indicatif, elle est limitée à 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Pour la garantie décès en capital du régime obligatoire, la base des cotisations est limitée à 16 fois le plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

(f) Taux des cotisations

- Les taux sont fixés au maximum de :
- Frais de santé : 0,60% TA/TB
- Prévoyance : 0,80% TA/TB/TC/TD

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

La cotisation additionnelle prévue pour le financement des passifs comme précisé ci-dessus est de ????????

(g) La répartition des cotisations

La cotisation de frais de santé et de prévoyance est répartie comme suit :

- 2/3 à la charge de l'employeur,
- et 1/3 pour le salarié.

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié est identique pour l'ensemble des sociétés du Groupe sanofi aventis, quelles que soient les catégories de personnel. Elle s'applique également à la cotisation additionnelle destinée au financement des passifs.

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

Les modalités détaillées (base et taux) sont définies à l'annexe 4.

(h) Exonération de cotisation pour certaines catégories de bénéficiaires dits maintien de garanties

- A titre indicatif; ce sont notamment les anciens salariés bénéficiant de l'assurance décès en cas de maladie, chômage, adhésion convention de reclassement Les salariés licenciés, y compris ceux en arrêt de travail au moment de la rupture du contrat, les salariés démissionnaires, ceux adhérent à une convention de reclassement personnalisé ou un congé de reclassement, tels que
- Les cas sont ceux définis à l'article 9 du RPC et suivant les mêmes modalités et concernent les bénéficiaires du régime obligatoire du présent régime.

(ii) Les prestations

(a) Principes

a-1) 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.

a-2) Frais de santé prescrits 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 3, **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 de la branche maladie-maternité du Régime Général de la Sécurité sociale française.

a-3) 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 perçu s'il avait continué à travailler , y compris les prestations en espèces de la sécurité sociale et d'autres revenus de l'entreprise (salaire d'une activité réduite notamment...)

(b) Frais de santé

Il s'agit des prestations en nature de la Sécurité sociale relevant tant de l'assurance maladie que de la maternité ainsi que du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles.

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

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

Les garanties de frais de santé sont définies dans l'annexe 3.

(c) Prévoyance

c-1) Base et assiette des garanties

Base et assiette des garanties sont celles définies à l'article 13-1 de l'accord de prévoyance relatif au RPC.

Pour la garantie décès, la base de la cotisation quant à elle est étendue par rapport à celle retenue par le RPC :

- en rente éducation jusqu'à la tranche C, incluse
- pour le capital décès jusqu'à la tranche D, incluse.
- Une synthèse avec les montants du plafond annuel de Sécurité sociale applicable au 1^{er} janvier 2006, à titre indicatif, est jointe en annexe 4.
- Comme prévu au RPC, concernant les salariés ayant été occupés à temps complet, puis à temps partiel ou inversement dans le Groupe, la base de garantie servant au calcul des prestations visées dans le présent accord, est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis l'entrée dans le Groupe.

c-2) Montants

- Le résumé des garanties figure dans l'annexe 3.
- Le versement des prestations d'incapacité est en encadré comme suit :

Lorsque le régime de Sécurité sociale décide de suspendre ou supprimer, le versement de ses indemnités journalière (quelle que soit la cause de l'arrêt) 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.

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

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

(iii) Cas particuliers

- (a) Cas d'un salarié en mi temps thérapeutique, du salarié invalide ou titulaire d'une rente d'incapacité versée en application du régime des accidents du travail et maladies professionnelles, qui reprend une activité à temps partiel :

Lorsqu'un assuré reprend son activité à temps partiel ou réduit alors qu'il demeure bénéficiaire :

- d'indemnités journalières de Sécurité sociale maintenues en application des dispositions de l'article L.323-2 du Code de la Sécurité sociale (« mi-temps thérapeutique »),
- d'une rente d'invalidité (1^{ère} ou 2^{ème} catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale),
- d'une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime à adhésion obligatoire du présent accord,

le montant de la prestation servie par le régime du présent accord sera calculé dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article 17 du régime professionnel conventionnel de branche (RPC).

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne seront ainsi pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le régime du présent accord.

Section 02 - Régime indépendant du régime de branche

(i) Les bénéficiaires

(a) Frais de santé

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé sans solde d'une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois,
- les VRP,
- les préretraités ou bénéficiaires des dispositifs de cessation anticipée d'activité (CAA) visés à l'annexe 5,

(b) Prévoyance

Les bénéficiaires des garanties de prévoyance sont :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé sans solde d'une durée inférieure ou égale à 6 mois (pour le décès uniquement),
- les expatriés en complément des prestations de la CFE,
- les préretraités ou bénéficiaires des dispositifs de cessation anticipée d'activité (CAA) définis à l'annexe 5, pour la garantie décès seulement.

(ii) Le financement

(a) Les principes

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

L'assiette des cotisations est celle définie à l'article 13-1-1 du RPC.

- Préretraités : en fonction des accords (cf. annexe 5)
- Salariés en congé sans solde d'une durée inférieure ou égale à 6 mois : l'assiette des cotisations est reconstituée sur une base fictive (à définir).
- Expatriés : en fonction de la rémunération de référence.

(c) Base des cotisations

c-1) Frais de Santé

La base des cotisations afférente au risque frais de santé est celle définie à l'article 13-1-2 du RPC.

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

c-2) Prévoyance

La base des cotisations afférente au risque prévoyance est celle définie à l'article 13-1-2 du RPC

A titre indicatif, elle est limitée à 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Pour le risque décès, la base des cotisations est limitée à 16 fois le plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

(d) Taux des cotisations

- Les taux sont fixés au maximum de :
- Frais de santé : TA/TB
- Prévoyance : TA/TB/TC/TD

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.

(e) La répartition des cotisations

La cotisation de frais de santé et de prévoyance est répartie comme suit :

- 2/3 à la charge de l'employeur,
- et 1/3 pour le salarié.

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

Sauf dispositions particulières, le recouvrement des cotisations s'effectue par précompte sur les rémunérations mensuellement aux échéances de paie.

Les modalités de financement du régime sont définies à l'annexe 4.

(iii) Les prestations

Les principes définis à l'article (iii) de la section 1 du chapitre III sont également applicables au régime à adhésion facultative. Pour mémoire, ils concernent :

- le plafonnement des remboursements,
- les règles de cumul et de l'enrichissement sans cause,
- la définition des prestations en nature de frais de santé,
- l'encadrement des prestations de prévoyance.

(a) Frais de santé

Les garanties frais de santé sont définies dans l'annexe 3..

(b) Prévoyance

Les prestations sont celles visées à l'annexe 3.

A noter que

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans le cadre de congés sans solde d'une durée inférieure ou égale à 6 mois, bénéficient uniquement de la garantie décès pendant leur congé ; ils bénéficieront,

sans délai de carence, ni franchise, des garanties incapacité et invalidité du régime à adhésion obligatoire du présent accord, à leur retour en activité, au terme de leur congé.

- pour les voyageurs, représentants, placiers (VRP) au sens du Livre VII du Code du travail, les prestations du régime à adhésion obligatoire du présent accord sont calculées en complément des prestations décès de l'INPR dont ils relèvent ; les garanties sont fixées à l'annexe 3. Les modalités d'intervention des indemnités d'incapacité et d'invalidité prévues au régime obligatoire créé par le présent accord sont adaptées comme indiqué en annexe , afin de coordonner le régime créé par le présent accord aux dispositions conventionnelles interprofessionnelles relatives à l'indemnisation de la maladie qui leur sont applicables.

CHAPITRE IV. LE REGIME A ADHESION FACULTATIVE

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

Si cette adhésion complète une adhésion au régime à adhésion facultative du régime de branche (RPC), l'adhésion au présent régime ne prend effet que si l'assuré adhère simultanément au régime du RPC ainsi prévu.

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

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

Section 01 - En complément du régime de branche

(i) Bénéficiaires

(a) En frais de santé

a-1) Relevant du champ d'application de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989

Les bénéficiaires sont ceux visés par l'article 4 de ladite loi. Toutefois, ils peuvent adhérer au régime du RPC sans décider d'adhérer au présent régime mais leur choix est alors définitif et s'opère dans les 6 mois qui suivent le terme de leur contrat de travail.

A titre d'information, ce sont :

- Les retraités,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les anciens salariés titulaires d'une pension d'invalidité,

- Les anciens salariés en incapacité de travail,
- Les ayants-droits du salarié décédé.

a-2) Autres bénéficiaires

Ce sont ceux définis à l'article 18-2 du Régime Professionnel Conventionnel (RPC)

A titre indicatif, il s'agit :

- des conjoints dits non à charge c'est-à-dire couverts en qualité d'assurés social à titre personnel et non d'ayants droit, par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature,
- des stagiaires dès lors qu'ils bénéficient d'un régime de base de Sécurité sociale offrant des prestations en nature,
- des enfants du salarié ou ancien salarié, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) même après leur 27^{ème} anniversaire, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils sont sans emploi.
- Et
- les salariés en contrat suspendu au titre d'un congé sans solde d'une durée prévisible de plus de 6 mois.

(b) Pour les garanties de prévoyance :

- les salariés en congés sans solde d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (pour le risque décès),

Une annexe 8 liste les assurés et précise les conditions dont ils doivent justifier.

(ii) Le financement

(a) Le financement des frais de santé :

a-1) Pour les bénéficiaires relevant de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989

- Les retraités :

Conformément aux dispositions légales, les anciens salariés bénéficieront d'une couverture frais de santé. L'organisme assureur fixera le tarif qui sera basé sur leur dernier revenu d'activité dans la limite des 5 groupes distincts définis ci-dessous.

Le revenu d'activité est l'assiette des cotisations frais de santé et prévoyance du régime à adhésion obligatoire sans plafonnement, telle que définie précédemment au chapitre II, section 01, § (II), perçu avant la liquidation de la retraite des 12 derniers mois complets ; à défaut d'activité complète pendant les 12 mois, l'assiette sera reconstituée au prorata temporis, comme si l'intéressé avait travaillé toute l'année.

Les groupes sont les suivants :

Dernier revenu brut d'activité pour 12 mois, équivalent temps plein	Multiple de plafond annuel de sécurité sociale (PASS)
1 ^{ère} groupe	< ou égal à 1 PASS
2 ^{ème} groupe	> ou = 1 PASS et < à 2 PASS
3 ^{ème} groupe	> ou = 2 PASS et < à 3 PASS
4 ^{ème} groupe	> ou = 3 PASS et < à 4 PASS
5 ^{ème} groupe	= et > PASS à 4 PASS

Les cotisations des retraités évolueront sur décision de l'organisme assureur annoncée avant le 1er octobre de chaque année et après avis consultatif de la commission paritaire prévue au chapitre VII du présent accord. Cette cotisation évoluera de manière uniforme pour l'ensemble des groupes ci-dessus définis.

Par ailleurs, la Direction s'engage à soutenir les retraités pour le financement de leur couverture frais de santé selon les modalités de l'annexe 6.

▪ Les autres catégories :

Pour les catégories relevant de l'article 4 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à compter du 1^{er} jour du 7^{ème} mois suivant le terme de leur contrat de travail ou du décès, à savoir pour :

- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les anciens salariés titulaires d'une pension d'invalidité,
- Les anciens salariés en incapacité de travail,
- Les ayants-droits du salarié décédé.

Elles cotisent individuellement selon des tarifs déterminés, après avis de la commission de suivi, prévue au chapitre VII du présent accord, par les organismes assureurs désignés au chapitre V. A titre indicatif, les tarifs pour l'exercice civil ??? sont précisés en annexe 7.

a-2) Pour les autres bénéficiaires :

Les bénéficiaires définis en a 2) i de la section 1 du chapitre IV financent leur régime au moyen d'une cotisation forfaitaire définie sur décision de l'organisme assureur annoncée avant le 1er octobre de chaque année et après avis de la commission paritaire ci-après mentionnée au chapitre VII ; les taux pour l'exercice civil ?...sont donnés à l'annexe 7, à titre indicatif.

(iii) Les prestations

Les principes définis à l'article (iii) de la section 1 du chapitre III sont également applicables au régime à adhésion facultative. Pour mémoire, ils concernent :

- le plafonnement des remboursements,
- les règles de cumul et de l'enrichissement sans cause,
- la définition des prestations en nature de frais de santé,
- l'encadrement des prestations de prévoyance

(a) Frais de santé

Les garanties sont définies en annexe 3.

(b) Prévoyance

Aucune garantie n'est aujourd'hui offerte par le RPC. Les quelques garanties ouvertes par adhésion facultative le sont comme indiqué ci-dessous par le seul régime créé par le présent accord.

Section 02 - Régime indépendant du régime de branche

(i) Bénéficiaires

(a) Pour la garantie frais de santé :

Sont concernés :

- les préretraités ou bénéficiaires des dispositifs de cessation anticipée d'activité CAA visés à l'annexe 5
- les enfants en situation particulière tels que définis en annexe 2.

A titre indicatif, ce sont :

- les titulaires d'un contrat de travail avant leur 28^{ème} anniversaire et percevant une rémunération inférieure à 80% du SMIC
- ceux en interruption provisoire d'études pour raison de santé
- ceux atteints d'une infirmité ou d'un handicap
- les pupilles et les orphelins

- Les salariés en suspension de contrat de travail dans le cadre d'un congé non mentionné par le RPC, et d'une durée prévisible supérieure à six mois:

(b) Pour les garanties de prévoyance :

Sont concernés, pour la garantie décès uniquement :

- les préretraités des dispositifs CAA visés à l'annexe 5
- les salariés en suspension de contrat de travail dans le cadre d'un congé non mentionné par le RPC, et d'une durée prévisible supérieure à six mois.

(ii) Financement

(a) Bénéficiaire aux préretraités des dispositifs CAA

a-1) En frais de santé :

Les modalités de financement sont définies en annexe 5 (préretraite dont l'accord princeps organisant le dispositif a prévu une adhésion facultative le cas échéant au régime de frais de santé)

(b) Bénéficiaire à des personnes en lien avec un salarié ou anciens salariés :

En frais de santé, les modalités de financement sont définies en annexe 5 pour les préretraités et 4 pour les autres bénéficiaires.

(iii) Les prestations

Les principes définis à l'article (iii) de la section 1 du chapitre III sont également applicables au régime à adhésion facultative. Pour mémoire, ils concernent :

- L'encadrement des prestations de prévoyance,
- Le plafonnement des remboursements
- les règles de cumul et de l'enrichissement sans cause,
- la définition des prestations en nature de frais de santé,

(a) Pour les garanties frais de santé :

Elles sont définies dans l'annexe 3

(b) Pour les garanties de prévoyance :

Les préretraités sont uniquement couverts en prévoyance par la garantie décès telle que définie en annexe 3.

CHAPITRE V. ASSUREURS ET GESTIONNAIRES

Section 01 - Déontologie et éthique

A compléter ultérieurement

Section 02 - Désignation et modalités de renouvellement

(i) Désignation :

Les couvertures frais de santé et prévoyance sont souscrites auprès de

(ii) Modalités de renouvellement

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

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

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

Section 03 - Organisation des comptes de résultat des deux régimes

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

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

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

En recettes :

- Les cotisations encaissées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice,
- Le montant des cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice,
- La reprise de la provision pour cotisations à recevoir au 31 décembre précédent,
- Les produits financiers alloués au compte de résultats conformément au contrat,
- La reprise détaillée par provision des différentes provisions mathématiques et techniques constituées au 31 décembre précédent,
- Le montant des sinistres et provisions mathématiques et techniques cédées aux réassureurs (éventuellement),
- Le résultat des opérations d'assurances.

En dépenses :

- Le report éventuel de perte constaté au 31 décembre de l'exercice précédent,
- Les prestations payées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice,

- Les provisions pour prestations à payer au 31 décembre précédent,
- Le montant de la provision pour sinistres inconnus constituée au 31 décembre précédent,
- Le montant de la provision pour sinistres inconnus constituée au 31 décembre de l'exercice,
- Le montant des cotisations cédées aux réassureurs (éventuellement),
- Le montant des frais de gestion,
- Le montant des frais de réassurance affecté au contrat (éventuellement),
- Le résultat des opérations d'assurances.

(i) Le régime à adhésion obligatoire

Les engagements liés aux sinistres survenus avant l'entrée en vigueur du présent régime sont suivis dans un compte de résultats spécifique, les rubriques de ces comptes de résultats étant précisées au paragraphe précédent. Ils seront financés en tout ou partie par la cotisation additionnelle prévue au chapitre III, section, 03 § (II)_____.

En cas de résiliation des contrats d'assurance avec les organismes désignés au chapitre V, section 02 avant le terme prévu, alors que les provisions pour revalorisation futures ne seront pas intégralement constituées :

les engagements correspondants resteront à la charge des organismes précités,

le cas échéant l'indemnité de résiliation correspondant sera financée sur les réserves du régime, en priorité sur le fonds de revalorisation, tel que défini ci-après.

(ii) Garantie des revalorisations futures

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

(iii) Constitution d'un fonds de revalorisation

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

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

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

Les provisions du maintien de la garantie décès sont au jour de l'entrée en vigueur du présent régime, constituées en totalité. Les provisions concernant les salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu seront transférées auprès du nouvel assureur qui prendra en charge, et en totalité, le paiement des prestations en cas de survenance du décès, sauf si les dispositions des contrats d'assurance des régimes antérieurs s'y opposent. Pour les assurés, dont le contrat de travail aura été rompu avant l'entrée en vigueur du présent régime, les provisions du risque décès resteront constituées auprès du précédent assureur qui se chargera du paiement des éventuelles prestations, en application de l'ancien régime.

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

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

(vi) Provisions techniques et réserves

(a) Principe

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

(b) Transférabilité

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

(c) Rémunération des provisions

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

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

(vii) Compte général et participation bénéficiaire

Les résultats bénéficiaires des contrats feront l'objet d'une participation versée au présent régime. Après avis de la commission de suivi prévue au chapitre VII, section 01, la réserve ainsi constituée peut permettre aux assureurs de réduire la cotisation de prévoyance (toutes garanties confondues) appelées auprès des entreprises et des salariés.

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

Section 04 - Suivi technique des régimes

(i) Comptes de résultats définitifs

Ces comptes comportant les éléments précités à la section 01 du présent chapitre, devront être présentés par l'assureur à la commission de suivi prévu au chapitre VII, section 03.

(ii) Comptes prévisionnels

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

(iii) Suivi des rapports sinistres à primes par survenance

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

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

Section 05 - La gestion administrative des prestations des deux régimes

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

CHAPITRE VI. MESURES DE RACCORDEMENT AUX ANCIENS REGIMES

Ce paragraphe à vocation à traiter des situations :

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

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

Section 01 - Définition du périmètre des anciens régimes

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

Section 02 - Distinction des salariés dont le contrat de travail est suspendu et de ceux dont le contrat de travail a pris fin avant l'entrée en vigueur des régimes du présent accord :

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

Pour ceux dont le contrat de travail est rompu suite à un arrêt de travail et qui sont indemnisés au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ils continuent de percevoir les prestations au niveau atteint.

La revalorisation de ces prestations sera assurée dans les termes prévus au chapitre V, section 03 du présent accord et en accord avec les engagements passés.

Section 03 - Distinction dans le temps des risques survenus au même assuré

Pour les salariés indemnisés au titre de l'incapacité de travail sous l'empire de l'un des anciens régimes et qui seraient reconnus invalide par la Sécurité sociale après

l'entrée en vigueur du régime créé par le présent accord, seront indemnisés au titre de leur invalidité dans les termes de leur ancien régime.

A compter de leur reprise de travail, même partielle, ils bénéficieront de l'ensemble des garanties du régime mis en place tant en prévoyance qu'en frais de santé.

S'agissant du décès, ils resteront garantis conformément aux dispositions légales, et au niveau de garantie du nouveau régime.

Une annexe 9 précise les conditions du maintien de la garantie décès les concernant.

Section 04 - Cas des assurés à adhésion facultative liés aux anciens régimes et leur faculté de rejoindre le nouveau régime

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

Il sera proposé à ces catégories d'adhérer au régime à adhésion facultative mis en place par le présent accord, dans les conditions tarifaires définies par le nouvel assureur, étant précisé qu'ils bénéficieront, immédiatement et sans franchise ni carence, du niveau des prestations du régime à adhésion obligatoire du présent accord pour le risque qui les concerne.

Sanofi aventis doit obtenir du Comité Paritaire de gestion du RPC, l'autorisation d'intégrer dans le régime à adhésion facultative du RPC (relatif aux couvertures et cotisations des retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989), les catégories listées en annexe....et les anciens salariés de sanofi pasteur ainsi que leurs ayant 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 facultatif mis en place par le présent accord devront poursuivre leur couverture dans les conditions légales de leur choix dans des régimes ne rentreront pas dans la mutualisation du régime sanofi aventis à adhésion facultative. Les intéressés qui refuseraient même implicitement de rejoindre le régime à adhésion facultative, mis en place par le présent accord, ne pourront pas bénéficier des mesures financières de l'employeur prévues au présent accord. Leur décision sera définitive après un délai de réflexion de ...mois, courant à compter de la date à laquelle les organismes désignés ci-dessous leur notifieront cette possibilité..., se situant entre leet le

CHAPITRE VII. MESURES SOCIALES

Section 01 - Commission de suivi et de pilotage des régimes

(i) Les principes

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

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

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

(ii) La composition de la commission

Cette commission est composée paritairement :

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

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

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

(iii) Le fonctionnement de la commission

La Commission de suivi et de pilotage se réunit , à partir de la signature du présent accord, au moins deux fois par an, dont une fois avant le 15 septembre de l'année N, pour se consacrer à l'examen des comptes de résultat des régimes de l'exercice N-1, sur la base des éléments chiffrés, analyses, résultats, données, statistiques de consommation tels que fournis par les organismes gestionnaires et assureurs.

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

La Commission peut s'adjoindre la présence de représentants de ces organismes pour présentation et commentaires sur l'évolution des régimes.

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

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

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

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

(iv) Les attributions de la commission :

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

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

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

A la lecture des résultats des exercices écoulés, la commission émet un vote à la majorité des présents signataires ou adhérents au cas où:

- les tarifs du régime à adhésion obligatoire, mis en place par le présent accord seraient susceptibles d'évoluer à la demande des organismes assureurs, information que ces derniers doivent remettre à l'entreprise pour le 1^{er} septembre qui suit l'exercice clos déficitaire ; l'avis précèdera les rencontres des parties signataires du présent accord, en vue de prévoir une révision éventuelle, même partielle du présent accord et de ses annexes,
- les tarifs du régime à adhésion facultative, mis en place par le présent accord seraient susceptibles d'évoluer à la demande des organismes assureurs et dans les conditions fixées aux chapitres IV et V.

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

La commission émet un vote à la majorité des présents signataires ou adhérents au cas où :

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

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

Section 02 - Fonds social

(i) Objet du fonds et principes

Un fond social est constitué afin d'aider sous quelques formes que ce soit, certains participant au régime ou leur ayants droit afin :

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

(ii) Bénéficiaires

Sont concernés les bénéficiaires du régime à adhésion obligatoire ou du régime à adhésion obligatoire qui ne peuvent bénéficier du Fond du RPC.

(iii) La commission sociale

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

(a) Composition

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

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

(b) Fonctionnement

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

Les frais de déplacements et de tenue de réunion des membres de ladite commission seront remboursés intégralement sur présentation de justificatifs, par la direction des entreprises dans la limite de 4 réunions par année civile, précédée chacune d'une préparatoire. Le temps passé en réunion plénière et préparatoire est assimilé à du travail effectif. Chaque fois que l'urgence l'exigera ou dans le but de réduire les déplacements des membres de la commission alors que les demandes d'allocations seraient d'un nombre réduit, les réunions peuvent être remplacées par des conférences téléphoniques ou des visioconférences, à la demande de ses membres ; dans ce cas, sanofi aventis mettra à la disposition des membres de la commission les moyens pour assurer dans ces conditions les réunions.

(c) Lien avec le Fonds du régime professionnel conventionnel RPC

Le fond social n'interviendra que pour les bénéficiaires des régimes frais de santé et prévoyance non couverts par le régime du RPC.

(d) Alimentation du fond

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

CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES

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

Le présent accord prend effet au 1^{er} janvier 2007. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Les Organisations Syndicales disposent d'un délai d'opposition en application de l'article L132-2-2 du Code du Travail.

Section 02 - Dénonciation et révision

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 05 - Dépôt

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

Section 06 - Diffusion de l'accord

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

Fait à Paris, le 28 juin 2006

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

Frédéric CLUZEL, dûment mandaté

Pour les Organisations Syndicales : d'autre part.

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

CHAPITRE IX. ANNEXES
