

**AVENANT N° 1 À L'ACCORD CADRE DE GROUPE SUR
LES RÉGIMES COLLECTIFS DE PRÉVOYANCE
DU GROUPE EADS EN FRANCE**

Entre

European Aeronautic Defence and Space Company EADS N.V., représentée par
Monsieur Frédéric AGENET, Directeur des Ressources Humaines France, agissant par
délégation d'une part,

et

Les organisations syndicales représentatives au plan national et dans le Groupe, en la
personne des coordinateurs syndicaux d'autre part,

Il a été réalisé l'avenant ci-après :

IG JL JO GP
MP 3W PF LV
JBG DLB FA

PRÉAMBULE

En application des dispositions de l'accord cadre de Groupe du 13.1.91 les parties contractantes se sont réunies et ont arrêté le présent avenant qui fait partie intégrante de l'accord et dont la signature vaut adhésion à toutes les dispositions de celui-ci.

Article 1 : Régime du personnel non cadre non forfaité

Les parties contractantes ont examiné les comptes du régime et ont constaté un déséquilibre répétitif sur le risque « arrêts de travail » qui nécessite de prendre des mesures de redressement.

La négociation qui s'en est suivie a permis d'arrêter les décisions suivantes :

- le niveau des prestations n'est pas remis en cause,
- la situation positive du risque « décès » permet de transférer, à hauteur de 0,05 % du salaire brut, une partie des cotisations qui lui sont destinées sur le risque « arrêts de travail » afin de rééquilibrer partiellement ce risque,
- cependant, il est nécessaire de procéder à une augmentation résiduelle des cotisations à hauteur de 0,27 % du salaire brut qui est appelée à 60 % auprès des entreprises et à 40 % auprès des salariés.

Ces mesures sont appliquées à effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006.

Le tableau de cotisations qui résulte de ces décisions se présente comme suit pour l'ensemble des risques :

Non cadres non forfaités

a) risque décès

Assiette	Employeur	Salarié	Total
Salaire brut	0,366%	0,244%	0,61%

b) Risque arrêts de travail (maladie / accidents)

Assiette	Employeur	Salarié	Total
Salaire brut	0,654%	0,436%	1,09%

c) Risque frais de santé

Catégorie	Assiette	Employeur	Salarié	Total
Isolé	PSS	0,75%	0,50%	1,25%
Famille	PSS	2,022%	1,348%	3,37%

Handwritten signatures and initials in blue ink: JG, MP, DLB, JLG, IL, DLB, PF, FA, GL, LV, 2/10.

Compte tenu de l'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale, les prestations en vigueur à la date de signature de l'avenant, correspondant à ces nouveaux taux de cotisations, sont actualisées en annexe. Elles permettent de répondre aux critères définis par décret 2005-1226 du 29/09/05 qui qualifient les contrats de prévoyance dits « responsables ».

Article 2 : Régime du personnel cadre et forfaité (article 4 et 4 bis)

Les parties contractantes ont examiné les comptes du régime et ont constaté un déséquilibre répétitif sur les risques « arrêts de travail » et « frais de santé » qui nécessitent de prendre des mesures de redressement.

La négociation qui s'en est suivie a permis d'arrêter les décisions suivantes :

- le niveau des prestations n'est pas remis en cause,
- la situation positive du risque « décès » permet de transférer à hauteur de 0,17 % de la tranche A et de la tranche B une partie des cotisations qui lui sont destinées sur le risque « arrêts de travail », ce qui permet de retrouver un équilibre sur ce risque,
- la situation du risque « frais de santé » nécessite des augmentations de cotisations de 0,12 % sur tranche A et 0,13 % sur tranche B qui sont appelées à 50 % auprès des entreprises et à 50 % auprès des salariés.

Ces mesures sont appliquées à effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006.

Le tableau de cotisations qui résulte de ces décisions se présente comme suit pour l'ensemble des risques :

Cadres et non cadres forfaités (articles 4 & 4bis)

a) risque décès

Assiette	Employeur	Salarié	Total
Tranche A	0,68%	-	0,68%
Tranche B	0,34%	0,34%	0,68%

b) Risque arrêts de travail (maladie / accidents)

Assiette	Employeur	Salarié	Total
Tranche A	0,36%	-	0,36%
Tranche B	0,36%	0,36%	0,72%

c) Risque frais de santé

Assiette	Employeur	Salarié	Total
Tranche A	0,97%	0,51%	1,48%
Tranche B	0,765%	0,765%	1,53%

Nota : la masse des cotisations du salarié sur la tranche B, pour les trois risques concernés, ne peut pas être inférieure à 1,09 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale. Ce complément éventuel est affecté au risque « frais de santé ».

Handwritten notes and initials: FA, MP, JG, ML, JY, SL, LV, DUB, sv., PF, and a dollar sign symbol.

Compte tenu de l'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale, les prestations en vigueur à la date de signature de l'avenant, correspondant à ces nouveaux taux de cotisations, sont actualisées en annexe. Elles permettent de répondre aux critères définis par décret 2005-1226 du 29/09/05 qui qualifient les contrats de prévoyance dits « responsables ».

Article 3 : Prospective

Compte tenu de l'importance des comportements des assurés et des professionnels de santé dans la variation de la consommation médicale et des incertitudes concernant l'évolution du régime de base de la Sécurité Sociale, il est convenu que les « commissions de gestion » procéderont à une étude devant déboucher sur :

- la mise en place au 01/01/2007 d'actions de sensibilisation du personnel,
- le recours éventuel à une ou plusieurs plate-forme(s) de santé, outil(s) de conseil et d'assistance dans la maîtrise des coûts.

Article 4 : Dépôt

Le présent avenant fera l'objet de formalités de dépôt et de publicité prévues aux articles L132-10 et L135-7 du Code du Travail.

Fait à Paris, le 13 septembre 2006


Pour EADS N.V. en France


Frédéric AGENET
Directeur des Ressources Humaines
France

Pour la CFDT

Jean Bernard GAILLANOU 
JM PEETERS 

Pour la CFE- CGC


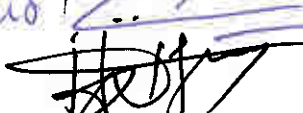
B. VICTOR 

Marc LÉGRAND 



Pour la CFTC

G. P. 
Victor LLAMAZARES
Jacques GARRIGUES 

Pour la CGT

Daniel Le Brio 
J.J. DESVIGNES 

Pour FO

Jacques DENIS 
Ph FRAYSSE 

Non cadres non forfaités (articles 36 & non AGIRC)

a) RISQUE DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

**TAUX EN % du
S A B (*)**

RISQUE DECES
Capital de base. Capital additionnel réservé par enfant âgé de moins de 25 ans et à charge fiscalement au moment du décès (dans la limite de 4 enfants à charge). Capital supplémentaire en cas de décès par accident. Capital double effet : Il sera versé en cas de décès postérieur du conjoint ayant encore à sa charge un des enfants définis ci-dessus
RISQUE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE
Capital de base. Capital additionnel réservé par enfant âgé de moins de 25 ans et à charge fiscalement au moment du décès (dans la limite de 4 enfants à charge).
RENTE EDUCATION ANNUELLE
Prestation servie par enfant à charge au jour du décès (dans la limite de 4 enfants à charge), versée en quatre fois et revalorisable suivant l'évolution de la valeur du point de retraite ARRCO. Jusqu'au 21ème anniversaire et jusqu'au 25ème anniversaire pour l'enfant poursuivant des études et inscrit au régime étudiant de la Sécurité Sociale. Lorsque le nombre d'enfants à charge bénéficiaires excède 4 au jour du décès du participant, le montant annuel maximum est réparti par parts égales sur l'ensemble des enfants bénéficiaires, pour toute la durée du service de la rente

Option A	Option B
150 %	100 %
25 %	
50 %	50 %
100 %	100 %
150 %	150 %
25 %	25 %
	6 %

b) RISQUE ARRETS DE TRAVAIL (incapacite temporaire de travail - invalidite permanente)

Sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, des fractions de traitement payées par l'entreprise. Les prestations de l'Institution sont revalorisables suivant l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC.
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL : INDEMNITE QUOTIDIENNE
Franchise minimum : A compter de la cessation du versement du plein salaire par l'entreprise et, au plus tôt, après une franchise de 75 jours discontinus. - participant sans enfant à charge - participant avec enfant(s) à charge Le service des prestations cesse : - en cas de suspension ou de suppression des prestations Sécurité Sociale, - dès le classement par la Sécurité Sociale en invalidité, quelle que soit la catégorie, - à la date de liquidation de la retraite et au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel le participant atteint 65 ans, - en cas de maternité, à l'expiration du congé légal.
INVALIDITE PERMANENTE DE 2^{ème} OU 3^{ème} CATEGORIE : RENTE MENSUELLE D'INVALIDITE
Quelle que soit la situation de famille du participant Le paiement des prestations cesse : - en cas de suspension ou de suppression des prestations Sécurité Sociale, - à la date de liquidation de la retraite et au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel le participant atteint 60 ans.

Option A	Option B
70 %	70 %
75 %	75 %
70 %	70 %

Sont considérés comme à charge du participant, les enfants âgés de moins 25 ans, célibataires et fiscalement à la charge du participant, ainsi que les enfants handicapés quel que soit leur âge.

(*) **S A B = Salaire annuel de base** : Deux modes de calcul (le mode le plus intéressant étant retenu) :
- soit 4 trimestres civils précédant l'événement + primes, gratifications et commissions,
- soit dernier trimestre civil précédant l'événement x 4 + primes, gratifications, commissions.
Dans la limite de quatre fois le plafond annuel Sécurité sociale.

GP JG
IL JD LU
PF BU
FA
DLB *JP* *Ji*
JBG

**Non cadres non forfaités (articles 36 & non AGIRC)
Au 1^{er} juillet 2006**

c) RISQUE FRAIS DE SANTE

GARANTIES		TAUX DE REMBOURSEMENT Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE
PETITS RISQUES		
<i>Consultations / visites*</i>	Convention	100 % BR + 80 % dépassements avec limite des honoraires à 120 % BR (CHL), 170 % (DP) et 220 % BR si professeurs faculté (donc 20% des dépassements restent à charge)
	Hors convention	
Auxiliaires médicaux		100 % BR
Analyses, examens*		100 % BR
Radiographies*		100 % BR
Prothèses auditives		100 % BR
Autres prothèses non dentaires		100 % BR
Pharmacie acceptée par SS à :		100 % BR
65 %		
35 %		
15 %		Néant
MOYENS RISQUES		
Dentaire		-
Soins		150 % BR
Orthodontie acceptée		275 % BR
Orthodontie refusée		100 % BR
Prothèse acceptée		245 % BR
Prothèse refusée		100 % BR
Optique		
Verres		340 % BR avec mini 50 % FR
Montures		3 % PMSS an / bénéficiaire
Lentilles acceptées SS		250 % avec mini 50 % FR
Lentilles refusées SS		100 % BR
En optique, 1 équipement par bénéficiaire et par an limité à 110 €		
GROS RISQUES		
Hospitalisation		
secteur conventionné	Séjours : 100 % BR + 50 % des dépassements ; Honoraires variables selon :	
Secteur non conventionné	1) niveau de l'intervention (de 100 à 225 % BR) 2) notoriété du praticien (150 à 300 % BR) soit au total entre 150 et 675 % BR.	
forfait hospitalier		100 % FR
chambre particulière		2 % PMSS / Jour
lit accompagnant		1 % PMSS / Jour
Etablissements soins repos		Idem hospitalisation
Autres		
Transport accepté SS		100 % BR
Frais funéraires		NON
Forfait cures thermales acceptées par la SS		Limité à 16 % du PMSS
Forfait cures thermales refusées par la SS		NON
Maternité		
Chambre Particulière		2 % PMSS / Jour
Forfait		NON

* La participation forfaitaire (fixée à 1 € au 1^{er} janvier 2005) reste à la charge du bénéficiaire.

GLOSSAIRE : BR = Base de remboursement de la SS, SS = Sécurité Sociale, PMSS = Plafond Mensuel Sécurité Sociale, FR = Frais Réels, CHL = praticien Conventionné à Honoraires libres, DP = Dépassement Permanent.

Dans le cadre législatif en vigueur définissant les contrats « responsables », l'Institution ne prend pas en charge les sommes correspondants aux sanctions financières appliquées au bénéficiaire en cas de non respect du parcours de soins ou de refus de présentation du Dossier Médical Personnel :

- La majoration du ticket modérateur prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité Sociale.
- Les dépassements autorisés pratiqués par certains spécialistes et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité Sociale.

La loi sur le financement de la Sécurité Sociale 2006 instaure une franchise (de 18 €, valeur en 2006) pour les actes médicaux lourds supérieurs au seuil d'exonération (fixé à 91 € en 2006).

L'Institution remboursera cette franchise non prise en charge par la Sécurité Sociale et laissée à la charge de l'assuré.

DLB
JG GR LV
JBG AP J
FA PF 3Y JD

Cadres et non cadres forfaités (articles 4 & 4 bis)

a) RISQUE DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

- Capital de base
 - Prestations au bénéfice des enfants âgés de moins de 25 ans et à charge fiscalement au moment du décès :
 - Capital additionnel réservé par enfant à charge (dans la limite de 250 % du salaire annuel de base répartis par parts égales entre les enfants à charge)
 - Rente éducation servie par enfant à charge jusqu'à son 18^e anniversaire ou 25^e anniversaire s'il poursuit des études et est inscrit au régime étudiant de la Sécurité sociale (dans la limite de 40 % du salaire annuel de base répartis par parts égales entre les enfants à charge). La rente est versée en quatre fois et est revalorisable suivant l'évolution de la valeur du point AGIRC. La rente est servie à titre viager si l'enfant est handicapé.
- En aucun cas les capitaux versés au titre des garanties ci-dessus et les capitaux constitutifs des rentes éducation ne pourront être inférieurs à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année du décès.
- Capital double effet (versé en cas de décès postérieur du conjoint ayant encore à sa charge un des enfants définis ci-dessus, et bénéficiaire des prestations au titre du participant)

TAUX EN % du
S A B (*)

Option A Option B

310 % 210 %

50 %

8 %

310 % 310 %

b) RISQUE ARRETS DE TRAVAIL (incapacité temporaire de travail - invalidité permanente)

Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des fractions de traitement payées par l'entreprise. Les prestations de l'Institution sont revalorisables suivant l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (indemnité quotidienne)

A compter de la cessation du versement du plein salaire par l'entreprise et, au plus tôt, après une franchise de 75 jours discontinus.

Le service des prestations cesse :

- en cas de suspension ou de suppression des prestations Sécurité sociale,
- dès le classement par la Sécurité sociale en invalidité, quelle que soit la catégorie,
- à la date de liquidation de la retraite AGIRC et au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel le participant atteint 65 ans,
- en cas de maternité, pendant la durée du congé légal.

Les mêmes conditions (notamment taux, durée du paiement des prestations) sont appliquées si le participant relève de la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles.

INVALIDITÉ PERMANENTE (rente mensuelle d'invalidité)

2^e ou 3^e catégorie :

Majoration pour invalidité 3^e catégorie

1^{ère} catégorie :

Le montant de la rente est égal au complément nécessaire pour porter à 70 % de la douzième partie du montant du salaire annuel de base revalorisé au jour du classement en invalidité de 1^{ère} catégorie, le cumul de la pension d'invalidité et du salaire d'activité maintenu, déterminé à la même date.

Le paiement des prestations cesse :

- en cas de suspension ou de suppression des prestations Sécurité Sociale,
- à la date de liquidation de la retraite AGIRC et au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel le participant atteint 60 ans,
- pour la 1^{ère} catégorie, à l'expiration d'une période maximale de 12 mois, à compter de la reprise d'activité.

Les mêmes conditions (notamment taux, durée du paiement des prestations) sont appliquées si le participant relève de la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles.

Option A Option B

75 % 75 %

75 % 75 %

+6 % +6 %

Sont considérés comme à charge du participant, les enfants âgés de moins de 25 ans, célibataires et fiscalement à la charge du participant, ainsi que les enfants handicapés quel que soit leur âge.

(*) S A B = Salaire annuel de base : Deux modes de calcul (le mode le plus intéressant étant retenu) :

- soit 4 trimestres civils précédant l'événement + primes, gratifications et commissions,
- soit dernier trimestre civil précédant l'événement x 4 + primes, gratifications, commissions.

Dans la limite de quatre fois le plafond annuel Sécurité sociale.

JBG

DLB

MP

JG

PF

FA

Cadres et non cadres forfaités (articles 4 & 4 bis)
Au 1^{er} juillet 2006

c) RISQUE FRAIS DE SANTE

Ces prestations tiennent compte des remboursements de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

100 % du BR

Dépt : à concurrence de 50 % de son montant.

ACTE DE CHIRURGIE

100 % du BR

Dépt pris en charge en fonction du nombre de seuil
d'exonération du TM et de la qualité du praticien.
(le détail des taux de remboursement sera communiqué par
l'Institution au participant à sa demande)

TRANSPORT SANITAIRE (remboursé par la SS)

100 % du BR

CHAMBRE PARTICULIÈRE

100 % des FR, limités à 2 % du PMSS par jour.

LIT ACCOMPAGNANT ENFANT MOINS DE 12 ANS

100 % des FR, limités à 1 % du PMSS par jour.

FORFAIT JOURNALIER (2)

100 % des FR.

Ces prestations tiennent compte des remboursements de la Sécurité Sociale

OPTIQUE

Verres **275 % du RbtSS avec un minimum
de 50 % des FR.**

Montures **100 points AGIRC.**

LENTILLES CORRECTIVES CORNEENNES

Remboursées par la SS **275 % du RbtSS avec un minimum
de 50 % des FR.**

Non remboursées par la SS **100 % des FR avec un maximum
de 200 % du BR**
Un acte par an et par personne.

OPERATION DE LA MYOPIE

200 % du BR

applicable pour une paire de lentilles cornéennes.

Ces prestations tiennent compte des remboursements de la Sécurité Sociale

SOINS DENTAIRES

100 % du BR

Dépt : à concurrence de 80 % de son montant dans la limite de :

50 % du BR pour un CHL,

100 % du BR pour un DP,

150 % du BR pour un P.

PROTHESES DENTAIRES

Remboursées par la SS **100 % du BR**
Dépt : à concurrence de 200 % du BR

Non remboursées par la SS **100 % du BR**

ORTHODONTIE

Remboursée par la SS **100 % du BR**
Dépt : à concurrence de 250 % du BR

Non remboursée par la SS **100 % du BR**
Moins de 18 ans au début des soins.

Ces prestations tiennent compte des remboursements de la Sécurité Sociale

PHARMACIE

(remboursée par la Sécurité Sociale seulement)

Remboursée à 65 % par la SS **100 % BR**

Remboursée à 35 % par la SS **100 % BR**

Remboursée à 15 % par la SS **Non**

HONORAIRES MÉDICAUX (y compris en maternité)

100 % du BR

Dépt : à concurrence de 80 % de son montant dans la limite de :

50 % du BR pour un CHL,

100 % du BR pour un DP,

150 % du BR pour un P.

AUXILIAIRES MEDICAUX

100 % du BR

ANALYSES LABORATOIRES (1)

(actes définis à la nomenclature Sécurité Sociale seulement)

300 % du RbtSS.

Ces prestations s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité Sociale

CURES THERMALES

Remboursées par la Sécurité Sociale **100 % des FR, moins RbtSS.**
**Dans la limite de 1000 points
AGIRC par cure.**

Non remboursées par la Sécurité Sociale **100 % des FR.**
**Dans la limite de 1000 points
AGIRC par cure**
Avec accord préalable de l'Institution.

Ces prestations tiennent compte des remboursements de la Sécurité Sociale

ORTHOPEDIE - PROTHESES NON DENTAIRES

300 % du RbtSS..

MATERNITÉ

Enfant né viable : Forfait de 10 % du PMSS.

Enfant non viable :

- **dès le 6ème mois de grossesse** Forfait de 5 % du PMSS.

- **à compter du 8ème mois** Forfait de 10 % du PMSS.

Chambre particulière 2 % du PMSS par jour

Frais supplémentaires engagés du fait de complications sont remboursés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale.

Dépassements d'honoraires sur examens pré et post natals sont remboursés au titre des honoraires médicaux.

Dépassements d'honoraires liés à l'accouchement sont remboursés au titre des actes de chirurgie.

GLOSSAIRE : RbtSS remboursement de la Sécurité Sociale, FR frais réels engagés, BR base de remboursement de la SS, PMSS plafond mensuel de la Sécurité Sociale, Dépt dépassement de tarif, CHL praticien conventionné à honoraires libres, DP praticien autorisé à dépassement permanent, P professeur de faculté, TM ticket modérateur.

(1) La participation forfaitaire (fixée au 1^{er} janvier 2005 à 1 €) reste à la charge du bénéficiaire.

(2) Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour tout séjour en hôpital ou clinique, maison de convalescence, de repos, centre de rééducation fonctionnelle. En cas d'hospitalisation psychiatrique, la prise en charge du forfait hospitalier est limitée à 60 jours par séjour.

DLB GP LV
 JBG JG MP NL PF JB Br
 tid FA 9/10

Dans le cadre législatif en vigueur définissant les contrats « responsables », l'Institution ne prend pas en charge les sommes correspondants aux sanctions financières appliquées au bénéficiaire en cas de non respect du parcours de soins ou de refus de présentation du Dossier Médical Personnel :

- La majoration du ticket modérateur prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité Sociale.
- Les dépassements autorisés pratiqués par certains spécialistes et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité Sociale.

La loi sur le financement de la Sécurité Sociale 2006 instaure une franchise (de 18 €, valeur en 2006) pour les actes médicaux lourds supérieurs au seuil d'exonération (fixé à 91 € en 2006).

L'Institution remboursera cette franchise non prise en charge par la Sécurité Sociale et laissée à la charge de l'assuré.

IBG DLB
JG 17L 10 GR
MP JP AP 3V LV
FA