

Légende : Variables

NB : toutes les indications en [bleu] sont à supprimer dans votre document définitif.

DECISION UNILATERALE
Instituant un Régime de Prévoyance Complémentaire
« FRAIS DE SANTE »

Document remis à chaque salarié concerné, présent à l'effectif au jour de la mise en place des garanties collectives couvrant les frais de santé puis aux nouveaux embauchés.

Article 1 : Objet

[- s'il n'existe pas de régime conventionnel « Frais de santé » au niveau de la branche :

L'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale impose à toutes les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé de mettre en place une telle couverture. La présente décision unilatérale a pour objet de remplir cette obligation.

[- si le régime vient en amélioration d'un régime conventionnel « Frais de santé » :

La présente décision unilatérale a pour objet d'améliorer la couverture collective « Frais de santé » prévue par la convention collective , accord

Conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, et après information et consultation des institutions représentatives du personnel, et information de l'ensemble du personnel concerné, il a été décidé ce qui suit.

La direction de la société [Identification de la société] dont le siège social est situé [adresse], immatriculée au RCS de , sous le numéro , représentée par [Nom, Prénom], en sa qualité de [fonction], a pris la décision de mettre en place un régime de prévoyance complémentaire « Frais de santé » à effet du jj/mm/aaaa [date d'effet du régime visée à l'article 10], afin de réaliser, dans un esprit de solidarité, une mutualisation entre les salariés, des risques liés aux dépenses de santé et de remplir ses obligations liées à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

L'adhésion au régime mis en place permet à chaque salarié, de déduire de son revenu imposable, dans la limite d'un plafond déterminé chaque année, la cotisation salariale correspondante.

Ce système de garanties permet également de bénéficier des tarifs collectifs plus favorables, propres à l'assurance de groupe.

Afin de mettre en œuvre le système de garanties, la direction de la société a pris la décision de souscrire un contrat d'assurance collective « Frais de santé » auprès de :

- [si l'organisme assureur est une institution de prévoyance] l'Institution de prévoyance , régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité Sociale, [le cas échéant, si le contrat est courté :] par l'intermédiaire de
- [si l'organisme assureur est une mutuelle] la mutuelle , régie par le livre II du code de la mutualité, [le cas échéant, si le contrat est courté :] par l'intermédiaire de

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur [le cas échéant : et de l'intermédiaire], nommé(s) ci-dessus, sera réexaminé par l'entreprise en vue de l'optimisation des garanties, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans, à compter de la date d'effet

de la présente décision. Cette disposition n'interdit pas, avant cette date, la résiliation ou le non renouvellement du contrat de garanties collectives et la révision de la présente décision unilatérale.

Article 2 : Bénéficiaires du régime

Le présent régime « Frais de santé » est mis en place au bénéfice de : **l'ensemble du personnel / de la catégorie de personnel suivante :** *[Préciser la catégorie du personnel : cf. mémento]* **sans condition d'ancienneté** *[pas de condition d'ancienneté possible dans le cadre de la généralisation].*

Article 3 : Adhésion

L'adhésion au régime est obligatoire à compter de la date d'effet du régime pour l'ensemble des salariés défini à l'article 2 de la présente décision.

Article 3.1 : Dispenses d'affiliation

Toutefois peuvent demander à ne pas adhérer au régime :

[Conformément aux dispositions légales et réglementaires, certains salariés peuvent être dispensés d'adhérer au régime, sans en remettre en cause le caractère obligatoire.]

Il existe deux types de dispenses d'affiliation :

- *les dispenses de droit qui n'ont pas besoin d'être inscrites dans la DUE pour que les salariés puissent les demander. Nous conseillons toutefois de les faire figurer, dans un souci de bonne information des salariés.*
- *les dispenses simples qui sont à inscrire dans la DUE pour être valables. C'est à l'employeur (en accord avec l'assureur) de décider quelle dispense simple doit figurer dans la DUE. En tout état de cause, s'il existe des obligations conventionnelles en la matière, les dispenses simples prévues par la DUE doivent être strictement identiques à celles prévues par la convention collective nationale applicable à l'entreprise.*

DISPENSES D'AFFILIATION DE DROIT :]

- ❖ les salariés **déjà embauchés** avant le **jj/mm/aaaa** *[date de la première mise en place du régime]* et refusant de cotiser au régime.
- ❖ Les salariés en contrat de mission ou en contrat à durée déterminée si la durée de la couverture collective obligatoire dont ils pourraient prétendre est inférieure à 3 mois (durée appréciée à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et hors portabilité) et si ces salariés justifient d'une couverture complémentaire par ailleurs respectant les exigences du contrat responsable.
- ❖ Les salariés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) - la dispense cesse à la date à laquelle les salariés ne bénéficient plus de cette couverture.
- ❖ Les salariés couverts par une assurance individuelle « frais de santé » au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense temporaire s'applique jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Si le contrat individuel prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.
- ❖ Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations au titre d'un autre emploi dans le cadre *[cette dispense concerne les salariés à employeurs]*

*MODELE DUE Frais de Santé Affiliation facultative des ayants droit
Socle*

multiples ou les salariés couverts en tant qu'ayant droit, sous réserve que ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire] :

- d'un dispositif collectif et obligatoire,
- d'un contrat d'assurance groupe dit « Madelin » pour les travailleurs non salariés,
- du régime local d'Alsace Moselle,
- du régime complémentaire des industries électriques et gazières (IEG) ou,
- d'une complémentaire santé de la fonction publique d'Etat (issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou territoriale (issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

[DISPENSES D'AFFILIATION SIMPLES - liste à moduler en fonction des choix de l'employeur :]

- ❖ Les salariés ou apprentis titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée de moins de 12 mois, sans qu'ils aient besoin de fournir un justificatif de couverture souscrite par ailleurs.
- ❖ Les salariés ou apprentis titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée au moins égal à 12 mois à condition qu'ils justifient bénéficier d'une couverture individuelle « frais de santé » par ailleurs.
- ❖ Les salariés et apprentis à temps partiel dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute (en tenant compte des cotisations versées par le salarié à l'ensemble des régimes de protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire).
- ❖ Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations au titre d'un autre emploi dans le cadre *[cette dispense concerne les salariés à employeurs multiples ou les salariés couverts en tant qu'ayant droit, sous réserve que ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire] :*
 - du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Les dispenses d'affiliation relèvent du libre choix du salarié. Chaque dispense doit résulter d'une demande écrite du salarié traduisant un **consentement libre et éclairé** de ce dernier et faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

Dans tous les cas, la demande de dispense doit être formulée au moment de l'embauche, ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties, ou à la date à laquelle prend effet le droit.

La demande de dispense des salariés devra indiquer le cadre dans lequel la dispense est formulée *[quelle dispense le salarié fait jouer]*, le cas échéant l'organisme assureur portant le contrat souscrit par ailleurs et la date de la fin du droit s'il est borné *[exemple : la date d'échéance du contrat individuel souscrit par ailleurs]*. Elle devra, en outre, être accompagnée des justificatifs éventuels.

La demande de dispense des salariés devra comporter la mention selon laquelle ils ont été informés des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime (perte du bénéfice de la portabilité, des avantages sociaux et fiscaux, du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin...).

Les salariés dispensés devront informer l'employeur de tout changement de situation.

En tout état de cause, tout salarié sera tenu de cotiser au régime dès lors qu'il ne bénéficiera plus d'une des dispenses mentionnées ci-dessus.

Article 3.2 : Versement santé

Conformément aux articles L 911-7-1 et D 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés définis ci-après ont droit au versement d'une aide individuelle de l'employeur, dite « versement santé », en lieu et place de leur affiliation audit régime complémentaire « frais de santé ».

Les salariés visés par ce dispositif doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

- Ils doivent bénéficier de la dispense de droit offerte aux salariés en contrat de mission ou en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective obligatoire dont ils pourraient prétendre est inférieure à 3 mois (durée appréciée à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et hors portabilité).
- Ils doivent, en outre, être couverts par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant le cahier des charges des contrats responsables tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les salariés concernés doivent justifier de cette couverture.

En tout état de cause, cette aide financière de l'employeur ne peut être cumulée avec :

- le bénéfice de la Couverture maladie universelle complémentaire (article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale) ;
- le bénéfice de l'Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (article L 863-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- le bénéfice, y compris en tant qu'ayant-droit, d'une couverture collective et obligatoire ;
- le bénéfice d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Le montant du « versement santé » est calculé mensuellement sur la base du montant de référence auquel est appliqué un coefficient multiplicateur. Il est fonction du financement mis en œuvre en application des articles L 911-7 et L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, de la durée du contrat et de la durée du travail prévue par celui-ci.

Le montant de référence correspond à la contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé d'entreprise pour la catégorie à laquelle appartient le salarié concerné et pour la période concernée.

[Si la contribution de l'employeur n'est pas en proportion du salaire, précisez : La contribution mensuelle de l'employeur étant forfaitaire, le montant de référence est proratisé selon la durée du contrat de travail (lorsque le contrat de travail est inférieur à 1 mois) ou du temps de travail effectué du salarié concerné (lorsque le contrat de travail est à temps partiel).]

En tout état de cause *[ou en l'absence de montant identifiable]*, le montant de référence en **2019**, ne peut être inférieur à **15,94** euros (ou **5,32** euros pour les salariés relevant à titre obligatoire du régime local d'Alsace-Moselle). *[Montants 2020 non connus à ce jour]*

Pour déterminer le montant du « versement santé », **la société** applique au montant de référence un coefficient multiplicateur de :

- 125 % pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission.

Article 4 : Affiliation des ayants droit du salarié couvert

Les ayants droit du salarié couvert sont définis par le contrat d'assurance.

Leur affiliation au présent régime est facultative, en fonction du choix du salarié. Ce dernier devra s'acquitter de la cotisation correspondante prévue à l'article 7.

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble, l'un étant ayant droit de l'autre, ou séparément. La participation patronale mentionnée à l'article 7.2 ne bénéficie qu'aux salariés affiliés à titre principal.

Article 5 : Prestations du régime

La couverture mise en place au titre de la présente décision couvre les frais relatifs aux frais de soins de santé et aux frais d'hospitalisation tels que définis à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Ces garanties, souscrites auprès de l'organisme assureur visé à l'article 1^{er}, sont annexées à la présente décision à titre informatif.

Les garanties souscrites font l'objet d'une notice d'information.

Les prestations sont garanties par l'organisme assureur et relèvent de sa seule responsabilité. L'employeur n'est tenu, à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

L'ensemble des garanties souscrites respectent en outre le cahier des charges des contrats responsables (obligations de prise en charge et de non prise en charge), institué par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne le dispositif dénommé « 100% santé ».

Toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition des contrats « aidés », ou contrats « responsables », ou les conditions d'exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l'ensemble de ces dispositions légales ou réglementaires.

Article 6 : Portabilité des droits

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, le salarié dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage peut bénéficier d'un maintien de ses garanties frais de soins de santé de manière temporaire.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le coût de ce maintien de garanties est intégré aux cotisations afférentes aux salariés sous contrat de travail.

Article 7 : Cotisations

Article 7.1 : Structure des cotisations

[Indiquer ici la structure et le montant de la cotisation définis avec l'assureur]

Le montant de la cotisation est mentionné dans le contrat conclu entre l'entreprise et l'organisme assureur. Pour information, ce montant est de au 1^{er} janvier 2020.

[Si la structure de cotisation n'est pas une cotisation unique préciser :

- *en cas de structure isolé/famille* : La cotisation due est fonction du souhait du salarié d'affilier ses ayants droit au régime
- *Si autre structure de cotisation* : La cotisation due est fonction du souhait du salarié d'affilier ses ayants droit au régime.]

[Le cas échéant, préciser :

T1= Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale

T2 = Salaire compris entre 1 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour rappel, le plafond annuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2020, à xxxxx € [montant non connu à ce jour]. Il est modifié une fois par an par voie réglementaire.]

Article 7.2 : Financement des cotisations

Les cotisations servant au financement de la couverture des salariés sont prises en charge par l'employeur et les salariés dans les proportions suivantes :

- *part patronale = X %*
- *part salariale = X %*

(La part patronale doit au moins être de 50% de la cotisation obligatoire du salarié cotisant en isolé.)

[L'employeur peut décider d'intégrer la clause suivante : Pour les salariés à temps partiel et les apprentis, si leur quote-part de cotisation représente plus de 10% de leur rémunération brute l'employeur prendra en charge l'intégralité de la cotisation servant au financement du régime. Il convient de tenir compte des cotisations versées par le salarié à l'ensemble des régimes de protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire.]

La part de cotisation correspondant à l'affiliation facultative des ayants droits est financée intégralement par le salarié.

Article 7.3 : Evolution ultérieure des cotisations

Les cotisations seront indexées sur l'indice prévu, le cas échéant, par le contrat d'assurance.

Les cotisations peuvent également évoluer en fonction des résultats techniques du régime ou des évolutions légales et réglementaires.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés. *[A aménager si répercussion différente des évolutions de la cotisation]*

Article 8 : Cas des salariés en suspension du contrat de travail

❖ Suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation

L'affiliation du salarié et la participation patronale sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'un maintien de rémunération de la part de l'employeur ou d'un tiers agissant pour son compte (un organisme assureur par exemple).

[Le cas échéant :

❖ Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation

L'employeur peut organiser, en accord avec l'assureur, le maintien des garanties aux bénéficiaires de salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération, par exemple en cas de congé sabbatique, congé sans solde ou congé parental.]

Article 9 : Information

En sa qualité de souscripteur, la société remet à chaque salarié et à tout nouvel embauché couverts par le régime, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant, notamment, les garanties et leurs modalités d'application.
Les salariés seront informés préalablement et individuellement, dans les mêmes formes, de toute modification de leurs droits et obligations afférente aux garanties souscrites.

Par ailleurs, la présente décision fera l'objet d'une notification à chaque nouvel embauché ou salarié entrant dans la catégorie de personnel définie à l'article 2.

[S'il existe un comité social et économique :

Enfin, conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties.]

S'il existe un comité d'entreprise :

Enfin, conformément à l'article R. 2323-1-13 du Code du travail dans sa rédaction en vigueur du 22 septembre 2017, le comité d'entreprise (ou : le comité central d'entreprise, le comité d'UES, la délégation unique du personnel, le comité d'établissement), sera/seront informé(s) et consulté(s) préalablement à toute modification des garanties.]

Article 10 : Date d'effet et durée

Le régime mis en place par la présente décision est à durée indéterminée et prend effet le **jj/mm/aaaa**.

Ce régime sera susceptible d'être dénoncé selon la procédure jurisprudentielle applicable aux usages et engagement unilatéraux de l'employeur.

Fait à, le
Pour la société

Monsieur/Madame.....
Qualité.....

Annexes :

1) Accusé de réception à remettre à la mise en place ou à la date d'embauche et à retourner signé

*MODELE DUE Frais de Santé Affiliation facultative des ayants droit
Socle*

- 2) Modèle de formulaire de demande de dispense d'adhésion aux garanties santé instituées par le présent régime à retourner signé (pour les demandes faites en cours d'exécution du régime complémentaire santé)

MODELE

- Annexe 1 -

Accusé de réception de la notification de la décision unilatérale de l'employeur de mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire « frais de santé »

Je soussigné(e) déclare, par la présente, avoir reçu l'acte constatant la décision unilatérale de mon employeur de mettre en place un régime de prévoyance complémentaire couvrant le risque « frais de santé ».

→ Pour les salariés présents dans l'entreprise à la date de mise en place du régime (cocher la case correspondante) :

Je refuse d'être affilié à compter de la date de mise en place du régime et je ne donne pas mon accord sur le prélèvement de la cotisation correspondante. **Je déclare avoir pleinement conscience des conséquences liées à mon refus d'être affilié au présent régime et notamment de ne pas pouvoir bénéficier des prestations prévues par celui-ci.**

Je confirme mon affiliation à compter de la date d'effet de cette décision unilatérale et donne mon accord sur le prélèvement de la cotisation correspondante mise à ma charge.

→ Pour les salariés embauchés postérieurement à la date de mise en place du régime :

Je prends acte que la mise en place de cette décision unilatérale entraîne mon affiliation au régime de prévoyance complémentaire Frais de santé ainsi que le prélèvement de la cotisation correspondante mise à ma charge.

Je souhaite bénéficier d'une dispense d'affiliation et m'engage à compléter le formulaire de dispense en annexe 2 et à fournir les informations demandées.

Fait à, le

Signature :

Pour les salariés adhérents uniquement : la signature doit être précédée de la mention « *lu et approuvé bon pour accord sur le prélèvement de la cotisation* »

- Annexe 2 -

Formulaire de demande de dispense d'affiliation aux garanties santé

A compter du je soussigné, confirme refuser mon affiliation au titre de la dispense d'affiliation au régime frais de santé dont j'ai été préalablement informé du contenu et des garanties. Je déclare avoir pleinement conscience des conséquences liées à mon refus d'être affilié au présent régime et notamment de ne pas pouvoir bénéficier des prestations prévues par celui-ci ainsi que de la portabilité.

La demande doit être effectuée au moment de l'embauche, ou si elle est postérieure à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prend effet le droit.

- Je suis bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et j'ai souscrit un contrat auprès de [indiquer le nom de l'organisme assureur]. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.
- Je suis bénéficiaire de la CMU-Complémentaire (CMU-C). Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.
- Je suis couvert par un contrat individuel frais de santé auprès de [indiquer le nom de l'organisme assureur]. Mon contrat individuel arrive à échéance le jj/mm/aaaa [inscrire la date de renouvellement annuel du contrat].
- Je suis en CDD ou en contrat de mission et la durée de la couverture collective dont je pourrais prétendre au sein de l'entreprise est inférieure à trois mois. Je suis par ailleurs couvert par un contrat individuel frais de santé responsable auprès de [indiquer le nom de l'organisme assureur]. Mon contrat individuel arrive à échéance le jj/mm/aaaa [inscrire la date de renouvellement annuel du contrat].
- Je suis bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'un régime « frais de santé » au titre d'un autre emploi dans le cadre :
 - d'un dispositif collectif et obligatoire mis en place dans l'entreprise [Indiquer le nom de l'entreprise qui vous couvre]. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.
 - d'un contrat d'assurance groupe dit « Madelin » souscrit auprès de [indiquer le nom de l'organisme assureur].
 - du régime local d'Alsace-Moselle. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier du régime local.
 - du régime complémentaire des industries électriques et gazières. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.
 - d'une complémentaire santé de la fonction publique d'Etat ou territoriale souscrit auprès de [indiquer le nom de l'organisme assureur]. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.

[A aménager en fonction des dispenses prévues dans la DUE.]

- Je suis en CDD d'une durée inférieure à 12 mois.
- Je suis en CDD d'une durée au moins égale à 12 mois et je justifie, pour la période concernée, d'une couverture individuelle frais de santé souscrit auprès de [indiquer le nom de l'organisme assureur]. Mon

*MODELE DUE Frais de Santé Affiliation facultative des ayants droit
Socle*

contrat individuel arrive à échéance le **jj/mm/aaaa** [*inscrire la date de renouvellement annuel du contrat*].

- Je suis à temps partiel et l'adhésion au régime me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de ma rémunération brute.
- Je suis bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'un régime « frais de santé » au titre d'un autre emploi dans le cadre :
 - du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM). Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.
 - de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de la couverture.

→ Je suis en couple avec et nous travaillons tous les deux au sein de la société Je demande ainsi à être affilié au régime en qualité d'ayant droit de cette personne, selon les définitions du contrat d'assurance.

Cette demande transmise à l'employeur doit être accompagnée des justificatifs éventuels.

Fait à le

Signature :