

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Décision Unilatérale de l'Employeur instituant un Régime « Frais de Santé » complémentaire collectif à adhésion obligatoire

Le, [Date]
Société ...

Décision remise à chaque salarié, en application de l'article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale, pour la mise en place d'un régime collectif à adhésion obligatoire de prévoyance complémentaire « Frais de santé ». Dans le cas où le régime a été mis en place antérieurement, la présente décision précise les conditions du régime suite à son évolution.

Préambule ⁽¹⁾

Après information et consultation du Conseil Social Économique en date du ... ⁽²⁾ la société [Identification de la société] a pris la décision de mettre en place un régime complémentaire collectif à adhésion obligatoire de remboursement des frais de santé au profit de l'ensemble du personnel.

L'adhésion au régime deviendra obligatoire à compter du [...] pour le personnel visé à l'article 2 de la présente Décision.

La présente décision a vocation à définir les conditions dans lesquelles l'entreprise entend que son personnel bénéficie de garanties frais de santé, a minima conformes aux dispositions de la Convention collective des Hôtels Cafés Restaurants.

Article 1 – Objet

La présente Décision organise la mise en place d'un régime frais de santé collectif à adhésion obligatoire par la société [Identification de la société] inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro [Numéro Siren].

Article 2 – Bénéficiaires

2.1- Caractère obligatoire de l'adhésion

Ce régime vise à couvrir l'ensemble du personnel présent lors de la mise en place ou embauchés postérieurement.

2.2– Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article 2.1, conformément aux dispositions légales en vigueur (articles L.911-7 III, D.911-2 et D.911-3 du code de la Sécurité sociale), certains salariés, à leur initiative, peuvent demander de ne pas adhérer au régime frais de santé selon notamment les dispositions de l'article D.911-5 du code de la Sécurité sociale. Ces dispenses sont appelées « Dispenses de droit ».

En cas de changement de situation ayant un impact sur sa dispense, le salarié aura l'obligation d'en informer son employeur, dans les quinze (15) jours, sa dispense sera alors susceptible d'être remise en cause.

En plus des dispenses de droit et conformément à l'accord de branche, certains salariés peuvent demander, à tout moment, à se prévaloir des dispenses suivantes :

- les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée n'excédant pas un mois de date à date,
- les salariés à temps partiel et apprentis qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de la rémunération brute.

Il appartient aux intéressés de formuler une demande de dispenses pour le futur, par écrit et de la justifier le cas échéant.

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

En tout état de cause, tout salarié sera tenu, en dehors des cas de dispenses d'ordre public, de cotiser au régime lorsqu'il cessera de justifier de sa situation.

2.3– Personnel dont le contrat de travail est suspendu

La couverture est maintenue lorsque le salarié est en suspension du contrat de travail :

- avec maintien total ou partiel de salaire,
- en cas de versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur,
- en cas de versement d'un revenu de remplacement (ex :allocation d'activité partielle, y compris de longue durée),
- en cas de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Le salarié doit acquitter la part salariale de la cotisation qui sera précomptée sur la rémunération maintenue.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération, la couverture est suspendue.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé sauf si le salarié demande un maintien à titre facultatif et s'acquitte de l'intégralité de la cotisation.

2.4– Personnel dont le contrat de travail est rompu ⁽³⁾

Les dispositions relatives à la portabilité et à l'article 4 de la loi Évin ne sont qu'une reprise de la loi, et sont données à titre d'information. Elles peuvent être amenées, par conséquent, à évoluer en cas de changement législatif et/ou réglementaire.

• **Portabilité**

En application des dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés de la société [...], à l'exclusion des salariés dont le contrat de travail a été rompu pour faute lourde, bénéficiant des allocations chômage, pourront conserver le bénéfice du régime frais de santé en vigueur dans l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés actifs.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires prises pour leur application.

• **Article 4 loi Évin**

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, un maintien de la couverture au profit des anciens salariés est prévu dans les conditions suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans condition de durée ;
- et les ayants droit de l'assuré décédé (s'ils étaient couverts) pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Ils peuvent solliciter de l'organisme assureur des garanties frais de santé, le maintien de ces garanties sans condition de période probatoire, ni d'examens ou de questionnaires médicaux, et ce dans un délai de 6 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail, de la fin effective de leur portabilité mentionnée ci-dessus, ou de la fin de leur droit à portabilité, ou du décès.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables peuvent être supérieurs aux tarifs applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret et précisées lors de l'adhésion par l'organisme assureur.

2.5– Les ayants droit ⁽⁴⁾

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Selon le choix de l'entreprise :

L'adhésion au régime est facultative pour les ayants droit du salarié. Le salarié peut solliciter directement l'organisme assureur pour couvrir ses ayants droit.

Soit

L'adhésion au régime est obligatoire pour les ayants droit du salarié. La cotisation doit correspondre à la situation réelle de la famille du salarié.

Soit

L'adhésion au régime est obligatoire pour les ayants droit du salarié. La cotisation est identique quelle que soit la situation réelle de famille du salarié.

Article 3 – Garanties

Le régime frais de santé, ainsi que le contrat d'assurance qui en découle, sont mis en œuvre conformément aux conditions posées en matière de « contrat responsable » par la législation en vigueur.

La couverture mise en place est constituée des garanties figurant, à titre informatif, à l'annexe de la présente décision.

Article 4 – Financement

4.1– Assiette, taux et répartition des cotisations

La cotisation destinée au financement de ce régime complémentaire à adhésion obligatoire comprend la cotisation du degré élevé de solidarité (0,045%PMSS) et est fixée à 1.37% du PMSS à la date de la présente décision :

- cotisations salariales : XXX% du PMSS (soit pour information XXX€/mois en 2022)
- cotisations des employeurs : XXX% du PMSS (soit pour information XXX€/mois en 2022)

Il est précisé que la contribution de l'employeur finance exclusivement la part de cotisation afférente à la couverture obligatoire.

4.2– Évolution ultérieure des cotisations

Les cotisations sont susceptibles d'évoluer en fonction de modifications de l'équilibre du régime, la cotisation d'assurance sera réajustée dans les mêmes conditions de répartition que celles précisées à l'article 4.1 ci-dessus sans que cela ne constitue une modification de la présente décision.

Le nouveau montant de la cotisation fera l'objet d'une communication aux salariés.

Article 5 – Organisme assureur

Le régime frais de santé mis en place par la présente décision fait l'objet d'un contrat souscrit auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris.

Avant l'issue d'une période de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur du régime, le choix de cet organisme fera l'objet d'un réexamen, conformément aux dispositions de l'article L.912-2 du code de la Sécurité Sociale. Ce réexamen aura lieu au plus tard six mois avant la date d'échéance de la période quinquennale précitée.

Article 6 – Entrée en vigueur, durée, dénonciation

L'engagement de la société [...] de mettre en place un régime frais de santé complémentaire à adhésion obligatoire prendra effet le [...] et ce pour une durée indéterminée.

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Il sera susceptible d'être dénoncé, conformément à la procédure prévue par la jurisprudence applicable à la modification des usages et engagements unilatéraux de l'employeur en vigueur.

La procédure jurisprudentielle exige le respect des conditions cumulatives suivantes :

- une information des représentants du personnel ;
- une information individuelle des salariés ;
- le respect d'un délai de prévenance suffisant.

Article 7 – Information

7.1– Mise en place du régime

Le personnel bénéficiaire visé à l'article 2 sera avisé de la mise en place du régime frais de santé par la remise en mains propres de la présente décision. ⁽⁵⁾

Pour la bonne règle, les salariés sont informés que la cotisation salariale due au titre de la couverture obligatoire sera prélevée sur leur salaire.

Une copie de la présente décision sera également portée à l'attention du personnel par voie d'affichage au sein de l'entreprise.

7.2– Notice d'information

Par ailleurs, en sa qualité de souscripteur, l'entreprise remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, bénéficiaire du présent régime, une notice d'information détaillée conformément aux dispositions de l'article L.932-6 du code de la Sécurité sociale, établie par l'organisme assureur. Il en sera de même lors de chaque modification des garanties.

A le

Signature

Nom et qualité du signataire

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Annexes : tableau des garanties BASE SANTE HCR

Si vous avez souscrit une surcomplémentaire A, B ou C à titre obligatoire, ajouter les prestations de cette dernière à la suite de ce tableau.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (SAUF POSTE OPTIQUE)
HOSPITALISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE	
Frais de séjour	
Frais de séjour	110% BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation forfaitaire
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
Frais et honoraires chirurgicaux	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 230% BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 100% BRSS
Chambre particulière - Non remboursée par la SS	
Chambre particulière de nuit (hors maternité)	50 € / jour
Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	50 € / jour
Lit d'accompagnant - Non remboursé par la SS	
Frais de lit d'accompagnant	15 € / jour
Maternité	
Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour
Allocation de naissance ou adoption	8 % PMSS / enfant
Forfait patient urgence (FPU) (7)	100% du forfait
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé*	Prise en charge intégrale (1)
Soins :	
Soins dentaires	TM
Prothèses autres que 100% Santé :	
Panier maîtrisé (2)	
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS (1)
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300% BRSS (1)
Panier libre (3)	
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale :	
Par prothèse	322,50 €
Orthodontie (4)	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166% BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	193,50 € par semestre
Implantologie	
Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES OU EQUIPEMENT par oreille – renouvellement par appareil tous les 4 ans	

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Equipements 100% Santé *	
Aides auditives de Classe I (**):	Prise en charge intégrale (5)
Equipements autres que 100% Santé : Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Aides auditives de Classe II (**):	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité*** et bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 € par oreille + 65% BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 BRSS%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux :	
Généralistes	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Spécialistes	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
Imagerie médicale, radiologie, échographie	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Honoraires paramédicaux :	
Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM
Autres honoraires :	
Séances d'accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	TM
Analyses médicales	
Analyses médicales	TM
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations	
Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65% BRSS
Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS
Médicaments :	
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 65%	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 30%	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 15%	TM
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité Sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale)	80 € par an / bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
Cures thermales	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM
Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité Sociale	
Ambulance, taxi conventionné	TM

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Médecine additionnelle et de prévention		
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale		
Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe	300 € / an / bénéficiaire	
OPTIQUE - EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) / application des-délais de renouvellement définis réglementairement (6)		
INDEMNISATION EXPRIMEE Y COMPRIS SECURITE SOCIALE		
Equipement 100% Santé *		
Monture + 2 verres de tous types (Classe A) (**)	Prise en charge intégrale (5)	
Equipements autres que 100% Santé (Classe B) (**)		
Par verre / jusqu'au 31 décembre 2022 :		
> Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	160 €	
> Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	160 €	
> Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	222 €	
> Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	277 €	
> Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	250 €	
> Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	288 €	
> Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	300 €	
> Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	311 €	
Par verre / à compter du 1^{er} janvier 2023	Dans un réseau de soins (8)	Hors réseau de soins
> Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	100 €
> Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	160 €
> Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	222 €
> Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	277 €
> Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	200 €
> Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	288 €
> Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	300 €
> Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	311 €
Monture	100 €	
Lentilles		
Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	250 € / an / bénéficiaire	
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100% BRSS	
ASSISTANCE ET SERVICES		
Assistance (en cas d'hospitalisation, d'aide aux aidants, de pathologies lourdes et d'immobilisation, soutiens psychologique et parentalité), Téléconsultation 24h/24 et 7j/7, 2 nd avis médical		

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

** Les options de la liste A et de la liste B, et de la classe I et II, sont définies par la réglementation. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

*** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

**** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

- (1) Dans la limite des honoraires limites de facturation
- (2) Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.
- (3) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.
- (4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (5) Dans la limite des prix limites de vente
- (6) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel)
- (7) FPU : facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation
- (8) Les niveaux de remboursement dits « frais réels » prévus dans le cadre d'un réseau de soins ne peuvent en aucun cas excéder les plafonds du contrat responsable (R.871-2 du code de la sécurité sociale)

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Liste d'émargement

Liste d'émargement constatant la remise à l'ensemble du personnel, en application de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale, d'un écrit constatant la décision unilatérale de la société [...] de mettre en place un régime complémentaire à adhésion obligatoire pour la couverture du risque Frais de soins de santé.

Les soussignés reconnaissent, ce jour, avoir reçu de la Direction de la société [...] un écrit constatant la décision unilatérale de la société relative au régime collectif à adhésion obligatoire de « frais de santé », conformément à l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale ainsi que la notice descriptive des garanties.

A le

Nom	Prénom	Signature

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Lettre d'information sur la mise en place d'un système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé

Entreprise

.....
.....
.....

Nom et Adresse du salarié

.....
.....
.....

A le

Objet: Mise en place d'un système de garanties collectives complémentaires obligatoire frais de santé dans l'entreprise

Madame, Monsieur,

Notre entreprise a décidé de mettre en place un système de garanties collectives complémentaires obligatoire frais de santé au profit de la catégorie de salarié à laquelle vous appartenez.

Vous recevrez dès l'émission du contrat d'assurance, support du système de garanties collectives, une notice d'information afférente aux conditions générales de ce contrat.

Le financement du système de garanties collectives est réparti entre l'employeur et les salariés, selon les modalités définies dans la Décision Unilatérale jointe à la présente. La part salariale des cotisations correspondantes sera prélevée sur votre salaire.

Si vous remplissez les conditions d'une des dérogations prévues par le régime (article 2), et que vous ne souhaitez pas bénéficier des garanties ainsi mises en place, il vous appartient de le notifier immédiatement par écrit à l'entreprise en transmettant les justificatifs nécessaires, et au plus tard dans les quinze (15) jours. A défaut, l'adhésion au régime sera effective à la date de mise en place du régime.

Vous souhaitant bonne réception de la présente.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Fait à le

Nom, Qualité

PJ : Copie de la Décision Unilatérale mettant en place un système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé.

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Notice explicative (à retirer de la décision)

- (1) Si l'entreprise met en place un régime avec une spécificité (garanties ou cotisations plus favorables que la CCN applicable ou garanties supérieures au panier de soins du contrat responsable), il est intéressant de le préciser.
En, tout état de cause, il convient dans le préambule d'indiquer les motivations de l'employeur (assurer les salariés au meilleur rapport qualité/prix, assurer une couverture satisfaisante des principaux risques de la vie...).
- (2) Selon la situation de l'entreprise, la première partie de cette phrase peut être supprimée en l'absence de Comité social économique.
- (3) Cet article n'est pas obligatoire, il est juste informatif. Toutefois, si vous souhaitez le maintenir, il est préférable de ne pas rentrer dans les détails afin de ne pas avoir à dénoncer et refaire une décision unilatérale de l'employeur en cas de changements législatifs ou règlementaires.
- (4) Vous pouvez choisir de souscrire un contrat collectif à adhésion obligatoire au profit des ayants droit de vos salariés, dans ce cas, il convient de préciser la participation employeur. Si vous ne le souhaitez, ils peuvent également être couverts à titre individuel.
- (5) Vous pouvez aussi envoyer la décision aux salariés concernés par lettre recommandée avec avis de réception. Si vous choisissez la remise en mains propres, vous devez remettre la décision aux salariés concernés contre signature sur une liste d'émargement que vous pourrez présenter en cas de contrôle. Dans tous les cas, vous devez être en mesure d'apporter la preuve de la remise de la décision aux salariés concernés, il s'agit d'une obligation notamment pour le bénéfice des exonérations sociales.