**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 obligatoirede 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.

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 règlementaires 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)

*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 2024)
* cotisations des employeurs : XXX% du PMSS (soit pour information XXX€/mois en 2024)

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.

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

**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 DE FRAIS** | **Niveau d’indemnisation en complément de la Sécurité sociale**  **(sauf poste optique)** | |
| --- | --- | --- |
| HOSPITALISATION en cas d’hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité |  | |
| **Frais de séjour** | 110 % BR | |
| **Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques** | 100 % de la participation forfaitaire | |
| **Forfait journalier hospitalier** | 100 % FR | |
| **Forfait patient urgences (FPU) (1)** | 100 % du forfait | |
| **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 Sécurité sociale** |  | |
| Chambre particulière de nuit (hors maternité) | 50 € par jour | |
| Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité) | 50 € par jour | |
| **Lit d'accompagnant - non remboursé par la Sécurité sociale** |  | |
| Frais de lit d’accompagnant | 15 € par jour | |
| **Maternité** |  | |
| Chambre particulière (8 jours maximum) | 1,5 % PMSS par jour | |
| Allocation de naissance ou adoption | 8 % PMSS par enfant | |
| DENTAIRE |  | |
| **Soins et prothèses 100 % Santé\*\*** |  | |
| Dans la limite des frais réellement engagés  et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions générales | Prise en charge intégrale | |
| **Soins** |  | |
| Soins dentaires | TM | |
| **Prothèses autres que 100 % Santé** |  | |
| **Panier maitrisé (2)** Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions générales. |  | |
| Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale | 200 % BRSS | |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale  (y compris prothèse sur implant) | 300 % BRSS | |
| **Panier libre (3)** - Dans la limite des frais réellement engagés |  | |
| 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 € par an et par bénéficiaire | |
| AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE - renouvellement par appareil tous les 4 ans |  | |
| **Équipement 100 % Santé\*\* (5)** |  | |
| Aides auditives de Classe I \*\*\* | Prise en charge intégrale | |
| **Équipement autre que 100 % Santé**: Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoire) 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\*\*\*\* | 400 € par oreille + 65 % BRSS  (Minimum TM) | |
| * 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 | |
| **Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale** | TM | |
| **Honoraires paramédicaux** |  | |
| Auxiliaires médicaux (ex : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes…) | TM | |
| **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 par an et par bénéficiaire | |
| Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale) | 80 € par an et par bénéficiaire | |
| Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale | TM | |
| **Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale** | TM | |
| **Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale** |  | |
| Ambulance, taxi conventionné | TM | |
| **Médecine additionnelle et de prévention -** sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel - non remboursée par la Sécurité sociale | | |
| Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe | 300 € par an et par bénéficiaire | |
| **Séances d’accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale** | TM | |
| **Prévention** Prise en charge des actes de prévention en application de l’art. R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (6) | OUI  (minimum TM) | |
| **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, 2nd avis médical | OUI | |
| OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) Niveaux d’indemnisation y compris Sécurité sociale |  | |
| Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales |  | |
| **Équipement 100 % Santé\*\* (4)** |  | |
| 1 Monture + 2 verres de tous types (classe A) | Prise en charge intégrale | |
| **Équipement autre que 100 % Santé (classe B)** | Dans le réseau de soins (7) | Hors réseau de soins |
| Par verre unifocal : |  | |
| * Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre | Frais réels | 160 € |
| * Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre | Frais réels | 160 € |
| * Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre | Frais réels | 222 € |
| * Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre | Frais réels | 277 € |
| Par verre multifocal : |  | |
| * Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre | Frais réels | 250 € |
| * Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre | Frais réels | 288 € |
| * Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre | Frais réels | 300 € |
| * 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 Sécurité sociale  (y compris jetables) | 273,70 € par an et par bénéficiaire  (minimum TM) | |
| Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la Sécurité sociale  (y compris jetables) | 250 € par an et par bénéficiaire | |
| Prestation d'adaptation des verres par l'opticien | 100 % BRSS | |
| **BRSS** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, **BRSS - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale, **FR** = Frais réels, **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale, **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d’un euro ou d’une franchise), **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale), **RC** = Régime complémentaire, **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale, **HLF** = Honoraires Limite de Facturation, **PLV** = Prix Limite de Vente.  **(\*)** 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 annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.**(\*\*)** Tels que définis règlementairement : 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 règlementairement 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 maximums fixés.**(\*\*\*)** 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 règlementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat 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 règlementation. **(\*\*\*\*)** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.  **(1)** FPU : facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n’entrainant pas d’hospitalisation. **(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 frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales. **(6)** La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr). **(7)** 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). | | |

**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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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 complémentairesobligatoire 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.*

**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…).

1. Selon la situation de l’entreprise, la première partie de cette phrase peut être supprimée en l’absence de Comité social économique.
2. 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.
3. 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.
4. 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.