



Note

SOCIAL



PREVOYANCE-SANTE-RETRAITE

30 JUIN 2022

PENSEZ A LA MISE A JOUR DE LA DUE PREVOYANCE, SANTE ET RETRAITE SUPPLEMENTAIRE

Pour continuer à bénéficier des exonérations de cotisations sociales applicables aux régimes complémentaires de santé, de prévoyance et de retraite supplémentaire, les entreprises doivent mettre en conformité au plus tard le 30 juin 2022 les actes assurant la mise en place des garanties, à savoir la décision unilatérale, l'accord d'entreprise ou l'accord référendaire.

Pour plus d'informations, consulter la Note DAS du 8 septembre 2021.

QUEL EST L'OBJECTIF DE LA MISE A JOUR ?

La mise à jour des actes porte sur :

- le libellé des catégories bénéficiaires ;
- le maintien des garanties prévoyance santé en cas de suspension du contrat de travail indemnisé aux périodes durant lesquelles le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur : activité partielle , activité partielle de longue durée et tout congé rémunéré.

QUELS SONT LES DISPOSITIFS VISES ?

Afin d'encourager les employeurs à financer, au bénéfice de leurs salariés, des régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, ceux-ci bénéficient d'un système d'exonération de leurs contributions.

Pour pouvoir bénéficier des exonérations prévues par la loi, les garanties financées par l'employeur au bénéfice des salariés doivent concerner des prestations complémentaires ou supplémentaires à celles servies par les régimes de base de la Sécurité Sociale (maladie, maternité, décès, accident du travail), quelle que soit leur dénomination (cotisations, dotations, subventions, appels de fonds ou refacturation...) et avoir pour objet de financer la création de droits nouveaux ou de consolider des droits déjà acquis.

Les régimes de retraite supplémentaire et de



prévoyance complémentaire devant revêtir un caractère collectif, les garanties doivent bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel salarié ou à certaines catégories objectives d'entre eux.

Dans les entreprises, ces dispositifs sont mis en œuvre soit par décision unilatérale, soit par accord d'entreprise, soit par accord référendaire.

QUEL EST LE REGIME D'EXONERATION APPLICABLE ?

Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale propre à chaque assuré à hauteur de deux limites indépendantes l'une de l'autre.



Pour la retraite supplémentaire, les contributions des employeurs sont exclues pour une fraction n'excédant pas la limite la plus élevée des deux montants suivants :

- 5 % du plafond de la Sécurité Sociale ;
- ou 5% de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité Sociale.

Pour la prévoyance complémentaire, les contributions des employeurs sont exclues pour une fraction n'excédant pas un montant égal à :

- 6% du plafond de la Sécurité Sociale ;
- augmenté de 1,5% de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité Sociale

Le total ainsi obtenu ne pourra pas excéder 12% du plafond de la Sécurité Sociale.



Valérie Guillotin
Responsable affaires
sociales
Droit du travail - relations
sociales
Tél. 01 40 55 10 95
Mob. 06 78 00 49 86



BON A SAVOIR !

Un modèle de DUE est annexé à cette note d'information.

FRAIS DE SANTE – MODELE DUE (décision unilatérale de l'employeur)

**COUVERTURE COLLECTIVE DE FRAIS DE SANTE A ADHESION
OBLIGATOIRE**

L'employeur doit obligatoirement proposer par écrit à **tous** ses salariés, y compris aux nouveaux embauchés, une couverture de frais de santé.

Plusieurs **conditions** doivent être respectées pour que la contribution employeur finançant cette couverture bénéficie d'une **exonération de charges sociales** (à l'exception de la CSG CRDS et du forfait social) dans certaines limites (contributions employeurs prévoyance + santé dans la limite de 6% du PASS + 1,5% du salaire cotisé).

- Le contrat doit couvrir obligatoirement **tous les salariés** sauf cas de dispenses légaux. En outre, l'employeur peut, s'il le souhaite, décider de couvrir obligatoirement les ayants droits (enfants et/ou conjoint).
- La participation de l'employeur doit être **au moins égale à 50 %** de la cotisation globale fixée par le contrat (le reste à la charge du salarié).
- Le contrat doit respecter un socle de garanties minimales : le « **panier de soins minimum** » doit répondre aux règles du contrat responsable. En pratique, la couverture santé doit prévoir des planchers et des plafonds de remboursement pour certains frais (optique, dentaire...) et exclure la prise en charge de certaines dépenses.

En pratique :

1 → L'employeur doit **conclure un contrat d'assurance** avec un organisme prestataire librement choisi. Celui ci doit remettre à l'employeur :

- une attestation du caractère responsable du contrat souscrit ;
- **la notice des garanties que l'employeur doit obligatoirement remettre à tous les salariés ;**
- **une information précontractuelle puis annuelle sur le rapport sinistres à primes et le montant et la composition des frais de gestion.**

2 → L'employeur doit **formaliser la mise en place de la couverture auprès des salariés par un acte juridique** : accord d'entreprise, référendum ou, le plus souvent, décision unilatérale de l'employeur (DUE), après consultation obligatoire du CSE, s'il existe.

En cas de DUE, l'employeur doit informer par écrit tous les salariés individuellement lors de chaque embauche et conserver la preuve de sa remise effective à chaque salarié pour la produire en cas de contrôle URSSAF.

Vous trouverez ci-après les outils pratiques pour remplir cette obligation d'information.

Les contrats et les actes juridiques doivent faire l'objet d'une attention particulière de l'employeur sur les points d'actualité suivants :

1 → **La notice des garanties**, la réforme 100 % santé ayant prévu des modifications de 2019 à 2021, l'employeur doit vérifier auprès de son assureur que son contrat est responsable et lui demander la nouvelle notice des garanties conforme au 100 % santé pour la remettre à chaque salarié et conserver la preuve de cette remise. L'acte juridique doit être modifié et remis aux salariés. Toutefois par tolérance administrative, si cet acte n'explicite pas les garanties mais opère par renvoi à la notice des garanties de l'assureur, il n'a pas à être modifié.

2 → **Le libellé des catégories objectives**, la fusion AGIRC ARRCO au 1^{er} janvier 2019 ayant rendu caduque la référence aux salariés « *affiliés à l'AGIRC* », il convient, par exemple, de faire référence aux « *Cadres visés à l'article 2 de l'accord national interprofessionnel Prévoyance du 17 novembre 2017* » [conformément au décret 2021-1002 du 30 juillet 2021 JO du 31](#).

3 → **La clause de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé étendu aux revenus de remplacement** : salariés en activité partielle, notamment APLD, ou bénéficiant d'un congé rémunéré par l'employeur (mobilité, reclassement, etc)

Textes de références : L911-1 à L911-8, D911-1 à D911-8, R871-1 et R871-2, R242-1-1 à R242-1-6 du code de la Sécurité sociale, Circulaire de la DSS du 25 septembre 2013, du 30 janvier 2015, du 29 décembre 2015 et du 29 mai 2019. Décret n°2021-1002 du 30 juillet 2021, instructions interministérielles n° DSS/3C/5B/2020/197 du 16 novembre 2020 et 2021/127 du 17 juin 2021, Questions-réponse du 18 juin 2021.

PRINCIPALES CLAUSES DE LA DUE

En cas de couverture santé collective à adhésion obligatoire mise en place par DUE ou de modification de cette couverture en respectant la procédure de dénonciation d'un usage (informer les représentants du personnel s'ils existent puis chaque salarié au moins 2 mois avant la date d'effet de la nouvelle couverture), **l'employeur doit remettre, contre décharge, à chaque salarié, y compris aux futurs embauchés, une lettre d'information** comportant notamment les précisions suivantes, **qui doivent être en adéquation** avec celles fixées dans le contrat commercial avec le prestataire :

- **L'OBJET :**

Mise en place par DUE d'une couverture collective à adhésion obligatoire ou modification d'une couverture existante mise en place par DUE (le cas échéant, après information des IRP).

- **LES BENEFICIAIRES :**

- Tous les salariés de l'entreprise avec le même régime pour tous ou avec une différenciation des garanties et/ou du financement en fonction des catégories dites « objectives » selon la réglementation.

ATTENTION : les libellés visant les Cadres affiliés à l'AGIRC / Non cadres au sens non affiliés AGIRC ne sont plus formellement valables depuis le 1^{er} janvier 2019 (fusion AGIRC-ARRCO). Ces libellés doivent donc être adaptés dès que possible dans les actes juridiques (au plus tard le 31 décembre 2024). Les catégories ainsi visées dans la DUE doivent bien entendu être cohérentes avec celles **mentionnées** dans le contrat d'assurance avec le prestataire.

- Aucune clause d'ancienneté ne doit être prévue (contraire au principe de généralisation de la couverture santé).

- **L'AFFILIATION :**

- Le principe de l'obligation d'affiliation (l'employeur doit proposer la couverture santé)
- Les cas de dispenses légaux (le salarié peut refuser son affiliation sous certaines conditions) : ils peuvent être demandés par le salarié même s'ils ne sont pas mentionnés dans l'acte (DUE...) **sauf exception***. Toutefois, à titre d'information des salariés, il est conseillé de les mentionner pour préciser les modalités de mise en œuvre (demande écrite expresse du salarié, délai pour formuler la demande de dispense...) et indiquer qu'en tout état de cause, les intéressés seront tenus de cotiser lorsqu'ils cesseront de remplir les conditions exigées pour la dispense.

*** Par exception**, le cas de dispense concernant les CDD, apprentis, temps partiel (sous certaines conditions), ne peut être demandé par le salarié **que si l'employeur a décidé de le faire figurer** expressément dans la DUE. **A défaut, le cas ne peut pas s'appliquer** (risque URSSAF).

- **LES COTISATIONS :**

- **Le taux global de cotisation** en vigueur à la date de l'acte de mise en place (prix mentionné dans le contrat commercial avec le prestataire),
- **Les poids respectifs de la cotisation de l'employeur (50 % minimum) et du salarié dans la cotisation globale**
- **Une clause de variation prévisionnelle** selon laquelle le taux global pourra évoluer selon les résultats techniques (*option*) mais les poids respectifs de la cotisation de l'employeur et du salarié dans la cotisation globale seront stables.

- **LES GARANTIES COUVERTES :**

- Viser la **notice d'information détaillée des garanties rédigée par le prestataire que l'employeur doit obligatoirement remettre aux salariés.**
- **Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé**
- Portabilité pour les anciens salariés en cas de chômage
- Dispositif loi Evin

- **L'INFORMATION DES SALARIES :**

L'organisme prestataire (à titre d'information) en précisant que le choix de cet organisme sera examiné au moins tous les 5 ans (L. 912-2 du CSS).

- **LA DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE.**

LES CAS DE DISPENSE D’AFFILIATION

Salariés	Observations
Dispenses d’affiliation de droit , sur demande écrite du salarié, même si le cas n’est pas mentionné dans l’acte juridique instituant le régime (d’ordre public)	
1 Salariés embauchés avant la mise en place du régime	Uniquement si le régime est mis en place par une décision unilatérale de l’employeur et comporte un financement salarial (art 11 loi EVIN : impossibilité d’imposer un précompte salarial finançant le régime aux salariés présents dans l’entreprise avant la mise en place du régime, les futurs embauchés étant obligatoirement affiliés. Cas ne visant que les DUE ayant institué les garanties en cause ou modifiant une couverture préexistante si la modification consiste en une remise en cause du financement intégral de la couverture par l’employeur. Conserver la trace du refus initial du salarié et des confirmations ultérieures de refus d’affiliation, à défaut affilier le salarié.
2 Salariés en CDD de moins de 3 mois	Lorsque la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à trois mois et s’ils justifient être couverts par ailleurs par un contrat responsable
3 Salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l’ACS	Jusqu’à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture CMU-C ou de l’aide ACS
4 Salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou, si elle est postérieure, à leur embauche	Dispense temporaire possible jusqu’à l’échéance du contrat individuel (pas de renouvellement possible)
5 Les salariés bénéficiant, par ailleurs, y compris en tant qu’ayants droit, d’une des couvertures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> complémentaire santé collective et obligatoire ; régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ; régime complémentaire relevant de la CAMIEG ; mutuelles des agents de l’Etat ou des collectivités territoriales ; contrats d’assurance groupe, dits Madelin. 	Dispense possible jusqu’à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause
6 Dispenses d’affiliation , sur demande écrite du salarié, applicable uniquement s’il est prévu dans l’acte (initial ou modifié)	
Apprentis, salariés en CDD, titulaires d’un contrat de travail de moins de 12 mois	Même s’ils ne bénéficient pas d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs
Apprentis, salariés en CDD, titulaires d’un contrat de travail ou de mission d’au moins 12 mois	Sur justificatif d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garantie
Salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au régime les conduirait à régler une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute	-

MODELE DE LETTRE D'INFORMATION INDIVIDUELLE, SUR LA COUVERTURE COLLECTIVE DE FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE MISE EN PLACE PAR DUE. A REMETTRE, CONTRE DECHARGE, A CHAQUE SALARIE

L'employeur doit informer par écrit chaque salarié, y compris les futurs embauchés, sur la couverture santé mise en place par DUE dans l'entreprise. Il doit également leur remettre la notice des garanties (rédigées par l'organisme assureur).

En cas de modification de la couverture existante, l'employeur doit informer sur la nouvelle couverture en respectant la procédure de dénonciation d'un usage : informer les représentants du personnel, s'ils existent, puis remettre cette lettre d'information à chaque salarié au moins 2 mois avant la date d'effet de la nouvelle couverture.

Attention : l'entreprise doit toujours conserver une preuve de la remise de ce document et la produire en cas de contrôle URSSAF.

Modèle détaillé indicatif à adapter à chaque situation particulière

Raison sociale de l'employeur

Coordonnées du salarié

Lettre recommandée avec AR

Objet : **Information sur la couverture collective de frais de santé de l'entreprise à adhésion obligatoire mise en place par décision unilatérale de l'employeur.**

Madame, Monsieur,

PREAMBULE

La direction de l'entreprise a pris la décision, en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, après consultation des représentants du personnel (*à préciser s'ils existent*) :

- de mettre en place une couverture collective de frais de santé à adhésion obligatoire à compter du
- (OU) de remplacer à compter du ...la couverture de frais de santé jusqu'alors en vigueur dans l'entreprise par la couverture collective de frais de santé à adhésion obligatoire suivante, mise en place par décision unilatérale de l'employeur, en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, après consultation des représentants du personnel (*à préciser s'ils existent*).

NB : La procédure de dénonciation de l'usage impose obligatoirement que les représentants du personnel soient informés puis que chaque salarié reçoive individuellement cette information au moins 2 mois avant la prise d'effet de la nouvelle couverture.

BENEFICIAIRES

La couverture collective de frais de santé bénéficie :

- à l'ensemble du personnel salarié.

OU en cas de différenciation des garanties et/ou du financement entre des catégories objectives mentionner la catégorie visée. En frais de santé, si des catégories sont définies, tous les salariés doivent obligatoirement être couverts pour bénéficier des exonérations de charges (depuis juillet 2014) et pour satisfaire l'obligation légale de couverture généralisée (depuis janvier 2016) :

- **les salariés non cadres /**
- **les salariés Cadres et assimilés** au sens **des articles 2.1** (cadres et assimilés dirigeants) **et 2.2** (ETAM H) **de l'accord national interprofessionnel prévoyance du 17 novembre 2017** (ayant remplacé respectivement les références aux articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)

Attention : *Les catégories faisant référence à la convention AGIRC de 1947 ne sont plus pertinentes depuis le 1^{er} janvier 2019 compte tenu de la fusion AGIRC-ARRCO. Par conséquent, dès que possible, les*

FRAIS DE SANTE – MODELE DUE (décision unilatérale de l'employeur)

entreprises doivent mettre en conformité leur contrat avec l'assureur ainsi que l'acte juridique (leur Décision unilatérale en l'espèce) avec les nouvelles références à l'ANI de 2017.

En revanche, l'ANI de 2017 n'a pas repris l'article 36 de l'annexe I de la CCN de 1947. Le nouveau 1° de R.242-1-1 ne permet qu'à un ANI ou à un accord de branche d'intégrer « certains salariés » à la catégorie des cadres. Le dispositif mis en place par des entreprises qui appliquent les frais de santé des cadres à des ETAM niveau « G » ou « G et F » ou « G, F et E » ne pourra donc s'appliquer que jusqu'au 31 décembre 2024. Ces entreprises vont devoir redéfinir leurs catégories de bénéficiaires.

Rappel Ne pas insérer de clause d'ancienneté (ou, si elle existe, supprimer la clause de 6 mois maximum qui présente des risques d'incompatibilité avec le principe de la généralisation de la couverture santé au 1^{er} janvier 2016, même si elle est admise au regard des exonérations de charges).

AFFILIATION OBLIGATOIRE

L'affiliation de tous les salariés est obligatoire.

Si une garantie famille est prévue, préciser si l'affiliation est obligatoire pour tous les ayants droit.

Rappel : si l'adhésion des ayants droit est facultative, la contribution de l'employeur versée au-delà du montant prévu pour la couverture seule ne bénéficie pas de l'exemption d'assiette.

Si le dispositif prévoit explicitement la couverture obligatoire des ayants droit du salarié, la totalité de la contribution de l'employeur bénéficie de l'exemption d'assiette.

Une garantie famille est prévue, l'affiliation est obligatoire pour les ayants droit (*notion à définir précisément cf. contrat d'assurance*) des salariés. Toutefois, les salariés peuvent ne pas inscrire leurs ayants droit en fournissant, au moment de leur embauche et/ou au début de chaque année civile, une attestation précisant que leurs ayants droit bénéficient effectivement par ailleurs d'une affiliation obligatoire à une couverture de frais de santé. Dans le cas contraire, les salariés qui ont des ayants droit devront obligatoirement être inscrits « en famille ».

Toutefois, les salariés bénéficiaires peuvent demander par écrit, sous réserve de fournir les justificatifs demandés qui seront conservés par l'employeur, à **ne pas être affiliés** dans les cas, appelés cas de dispense.

NB : Les cas de dispense (excepté le cas 6) qui suivent sont d'ordre public donc s'appliquent à la demande écrite du salarié qui justifie des conditions d'application et ce même si ces cas ne figurent pas par écrit dans la présente DUE.

Cas de dispense 1 (*dit article 11 Loi Evin*) à mentionner uniquement en cas de mise en place d'une primo couverture ou en cas de remise en cause du financement intégral de la couverture par l'employeur cf. circ. DSS du 25/09/2013).

Le salarié présent au moment de la mise en place de la couverture collective à adhésion obligatoire s'il n'a jamais adhéré auparavant, c'est-à-dire qu'aucune cotisation salariale ne lui était précomptée jusqu'alors au titre d'une couverture de frais de santé de l'entreprise. Mais tous les futurs embauchés seront obligatoirement affiliés.

Cas de dispense 2

Le salarié en CDD de moins de 3 mois (ou en contrat de mission) si la durée de la couverture collective obligatoire dont il bénéficie en matière de frais de santé est inférieure strictement à trois mois et s'il justifie être couvert par ailleurs par un contrat responsable.

Cas de dispense 3

Le salarié bénéficiant de la **complémentaire santé solidarité** (fusion de la CMU-C et ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou Chèque Santé) jusqu'à la date à laquelle il cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Il devra apporter chaque année, à la date d'échéance de la couverture, la preuve qu'il remplit les conditions de cette dispense d'affiliation.

Cas de dispense 4

Le salarié ayant une **assurance individuelle santé** jusqu'à la date d'échéance de leur contrat, une éventuelle tacite reconduction n'étant pas applicable. Il devra apporter la preuve qu'il remplit les conditions de cette dispense d'affiliation.

Cas de dispense 5

Le salarié qui **bénéficie y compris en tant qu'ayant-droit** :

- de la couverture collective d'entreprise à adhésion obligatoire par ailleurs. Ainsi, la dispense d'adhésion ne

FRAIS DE SANTE – MODELE DUE (décision unilatérale de l'employeur)

- peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, **que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droits à titre obligatoire** ;
- du régime de protection sociale complémentaire des personnels de l'Etat ou des agents des collectivités territoriales ;
 - d'un contrat d'assurance de groupe frais de santé (loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin ») ;
 - du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,
 - du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (IEG),
 - du régime de la sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Le salarié devra obligatoirement apporter la preuve chaque année qu'il remplit les conditions de cette dispense d'affiliation. Si le salarié bénéficie déjà de la couverture de frais de santé de l'entreprise, sa demande de dispense prendra effet... (à préciser, par exemple : dans les 60 jours suivant la remise du justificatif ou au 1^{er} janvier de l'année suivanteetc.).

Cas de dispense 6 (Pas d'ordre public, le salarié ne pourra refuser l'affiliation pour ce motif que si l'employeur a décidé (choix de l'employeur) de la mentionner dans la présente DUE.

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée déterminée de moins de douze mois,
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée déterminée au moins égale à douze mois qui justifient d'une couverture individuelle de frais de santé souscrite par ailleurs et qui doivent en apporter chaque année la preuve,
- les salariés à temps partiel et les apprentis qui auraient à s'acquitter d'une cotisation supérieure ou égale à 10 % de leur rémunération brute. Ce seuil s'apprécie au regard de toutes les garanties de protection sociale complémentaire (santé + prévoyance).

Conditions d'application des cas de dispenses ci-dessus :

- Le salarié qui demande à bénéficier d'une dispense d'affiliation doit le faire **par écrit en mentionnant qu'il a préalablement été informé par l'employeur des conséquences de son choix et attester sur l'honneur auprès de son employeur**, au moment où il refuse l'affiliation, **puis chaque année**, qu'il remplit les conditions de cette dispense d'affiliation et apporter le cas échéant les justificatifs. A défaut, le salarié doit être immédiatement affilié.
- **Dès lors qu'il ne remplit plus les conditions, le salarié doit obligatoirement et immédiatement informer l'employeur par écrit et sera affilié.**

COTISATIONS

La couverture de frais de santé est financée par une cotisation répartie entre l'entreprise et les bénéficiaires dans les proportions suivantes :

- part patronale : X % du montant total de la cotisation (préciser X avec X= 50 % minimum)
- part salariale :Y % du montant total de la cotisation (préciser Y avec Y= 50 % maximum)

Préciser si une cotisation distincte en fonction de la composition familiale est prévue : « isolé / famille », la répartition employeur/bénéficiaire selon chaque composition et si la cotisation famille est obligatoire pour les salariés ayant une famille cf. ci-dessus AFFILIATION OBLIGATOIRE.

Le montant global des cotisations en vigueur au.....est de

Les cotisations sont susceptibles d'être révisées en fonction de la démographie des salariés adhérents, des évolutions législatives et des résultats techniques. (Option) En cas d'évolution, les cotisations futures seront réparties entre l'entreprise et les salariés, dans la même proportion que la répartition initiale.

GARANTIES

Les garanties prévues font l'objet d'une **notice d'information rédigée par l'organisme prestataire qui sera remise par l'employeur aux salariés** (à se procurer auprès du prestataire et à joindre à la présente lettre)

Les prestations sont garanties par l'organisme assureur et relèvent de sa seule responsabilité.

FRAIS DE SANTE – MODELE DUE (décision unilatérale de l'employeur)

L'employeur n'est tenu, à l'égard des salariés, que du seul paiement des cotisations.

L'ensemble des garanties souscrites respectent le cahier des charges des contrats responsables conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale (obligations de prise en charge et de non prise en charge, plancher et plafond de remboursement). (L'entreprise doit se procurer auprès de l'organisme prestataire une attestation du caractère responsable de la couverture frais de santé).

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé, c'est-à-dire avec **maintien total ou partiel de la rémunération ou versement d'indemnités journalières** de la part de l'employeur ou d'un tiers agissant pour son compte (un organisme assureur par exemple) **ou toute période donnant lieu à versement d'un revenu de remplacement (activité partielle, APLD ou tout autre congé rémunéré)**.

L'entreprise maintient sa participation et le salarié doit acquitter la part salariale de la cotisation (sauf si le contrat prévoit un maintien gratuit de la garantie à préciser).

L'employeur peut décider d'une répartition du financement plus favorable pour les salariés dont le contrat est suspendu sous réserve, en l'absence de précision de l'administration de le formaliser dans le présent acte.

L'employeur n'est pas tenu de maintenir la couverture quand la suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée (congé parental par exemple). Si l'employeur souhaite assurer ce maintien, il doit le formaliser et le cas échéant le limiter dans le temps.

Portabilité des droits (anciens salariés chômeurs) :

Conformément à l'article L.911-8 du code de la Sécurité Sociale, **les anciens salariés, indemnisés par le régime d'assurance chômage**, bénéficient, pour une durée limitée, du maintien par mutualisation* du régime frais de santé en vigueur dans l'entreprise, (si une couverture des ayants droit est prévue, ajouter ce qui suit) ainsi que celle de leurs ayants-droit déjà affiliés.

Dès lors, le maintien des garanties prend fin dès que l'ancien salarié cesse de justifier auprès de l'organisme prestataire de sa prise en charge par l'assurance chômage.

L'intéressé doit adresser à cet organisme, l'avis d'admission du Pôle emploi puis, par la suite, les attestations d'indemnisation de l'assurance chômage et informer immédiatement cet organisme en cas de reprise d'activité.

**Le maintien par mutualisation (à titre « gratuit » pour l'intéressé mais financé par les actifs et leur employeur) est obligatoire (le cofinancement par l'ex salarié et l'employeur n'est plus autorisé), vérifier auprès du prestataire.*

-Cas d'une entreprise adhérente pour les frais de santé à PROBTP (et pour la prévoyance à PROBTP ou chez un autre prestataire) : La durée du maintien des garanties prévoyance et santé est égale à la période d'indemnisation chômage et dans la limite de 36 mois maximum.

-Cas d'une entreprise adhérente pour les frais de santé auprès d'un autre prestataire que PROBTP (et pour la prévoyance à PROBTP ou chez un autre prestataire), consulter ce prestataire qui doit assurer, a minima, la règle légale pour les frais de santé : La durée du maintien des garanties prévoyance est égale à la période d'indemnisation chômage et dans la limite de 36 mois maximum. Les garanties santé seront maintenues sur une durée dépendant de l'assureur mais au minimum pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite du dernier contrat de travail ou, le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et dans la limite de 12 mois maximum, conformément aux dispositions légales.*

Dispositif Loi Evin sur demande des anciens salariés inactifs :

Conformément à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, le maintien de la couverture santé par l'organisme assureur sera proposé aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement, ainsi qu'aux ayants droit d'un salarié décédé, dans les conditions prévues par le contrat... (indiquer le nom du contrat frais de santé).

INFORMATION DES SALARIES

La présente information sur la décision unilatérale est notifiée par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire ainsi qu'à tout nouvel embauché. En sa qualité de souscripteur, l'entreprise remet également une notice d'information détaillée rédigée par l'assureur résumant notamment les garanties et leurs modalités

FRAIS DE SANTE – MODELE DUE (décision unilatérale de l'employeur)

d'application.

La couverture de frais de santé est souscrite auprès de ... (nom de l'institution de prévoyance/mutuelle /assureur et adresse).

Le choix de cet organisme sera réexaminé tous les cinq ans conformément à l'article L. 912-2 du code de la Sécurité Sociale.

ENTREE EN VIGUEUR DU REGIME

L'engagement de l'employeur de mettre en place cette couverture de frais de santé est à durée indéterminée et prendra effet le ...

Cette couverture mise en place par décision unilatérale de l'employeur sera susceptible d'être modifiée ou dénoncée après mise en œuvre de la procédure jurisprudentielle de dénonciation des usages.

La résiliation par l'organisme assureur de la couverture de frais de santé précitée entraîne de plein droit la caducité de la présente décision par disparition de son objet.

Pour mettre en œuvre la couverture collective de frais de santé, **nous vous prions de nous retourner la présente après avoir complété le coupon-réponse avant le**

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

Fait à.....le.Pour l'entrepriseMonsieur/Madame.....Qualité

Signature.....

Accusé de réception de la notification

ACCUSE DE RECEPTION

DE LA NOTIFICATION DE LA DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR
RELATIVE A LA COUVERTURE COLLECTIVE DE FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE
DE L'ENTREPRISE

Je soussigné (*nom, prénom*)..., salarié de l'entreprise..., a pris connaissance :

- de l'information sur la couverture collective de frais de santé à adhésion obligatoire mise en place par décision unilatérale de l'employeur ;
- et de la notice d'information rédigée par le prestataire résumant les garanties et leurs modalités d'application.

Je déclare :

- adhérer à cette couverture.** J'accepte ainsi le prélèvement sur mon salaire de la part de cotisation y afférente

OU

- refuser l'adhésion à cette couverture** pour le motif légal suivant et attester sur l'honneur remplir toutes les conditions exigées : *explicitier le cas de dispense légal*

Je m'engage à produire tous les justificatifs exigés avant le A défaut, mon affiliation sera effective.

Je déclare avoir été préalablement informé par l'employeur des conséquences de mon choix de refuser la couverture.

Je suis tenu de signaler par écrit à mon employeur dès que je cesse de remplir les conditions exigées pour la dispense.

A défaut de retour du présent coupon réponse dans les ... jours suivant réception, l'affiliation sera effective.

Fait à ..., le ...

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »