

Décision unilatérale de l'employeur instituant un régime complémentaire de remboursement de frais médicaux

Objet : Régime collectif et obligatoire « remboursement de frais médicaux » institué conformément à l'article L.911-1 du CSS

Par la présente, la Direction de la société **SmartViser SAS** (ci-après « la société ») formalise le régime complémentaire de garanties collectives de « remboursement de frais médicaux » institué unilatéralement, dans les conditions qui suivent.

1. Objet de l'engagement de l'employeur

La présente décision, matérialisant la mise en place du régime, a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés, ci-après définis, au contrat d'assurance collective souscrit par la société auprès d'un organisme habilité.

2. Salariés bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés de la société.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'une indemnisation financée au moins en partie par la société.

Dans ce cas, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié acquitte sa part de cotisations.

Dans les autres hypothèses de suspension du contrat de travail, le salarié peut solliciter le maintien de la garantie. Il prend en charge, pendant cette période, l'intégralité du coût de la cotisation mentionnée à l'article 5 du présent écrit (part patronale et salariale).

3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime est obligatoire.

Cependant, les salariés suivants auront la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, sous réserve de justifier d'une couverture individuelle frais de santé.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès *la direction de l'entreprise*, leur dispense d'adhésion au présent régime de remboursement de frais de santé ainsi que tout justificatif nécessaire. A défaut d'écrit adressé à l'employeur dans les 2

semaines jours suivant la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- Les salariés bénéficiant, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :

> dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, à condition que le dispositif prévoie la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;

Ce cas de figure concerne également les couples salariés dans l'entreprise. Dans la mesure où le régime couvre les ayants droit du salarié tels que défini par le contrat d'assurance, il est possible de n'y faire adhérer qu'un seul des deux membres du couple dès lors que l'autre est couvert en qualité d'ayant droit de son conjoint. Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre ces salariés devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de *la direction de l'entreprise*, (il convient de préciser qu'il s'agira du membre du couple percevant la rémunération la plus élevée).

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès *la direction de l'entreprise*, leur dispense d'adhésion au présent régime de remboursement de frais de santé et produire chaque année, au plus tard le 20 Janvier tout justificatif attestant cette couverture. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- > dans le cadre des régimes de remboursement de frais de santé mis en place par l'Etat, ses établissements publics et les collectivités territoriales au bénéfice de leur agents (cf. décrets n°2007-1373 du 19/09/2007 et n°2011-1474 du 8/11/2011) ;
- > dans le cadre des contrats d'assurance de groupe « loi Madelin » applicables aux travailleurs non-salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de *la direction de l'entreprise*, leur dispense d'adhésion au présent régime de remboursement de frais de santé et produire chaque année, au plus tard le 20 Janvier tout justificatif attestant cette couverture. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

4. Garanties

Les garanties souscrites ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations et, le cas échéant, des garanties minimales imposées par la convention collective de branche et des dispositions légales et réglementaires. Par conséquent, les garanties mises en œuvre par le contrat d'assurance relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur retenu,

au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

5. Cotisations

• Une cotisation « isolé/Conjoint »

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » sont fixées dans les conditions suivantes :

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé (Salarié + enfant(s) à Charge)	28,00 €	28,00 €	56,00 €
Conjoint	21,00 €	21,00 €	42,00 €

Les salariés devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont définis dans la notice d'information et le contrat d'assurance.

Les salariés ont l'obligation d'informer la société de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale.

La cotisation d'assurance est susceptible d'être révisée à l'occasion du renouvellement annuel du contrat d'assurance, notamment en cas de variation des caractéristiques de la population couverte appartenant au groupe assuré, en cas de révision tarifaire suite aux résultats techniques, ou en cas de modification de la réglementation applicable.

Toute évolution ultérieure des cotisations, dans une limite égale à 15%, sera automatiquement répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés, sans nécessiter la modification de la présente DUE.

Au-delà de cette limite, la présente décision sera modifiée.

En cas de changement de la répartition Employeur/Salarié, la présente décision serait modifiée.

Cette indexation s'ajoute à toute augmentation du montant des cotisations liée à l'augmentation du plafond de la sécurité sociale.

Les éventuelles augmentations futures des cotisations seront réparties entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celle prévues ci-dessus.

6. Portabilité

Les salariés bénéficiaires du présent régime, ainsi que leurs ayants droit, auront droit au maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues au présent écrit

7. Modification, dénonciation

L'engagement de la société de faire bénéficier aux salariés définis à l'article 2 du présent écrit, d'un régime de garanties collectives en matière de « remboursement de frais médicaux » pourra être modifié ou dénoncé à tout moment, conformément à la procédure jurisprudentielle prévue pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l'employeur en vigueur à cette date.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance précité entraîne de plein droit la caducité de la présente décision par disparition de son objet.

Fait à Rennes, le 02/01/2017

La Direction de la société.



PJ :

- à titre informatif : notice d'information du contrat d'assurance ET résumé des garanties ;
- liste d'émargement à retourner signée.