

LA COMPLEMENTAIRE SANTE OBLIGATOIRE

Régime

Note juridique/RH

Novembre 2015

Principes directeurs

À partir du 1^{er} janvier 2016, une couverture complémentaire santé collective (mutuelle d'entreprise) doit être proposée par l'employeur à tous ses salariés en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

L'employeur devra opérer cette mise en œuvre selon les modalités prévues à l'article [L 911-1 Css](#), soit : accord d'entreprise, référendum majoritaire des salariés et décision unilatérale de l'employeur.

La contrepartie de cette obligation pour l'employeur correspond à une **exonération de cotisations sociales sur les contributions patronales finançant les prestations** de prévoyance complémentaire ou de retraite supplémentaire.

Cette exclusion de l'assiette de cotisations sociales n'est possible que **si les garanties souscrites revêtent un caractère obligatoire** pour les salariés, et **collectif**, c'est à dire bénéficiant à l'ensemble des salariés ou une partie d'entre eux (« catégorie objective ») avec un taux ou montant de contribution patronale uniforme ([art R 242-1-1 et suivants Css](#)). La couverture frais de santé doit aussi être conforme aux contrats responsables ([art R 871-1 et R 871-2 du Css](#)) et au panier minimal de soin¹ (PMS) précisé à l'article [D 911-1 CSS](#).

NOTA : Les personnels bénéficiant d'un Contrat d'Engagement Educatif (CEE) doivent être considérés comme salariés et être couverts par le régime frais de santé à caractère obligatoire et collectif (sauf cas de dispense prévu) ; ces derniers ne peuvent par ailleurs pas constituer une « catégorie objective », l'article R 242-1-1 Css interdisant de prendre en compte les critères du temps de travail et/ou la nature du contrat.

En tout état de cause, les garanties proposées ne peuvent être inférieures au PMS conventionnel, l'employeur assure 50%.

La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié) et est intégrée dans le revenu imposable du salarié.

Enfin, la complémentaire santé devra **intégrer la portabilité** pour les salariés sortants de l'entreprise ([art L 911-8 Css](#)) : sous certaines conditions et dans la limite de 12 mois suivant la rupture du contrat de travail.

II : Couverture obligatoire et collective :

Le principe est que, dès lors qu'un salarié est lié par contrat de travail, il est couvert par la complémentaire santé mise en place par l'entreprise, sauf à demander lui-même de bénéficier d'un des cas de dispense prévus par :

- **la loi** ([Art R 242-1-6 Css.](#))
- **l'acte fondateur** (Accord, DUE).

¹ Décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Cas de dispense ²	Régime mis en place par DUE	Quel que soit le mode de mise en place	Conditions
Salarié présent lors de la mise en place du régime par DUE ³	✓		Aucune, pas besoin de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois		✓	Justifier annuellement par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission inférieur à 12 mois		✓	En principe aucune. <i>Cependant, la CCN Animation ne distinguant pas selon la durée des CDD, un justificatif serait donc toujours requis pour cette dispense</i>
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute		✓	Aucune.
Salariés bénéficiaires de la CMUC		✓	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la CMUC à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires de l'ACS		✓	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure		✓	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel. Attestation d'assurance indiquant la date d'échéance à fournir. Attention : Cas de dispense temporaire, sans fondement au 1 ^{er} janvier 2017
Salariés bénéficiaire y compris en tant qu'ayant droit d'une couverture collective de frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du 26 mars 2012		✓	Justificatif à fournir chaque année par le salarié.

En résumé, le contrat de couverture collective complémentaire doit remplir les conditions suivantes :

- Elle est **prévue pour l'ensemble des salariés et leurs ayants droit, ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux.**

Ces catégories doivent être définies à partir de **critères objectifs, généraux et impersonnels**, la [circulaire ministérielle N°DSS/SD5B/2013/344](#) donne des précisions utiles sur ce point.

² Hormis le premier cas de dispense, ces cas de dispense d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.

³ Ce cas de dispense ne nécessite pas de figurer dans l'acte interne mettant en place le régime si celui-ci prévoit une cotisation à la charge du salarié (application article 11 loi n°89-1009) ; en revanche, si la cotisation est uniquement patronale, ce cas de dispense doit figurer dans ledit acte.

- **le contrat souscrit est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas de dispense** qui sont encadrés par l'article [R 242-1-6](#) et doivent être prévus par l'acte fondateur.

ATTENTION : A compter du 1^{er} janvier 2016, les garanties du panier minimal de soins devront bénéficier à l'ensemble des salariés liés par contrat de travail, **aucun salarié ne pourra être exclu de ces garanties au titre d'une clause d'ancienneté**⁴.

NOTA : Une clause d'ancienneté de 12 mois maximum reste autorisée uniquement pour la retraite supplémentaire et la prévoyance lourde (Art R 242-1-2, 4°Css).

- C'est lorsque le cas est prévu et que l'initiative vient du salarié que la dispense peut jouer. Les salariés intéressés devront demander, **par écrit, auprès de leur employeur**, leur dispense d'adhésion au régime et produire **tout justificatif requis** (que ce soit pour les salariés en cours de contrat au 1er janvier 2016 comme pour les nouvelles embauches). Cette demande doit être **faite dans les 30 jours, soit suivant l'embauche, soit suivant le changement de situation, soit suivant la mise en place du régime selon le cas**. Les **justificatifs de la dispense** doivent être **produits et renouvelés chaque année** par le salarié dans tous les cas, l'employeur doit pouvoir en justifier à son tour.

NOTA : tous les salariés sont concernés par la couverture complémentaire d'entreprise, **les fonctionnaires détachés ou mis à disposition doivent souscrire au contrat santé de la structure qui accueille si l'employeur verse une rémunération en plus de leur traitement, à moins de justifier d'un des cas de dispense précités**.

- L'employeur doit bien sûr veiller à couvrir chacun de ses salariés ou à disposer des éléments justificatifs adéquats de **dispense**, mais il a également dans ce cadre **une obligation d'information renforcée vis-à-vis de ses salariés**. Le décret 2014-786 du 8 juillet 2014 prévoit en effet que **l'employeur doit informer le salarié des conséquences de son choix et que la demande de dispense du salarié comporte la preuve de cette information**.

III : Niveau de couverture

Le contrat souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur ou mutualiste habilité devra répondre du caractère « **responsable** » au sens entendu par les textes (art R 871-1 et -2 du Css) ; le droit à une exonération de charges sociales est ainsi ouvert à condition de respecter certaines règles sur les garanties offertes.

Les organismes assureurs ont **l'obligation de couvrir le panier minimal de soin** prévu par les textes, tout en respectant certains plafonds de couverture ou encore certaines interdictions de prises en charge.

⁴ Lettre Circulaire ACOSS du 12 août 2015, n° 20150000045

IV : Choix de l'organisme assureur

Les branches professionnelles ont entendu recommander certains organismes assureurs ou mutualiste sans que cette désignation ne revête systématiquement un caractère obligatoire :

- **Branche l'Animation** : les partenaires sociaux ont recommandé les organismes groupement MUTEX, UMANENS (la mutuelle familiale) et HUMANIS Prévoyance au travers d'un avenant ([AVENANT à la CCN n° 154 du 19 mai 2015](#)). Cette recommandation a pour objectif d'assurer une bonne mutualisation de la couverture santé au niveau de la branche mais ne contraint pas les employeurs à choisir les organismes visés.

Cette recommandation a pour objectif d'assurer une bonne mutualisation de la couverture santé au niveau de la branche mais ne contraint pas les employeurs à choisir les organismes visés.

- **Branche Tourisme Social et Familial** : HUMANIS et les mutuelles coordonnées par MUTEX que sont ADREA, APREVA, EOVI Mutuelle, HARMONIE mutuelle, OCIANE ([AVENANT n°3 du 19 mars 2013](#)).

NOTA : Malgré la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013⁵ reconnaissant les « *clauses de désignation* » comme contraires à la Constitution et les censurant, la Cour de cassation a réhabilité temporairement celles qui étaient préexistantes dans les accords de branche⁶.

- Les entreprises de la branche TSF restent donc contraintes d'adhérer à l'un des organismes « désignés », et ce jusqu'au 19 mars 2018 ou, si elle est postérieure, jusqu'à échéance des contrats les liants à ces organismes.

ATTENTION : les entreprises entrant dans le champ d'application d'un accord portant clause de désignation recevable – *signés avant le 16 juin 2013 = date de publication de la DC du Conseil constitutionnel* – ont l'obligation d'y adhérer, même si elles ont déjà contracté avec un autre organisme car dans le cas contraire, une régularisation de l'adhésion et de paiement d'un rappel de cotisation pourra être demandée par l'organisme assureur « lésé ».

- **Branche Sport** : B2V prévoyance/Allianz, MUTEX et UMANENS ([ACCORD en cours de signature, Commission mixte paritaire du 6/11/2015](#)).



- **Le cadre construit autour de la complémentaire santé d'entreprise est évidemment à respecter sous tous ses aspects, un redressement de l'URSSAF peut être enclenché dans le cas contraire !**

- **En annexe** : **MODELES** DUE, liste émargement, demande de dispense.

⁵ Conseil Constl, DC n° 2013-672 du 13 juin 2013

⁶ Cass. Soc 11 février 2015, n° 14-13.538

Modèle de Décision Unilatérale de l'Employeur généralisant la couverture des frais de santé

Conformément aux dispositions du titre premier du livre IX du Code de la Sécurité sociale, en particulier son article L 911-1, **La Ligue de l'Enseignement – Fédération X** (ci après « l'Association ») représentée par **M/ Mme X** en sa qualité de **X**

A décidé de **1) mettre en place OU 2) mettre en conformité** unilatéralement une couverture complémentaire de frais de santé permettant notamment de compléter pour chaque bénéficiaire concerné le montant des prestations qu'il percevra des organismes de Sécurité Sociale.

CONTEXTE propre à la structure à préciser...

PREAMBULE

Le présent document vient formaliser, conformément aux articles L.911-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, (**après information/consultation du comité d'entreprise lors de la réunion du XX/XX/20XX le cas échéant**) la décision unilatérale de l'employeur (DUE) [1] **d'instituer dans OU [2] d'élargir à l'ensemble du personnel de l'Association un régime complémentaire de frais de santé et en fixer le cadre, et ce conformément aux dispositions indérogeables de l'accord de branche applicable en la matière :**

A PRECISER :

- Animation : **AVENANT n° 154 du 19 mai 2015**
- Sport : **ACCORD en cours de signature, Commission mixte paritaire tenue le 6/11/2015**
- TSF : **AVENANT n°3 du 19 mars 2013**

La présente DUE s'inscrit dans le cadre des nouvelles exigences légales et réglementaires actuellement en vigueur en matière sociale et fiscale, elle **visé [1] à mettre en place un régime collectif de frais de santé à adhésion obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016 OU [2] à remplacer le régime frais de santé jusqu'alors en vigueur par un régime de couverture d'entreprise collectif, obligatoire, et responsable à compter du 1^{er} janvier 2016.**

Le présent document est remis contre décharge à chaque salarié ou nouvel embauché à titre de simple information, il ne saurait présenter un caractère contractuel.

Article 1. Objet

Dans le cadre de la présente DUE, les engagements de l'Association portent exclusivement sur :

- La souscription auprès d'un organisme assureur/mutualiste **de son choix OU recommandé par la branche**, d'un contrat couvrant pour les salariés visés à l'article 2, ainsi que leurs ayants droit accessoirement, le remboursement des frais de santé (prestations en nature) en complément du régime général de la Sécurité Sociale ;
- La contribution au financement du régime, dans les conditions définies ci-après ;

- La réalisation des formalités administratives d'adhésion, d'affiliation, de radiation, d'information du personnel et de versement des cotisations auprès de l'organisme assureur.

L'Association n'est engagée que sur une participation au financement du régime et ne saurait être tenue au paiement des prestations, lesquelles relevant de la responsabilité exclusive de l'organisme assureur/mutualiste.

Article 2. Champ d'application - bénéficiaires

La présente DUE s'applique dans tous les établissements actuels et futurs de l'Association. (Éventuellement relevant de la **Convention Collective de l'Animation/ TSF/ Sport**).

Article 2.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Tous les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture obligatoire de base telle que prévue à l'article 4.2, sauf à relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale et rappelés à l'article 2.2.

Compte tenu du caractère collectif et obligatoire du régime complémentaire de frais de santé, celui-ci s'impose de plein droit dans les relations individuelles de travail à l'ensemble des bénéficiaires définis ci-dessus, en tant qu'élément du statut collectif de l'Association.

L'équilibre technique du régime est conditionné à ce caractère obligatoire, il permet de faire profiter le personnel des dispositions favorables des articles 83-1° quater du Code général des impôts et des articles L 242-1 et D. 242-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale qui autorisent :

- La déduction de l'assiette de l'impôt sur le revenu des cotisations afférentes à un régime de prévoyance obligatoire ;
- L'exonération de cotisations de sécurités sociales sur le financement patronal de cet avantage (sauf CSG/CRDS).

A noter que les éventuelles cotisations facultatives complémentaires des salariés (pour augmenter leurs garanties) ne bénéficient pas de cette dérogation fiscale.

A cet égard, l'Association confirme que le contrat qui sera souscrit sera conforme aux dispositions visant les contrats responsables ; le régime et le contrat y afférent sont donc mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L 871-1, R 871-1, R 871-2 et L 242-1 alinéa 6 et 8 du code de la sécurité sociale.

Par conséquent sont obligatoires :

- L'affiliation des bénéficiaires auprès de l'organisme assureur/mutualiste à l'exception de ceux présents avant la mise en place du présent régime et ayant fait valoir à cette date (ou dans les 30 jours de la mise en place) et par écrit leur droit d'opposition, conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, de l'article R.242-1-6, 1° du code du travail, et aux circulaires qui y ont fait suite

ATTENTION : ce droit d'opposition ne peut porter sur la couverture obligatoire de base définie par la branche lorsqu'un accord de branche existe, il se limite à ce qui a été décidé unilatéralement par l'employeur et ne peut donc porter que sur les garanties supplémentaires prévues par lui.

- Le précompte correspondant à la part salariale des cotisations d'assurance.

Il est rappelé que l'adhésion au titre des garanties de base est irrévocable et définitive pour toute la durée d'application du régime.

(A PRECISER SELON : Si tous les salariés de l'Association sont concernés par la couverture frais de santé, ceux-ci sont répartis selon X « catégories objectives » : CATEGORIES OBJECTIVES A PRECISER ET EXPLICITER LE CAS ECHEANT).

Différents régimes frais de santé sont ainsi applicables dans l'Association, ils sont précisés aux articles 4 relatif aux prestations, et 7 relatif aux cotisations.

Article 2.2. Les cas dérogatoires

Par dérogation au caractère obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale, et sous réserve des dispositions de branche applicables, peuvent, à leur initiative, être dispensés d'affiliation au présent régime complémentaire de frais de santé en fournissant régulièrement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- Les apprentis et salariés sous contrat à durée déterminée, sous réserve, de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties (sauf pour les apprentis et les titulaires de contrat d'une durée inférieure à 12 mois : CONDITION supprimée dans la CCN Animation, justificatif requis quelle que soit la durée du CDD) ;
- Les salariés à temps partiel dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé sous réserve de justification ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, la dispense jouant jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- Les salariés, quelle que soit leur date d'embauche, qui bénéficient par ailleurs y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté ministériel, c'est-à-dire les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire et obligatoire par leur conjoint, concubin, compagnon de PACS et les salariés à employeurs multiples.

Les salariés concernés devront produire à cet effet, lors de l'entrée en de la présente DUE ou de leur embauche, puis chaque année (le ... du mois de ... au plus tard), une attestation d'affiliation ou tout document confirmant leur situation.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime dans un délai d'un mois à compter de la mise en place du régime dans la structure, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai d'un mois qui suit leur embauche.

ATTENTION : Les collaborateurs ci-dessus ayant choisi de ne pas adhérer au régime ne seront donc pas affiliés auprès de l'organisme assureur/mutualiste et ne bénéficieront pas de la participation de l'association au financement de leur couverture, et ce, pendant toute la durée du rattachement à celle-ci.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

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

Article 3. Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

3.1. Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L.911.8 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de rupture du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié peut conserver le bénéfice des garanties du régime frais de santé et ce, sur la base du dispositif en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties de frais de santé prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail ou de l'acceptation d'un contrat de sécurisation professionnelle, pour une durée égale à celle de l'indemnisation du chômage, appréciée en mois entiers et dans la limite de 12 mois.

Les garanties maintenues sont identiques à celles du personnel en activité ; les éventuelles modifications apportées ultérieurement au régime seront également applicables aux bénéficiaires du dispositif.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'employeur doit adresser à ce dernier, dès la cessation du contrat de travail, une demande nominative de maintien de garantie stipulant notamment les dates de début et de fin prévisibles du droit à maintien des garanties. Le salarié doit adresser le justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur/mutualiste dans les meilleurs délais.

Toute suspension du versement des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien.

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, à la date à laquelle :

- Il reprend une activité professionnelle et cesse d’être indemnisé par le régime d’assurance chômage ;
- Il bénéficie d’une pension de retraite du régime général.

L’ancien salarié doit également informer l’organisme assureur/mutualiste immédiatement de tout évènement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l’expiration de la période prévue, ceci afin d’éviter que les prestations ne soient indûment versées.

Le financement de ce dispositif fait l’objet d’une mutualisation, il est inclus dans la cotisation fixée pour le personnel en activité à l’article 7 du présent accord.

3.2. Article 4 de la Loi Evin

Conformément aux dispositions de l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie de frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d’examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires d’une rente d’incapacité ou d’invalidité ;
- Les anciens salariés bénéficiaires d’une pension de retraite ;
- Les anciens salariés privés d’emploi, bénéficiaires d’un revenu de remplacement ;
- Les personnes garanties du chef de l’assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l’organisme assureur/mutualiste dans les 6 mois suivants la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivants l’expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

L’organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent régime au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 4. Prestations

4.1 Généralités

L’Association n’est pas engagée sur la définition, le niveau ou le service des prestations ou remboursements, qui relèvent de la responsabilité exclusive de l’organisme assureur.

Le contrat d’assurance souscrit est un contrat « responsable », conformément aux articles L.322-2 II et III, L.871-1 et 2 du Code de la Sécurité Sociale ainsi qu’à l’arrêté interministériel du 8 juin 2006.

Afin de rester conforme à ce cahier des charges en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative ou de la jurisprudence, il sera adapté selon la procédure de l'article 10 ci-après.

L'ensemble des règles applicables concernant les garanties et leurs modalités d'application sont détaillées précisément dans la notice d'information établie par l'organisme assureur/mutualiste et remise à chaque bénéficiaire.

Il est rappelé que chaque bénéficiaire doit veiller à respecter les conditions de prise en charge prévues par le contrat d'assurance, sous peine de refus de couverture par l'organisme assureur. Dans ce cas, aucun recours ne saurait être dirigé contre ce dernier.

4.2 Garanties de base obligatoire :

A titre informatif à la date de mise **en place OU mise à jour** du régime, les garanties obligatoires de base sont présentées dans le tableau suivant :

(Insérer le tableau décrivant les garanties de base prises en charge par le contrat collectif)

4.3 Amélioration de la couverture de frais de santé

Au-delà du régime obligatoire de la structure, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme gestionnaire à un régime de garantie frais de santé plus favorable.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier.

(Insérer le tableau décrivant les garanties optionnelles prises en charge par le contrat collectif)

4.4 Extension de la garantie frais de santé aux ayants droit du salarié

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié.

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- Son conjoint ;

Et/ou

- Ses enfants.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié, si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur/mutualiste de la demande d'extension, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garantie que le salarié lui-même.

La cotisation finançant l'extension de la garantie de frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié.

Article 5. Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime de base obligatoire et le cas échéant, le salarié s'acquittera de la cotisation correspondant aux options ainsi que celle relative à l'extension de la garantie de frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la suspension temporaire de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur/mutualiste en soit informé dans un délai de ... mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur/mutualiste de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime.

Article 6. Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent en cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin et dans le cadre du dispositif du maintien des garanties prévues par l'article L911.8 du Code de la Sécurité Sociale (cf. Art 3).

Toutes les actions décrivant des opérations mentionnées au présent régime notamment les demandes de prestations sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité Sociale, à l'article L 221-11 du code de la Mutualité et au code des assurances.

Article 7. Cotisations

La charge de cotisation du régime de base obligatoire est répartie comme suit :

- ...% pour l'employeur
- ...% pour le salarié.

Ces dispositions assurent une prise en charge d'au moins 50% par l'employeur pour des garanties correspondant au panier minimum de soins défini à l'article D.911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Le taux de cotisation est de ...% du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit un montant de ...€ (valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014).

OU ...% de la rémunération brute du salarié

OU d'un montant forfaitaire de X

(Insérer le tableau décrivant les cotisations au contrat collectif)

Le montant définitif sera arrêté chaque fin d'année N, au mois de pour l'année suivante N+1 en fonction du niveau d'adhésion.

Les cotisations sont susceptibles d'être révisées en cours d'année en fonction de la démographie des salariés adhérents au régime, des évolutions législatives et des résultats techniques du régime. Les évolutions de cotisations futures seront réparties entre l'entreprise et le salarié dans la même proportion que la répartition initiale.

Article 8. Choix de l'organisme assureur

A compter de la mise en place du régime, l'organisme choisi est ...

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la Sécurité Sociale, le choix de l'organisme assureur/mutualiste (et le cas échéant de l'intermédiaire) sera réexaminé après, le cas échéant, consultation des institutions représentatives du personnel, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la prise d'effet du présent accord.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement par l'employeur du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative de la présente décision.

Article 9. Information des salariés

La présente DUE est remise individuellement à chaque bénéficiaire, accompagnée d'une notice d'information.

Ces documents seront remis contre décharge (signature de la feuille d'émargement), à l'exception des absents, auxquels ils sont adressés par lettre recommandée avec avis de réception.

Les futurs embauchés bénéficiaires se verront remettre ou adresser ces mêmes documents, accompagnés d'un bulletin d'adhésion lors de l'embauche en vue de leur affiliation, selon les mêmes modalités.

Conformément à l'article R.2323-1-11 du Code du travail, le comité d'entreprise, s'il existe, (ou à défaut les délégués du personnel), sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties collectives.

En outre, chaque année, le comité d'entreprise (ou à défaut les délégués du personnel) pourra solliciter de l'Association la communication du rapport annuel de l'organisme assureur/mutualiste sur les comptes du contrat d'assurance.

Les cotisations correspondant à la participation des salariés bénéficiaires feront l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur leur rémunération.

Article 10. Révision - dénonciation

La présente DUE pourra à tout moment être révisée dans son contenu ou dénoncée par l'Association, conformément aux règles de dénonciation des usages d'entreprise en vigueur, à savoir :

- le cas échéant, procédure préalable d'information-consultation des représentants du personnel ;
- information écrite individuelle de chaque bénéficiaire ;
- délai suffisant avant la prise d'effet des modifications ou de la dénonciation.

La présente DUE pourra également se voir substituer, de plein droit, les dispositions nouvelles d'un accord collectif ou référendaire portant sur le même objet, conformément à l'article L.911-5 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 11. Date d'application - durée

Ce régime entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les garanties ainsi proposées sont instituées pour une durée indéterminée.

Fait à Le/...../.....

LISTE D'EMARGEMENT

Dans ce cadre de la mise en place du régime complémentaire de frais de santé, la Direction a procédé à la remise à chaque bénéficiaire visé dans la liste d'émargement figurant ci-dessous, des documents suivants :

1. La copie de la décision unilatérale de l'employeur (DUE) relative au régime complémentaire de frais de santé (annexe 1) ;
2. La notice d'information correspondante (annexe 2).

Chaque bénéficiaire reconnaît avoir eu communication de ces documents, en mains propres, et avoir été invité à en prendre connaissance.

Il est rappelé que ces documents sont remis à titre exclusivement informatif et ne présentent pas un caractère contractuel.

Bénéficiaires du régime	
Nom et prénom	J'atteste avoir reçu un exemplaire de la décision unilatérale et de la notice (signature et date)
M.....	
M.....	
M.....	
M.....	
M.....	
M.....	
M.....	

Fait à

Le

M.....

De l'Association

DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTE

➤ Cette attestation est à compléter par le/la salarié(e) souhaitant être dispensé(e) d’affiliation, elle est à remettre signée à l’employeur qui devra la conserver avec les justificatifs associés le cas échéant.

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse :

.....

Je me trouve dans l’une des situations suivante (A COCHER) et je demande à ne pas être affilié(e) au régime collectif et obligatoire frais de santé en vigueur dans mon entreprise :

- Salarié(e) couvert(e) par une assurance individuelle frais de santé jusqu’au : / /
 - Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
 - Salarié(e) bénéficiaire d’une Aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS)
 - Salarié(e) à temps partiel et apprentis dont l’affiliation au système de garantie me conduirait à m’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10% de la rémunération brute
 - Salarié(e) bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée, d’un contrat d’apprentissage ou d’un contrat de mission inférieur à 12 mois
 - Salarié(e) bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée, d’un contrat d’apprentissage ou d’un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois
- ATTENTION : sans distinction + ou – douze mois dans la CCN Animation
- Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu’ayant droit, d’une couverture collective frais de santé relevant de l’un des dispositifs de prévoyance complémentaire fixés par l’arrêté du 26 mars 2012
 - Salarié(e) présent(e) dans l’entreprise lors de la mise en place (uniquement si mise en place du régime par décision unilatérale de l’employeur OU pour les options proposées par l’employeur au-delà des garanties de base fixées par sa branche).

J’ai été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire frais de santé. En renonçant à l’affiliation au régime frais de santé proposé par mon employeur, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j’ai des frais de santé ou d’hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d’accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l’Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

J’atteste l’exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l’attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d’affiliation.

J’ai bien noté, qu’en fonction de ma situation, un justificatif est à fournir chaque année (cf. tableau ci après).

Fait à

Le

SIGNATURE OBLIGATOIRE SALARIE(E)

Tableau récapitulatif des cas de dispense et conditions à remplir :

Cas de dispense ¹	Régime mis en place par DUE	Quel que soit le mode de mise en place	Conditions
Salarié présent lors de la mise en place du régime par DUE ²	✓		Aucune, pas besoin de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois		✓	Justifier annuellement par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission inférieur à 12 mois		✓	En principe aucune. <i>Cependant, la CCN Animation ne distinguant pas selon la durée des CDD, un justificatif serait donc toujours requis pour cette dispense</i>
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute		✓	Aucune.
Salariés bénéficiaires de la CMUC		✓	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la CMUC à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires de l'ACS		✓	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure		✓	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel. Attestation d'assurance indiquant la date d'échéance à fournir. Attention : Cas de dispense temporaire, sans fondement au 1 ^{er} janvier 2017
Salariés bénéficiaire y compris en tant qu'ayant droit d'une couverture collective de frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du 26 mars 2012		✓	Justificatif à fournir chaque année par le salarié.

¹ Hormis le premier cas de dispense, ces cas de dispense d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.

² Ce cas de dispense ne nécessite pas de figurer dans l'acte interne mettant en place le régime si celui-ci prévoit une cotisation à la charge du salarié (application article 11 loi n°89-1009) ; en revanche, si la cotisation est uniquement patronale, ce cas de dispense doit figurer dans ledit acte.