

**(MODELE DE) DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR
MISE EN PLACE D'UN REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE**

Document remis à chaque salarié concerné, présent à l'effectif au jour de la mise en place des garanties collectives couvrant les frais de santé puis aux nouveaux embauchés.

NB : toutes les indications en rose sont à supprimer dans votre document définitif.

Dans tous les cas s'assurer que le régime mis en place par DUE est bien conforme à l'accord frais de santé figurant au sein de la CCN applicable à l'association (ex : niveau de garanties, montant, répartition et structure de cotisation, catégories objectives retenues, personnes couvertes ...)

L'association.....

dont le siège social est situé.....*(adresse du siège social)*

dont le numéro de SIRET est le

représentée par

en sa qualité de *(qualité du représentant pouvant valablement engager l'association)* a pris la décision de mettre en place un régime de prévoyance complémentaire « Frais de santé », conformément à la loi de sécurisation de l'emploi n°2013-504 du 14 juin 2013, qui a consacré la généralisation de la couverture complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé, depuis le 1^{er} janvier 2016.

Cette décision est prise au regard du désengagement croissant du régime obligatoire de la Sécurité sociale, des changements dans l'organisation du système de frais de santé et des politiques nouvelles de remboursements. La présente Décision Unilatérale vise à instaurer et présenter les modalités, conditions et garanties du régime frais de santé obligatoire mis en place.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation des institutions représentatives du personnel en date du

1 – OBJET

L'objet de la présente Décision Unilatérale est d'instituer un régime complémentaire frais de santé collectif à adhésion obligatoire permettant d'offrir aux salariés de l'association des prestations frais de santé venant en complément des garanties servies par les Organismes d'Assurance Maladie.

Ce régime répond aux obligations légales et réglementaires en matière :

- de généralisation de la complémentaire santé, en offrant des garanties au moins égales à celles prévues par le panier de soins minimal tel qu'il est défini à l'article D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale et,
- de contrats responsables, en respectant les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

L'adhésion au régime est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail.

2 – PERSONNEL BENEFICIAIRE

2.1 – CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION

L'adhésion au régime frais de santé est obligatoire pour *(l'ensemble des salariés ou préciser la catégorie objective de salariés bénéficiaires)* présents dans l'association au jour de la mise en place du régime ainsi que pour tous ceux embauchés postérieurement.

Si l'association souhaite distinguer différentes catégories objectives de salariés bénéficiaires

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative : il appartient à l'association, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Distinction des salariés possible :

→ En application du critère n°1 de l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale :

- *Cadres pouvant être définis de l'une des manières suivantes : personnel relevant de l'article 2.1 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres / personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres / personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et personnel assimilé à des cadres pour la protection sociale complémentaire.*
- *Non cadres pouvant être définis de l'une des manières suivantes : personnel ne relevant pas de l'article 2.1 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres / personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres / personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et personnel non assimilé à des cadres pour la protection sociale complémentaire.*

A noter : *les catégories « cadres » et « non cadres » sans autre précision (et notamment sans référence à l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ou à la définition des « non cadres » qui peut en résulter, par a contrario) ne remet pas en cause les exclusions de l'assiette sociale. Dans ce cas :*

- *pour les cadres, il s'agit alors des ingénieurs, cadres, VRP ainsi que cadres dirigeants affiliés au régime général (i.e. champ défini par l'article 2.1 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres)*
- *pour les « non cadres », il s'agit de l'ensemble des salariés non affiliés à l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.*

→ En application du critère n°2 de l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale :

- *Les catégories de personnel définies par référence à un seuil de rémunération égal au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) ou à 2, 3, 4 ou 8 fois sa valeur, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la tranche 2 (soit 8 fois le plafond de la sécurité sociale).*

Attention : *en tout état de cause, en santé, lorsque des catégories sont définies, l'ensemble du personnel doit néanmoins être couvert pour répondre au caractère collectif et obligatoire du régime.*

2.2 – LES AYANTS DROIT

Le cas échéant, préciser les modalités de couverture des ayants droit au titre du régime frais de santé mis en place.

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.

2.3 – DISPENSES D’AFFILIATION

Peuvent demander à ne pas adhérer au régime, les salariés concernés par l’une des situations mentionnées ci-après, sous réserve de répondre aux conditions fixées par la réglementation.

Toute demande de dispense d’adhésion au régime doit être formulée par écrit auprès de (*à préciser*) dans un délai de (*à préciser*) à compter de la notification de la présente décision unilatérale.

Celle-ci doit faire référence à la nature des garanties auxquelles le salarié concerné renonce et précise qu’il a été préalablement informé par l’employeur des conséquences de son choix.

L’employeur doit être en mesure de produire à tout moment, la demande de dispense du salarié concerné, accompagnée le cas échéant, des justificatifs correspondants

- **Dispenses de droit** (*Lorsqu’elles sont invoquées par les salariés, l’employeur est tenu d’y faire droit y compris lorsqu’elles ne figurent pas dans l’acte juridique instituant le régime*)
 - **Au moment de la mise en place du régime** : les salariés employés dans l’association avant la mise en place du régime « Frais de Santé » collectif à adhésion obligatoire par décision unilatérale, en application de l’article 11 de loi n° 89-1009 dite « loi Evin ». Cette dispense doit être signifiée par écrit à l’association.
 - **À tout moment** : les salariés bénéficiaires de la couverture complémentaire santé solidaire (C2S). Cette dispense ne peut jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture santé solidaire, sauf présentation d’un nouveau justificatif par le salarié.
 - **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche si elle est postérieure** : les salariés bénéficiant d’une couverture individuelle de frais de santé. Cette dispense ne peut jouer que jusqu’à la date d’échéance du contrat individuel.
 - **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche ou à la date d’effet de la couverture invoquée** : les salariés qui bénéficient par ailleurs, pour les mêmes risques, y compris en tant qu’ayants droit, de l’un des dispositifs suivants :
 - une couverture complémentaire santé collective et obligatoire, que cette couverture soit à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative pour les ayants droit,
 - un régime de protection sociale complémentaire des fonctionnaires,
 - un contrat d’assurance de groupe frais de santé, répondant aux conditions de la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin »,
 - un régime local d’assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,
 - un régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières.
 - **Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission** pour lesquels la durée de l’adhésion à la couverture collective et obligatoire frais de santé mise en place dans l’association serait inférieure à 3 mois et pouvant justifier être couverts par ailleurs par un contrat santé répondant au cahier des charges du contrat responsable.
Cette durée s’apprécie à compter de la date de prise d’effet du contrat de travail et sans prise en compte de l’application, le cas échéant, de la portabilité.
 - **A tout moment** : les ayants-droit du salarié qui bénéficient :
 - d’une couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire, que cette couverture soit à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative pour les ayants droit,
 - du régime de protection sociale complémentaire des fonctionnaires,
 - d’un contrat d’assurance de groupe frais de santé, répondant aux conditions de la 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 relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières,

L'ayant-droit devra apporter chaque année la preuve qu'il remplit les conditions de cette dispense d'affiliation.

Si l'association souhaite mettre en place des dispenses d'affiliation :

- **Dispenses facultatives** (*Dispense à la main de l'association conformément à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale - à sélectionner selon les besoins de l'association*)

- **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche si elle est postérieure : les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois**, y compris lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
- **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche si elle est postérieure : les salariés et apprentis, bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois** qui justifient d'une couverture individuelle de remboursement de frais de santé souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.
Ceux-ci devront apporter chaque année la preuve qu'ils remplissent les conditions de cette dispense d'affiliation.
- **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche si elle est postérieure : les salariés à temps partiel et les apprentis n'ayant pas de couverture individuelle ou collective dont l'adhésion au système de garanties les conduiraient à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.**

Le seuil s'apprécie au regard de toutes les garanties de protection sociale complémentaire (santé et prévoyance).

- **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche si elle est postérieure : les salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants :**
 - D'un régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - D'une caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF)
- **Au jour de la mise en place du régime ou au jour de leur embauche si elle est postérieure : les salariés couverts par un dispositif de protection sociale complémentaire dont le financement est exclusivement patronal (Article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin »)**

Cas particulier des couples salariés travaillant dans la même association :

Si la couverture de l'ayant-droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant-droit.

Si la couverture de l'ayant-droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

Le maintien des dispenses d'adhésion est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'association : à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime.

En renonçant à son adhésion au régime de frais de santé, le salarié renonce pour lui et ses ayants droit (*uniquement si couverts*) à tout remboursement au titre dudit régime. Il renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien de la couverture au titre de l'article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

3 – FINANCEMENT

3.1 – ASSIETTE, TAUX ET REPARTITION DES COTISATIONS

** Si la cotisation est exclusivement prise en charge par l'employeur et l'assiette correspond à la rémunération du salarié :*

Les cotisations, exprimées en pourcentage des rémunérations, sont fixées à (pourcentage) %.
L'entreprise prend en charge l'intégralité de ces cotisations.

** Si la cotisation est exclusivement patronale et son taux diffère selon des tranches de rémunération :*

Le financement du régime est assuré par des cotisations exprimées *en euros ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)*. Lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage du PMSS, celle-ci varie en fonction de l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le montant du PMSS est déterminé chaque année par arrêté.

Les cas échéant, préciser lorsque les ayants droits du salarié bénéficient obligatoirement du régime.

Au (préciser la date), le montant de la cotisation totale est de (préciser le montant) euros *ou* % du PMSS, soit (préciser le montant) euros.

La cotisation est répartie entre l'association et le salarié, comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur (ou plus, 50 % étant le minimum légal en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale);
- 50 % à la charge du salarié (ou moins).

Le cas échéant, préciser les parts employeur et salarié en fonction de la structure de cotisation retenue isolé/couple/famille.

La part salariale de la cotisation mensuelle est précomptée tous les mois par l'association sur la fiche de paie du salarié.

Si adhésion facultative des ayants droit indiquer : Les ayants-droit du salarié peuvent adhérer au régime. La cotisation correspondant à l'affiliation facultative de ces ayants-droits est à la charge **exclusive** des salariés et est déterminée de la manière suivante : ... % du PMSS *ou* euros.

Si besoin préciser les modalités du prélèvement de la cotisation résultant de l'affiliation facultative des ayants droit.

3.2 – EVOLUTION ULTERIEURE DES COTISATIONS

Toute évolution ultérieure des garanties ou des cotisations communiquée par l'organisme assureur due notamment au déséquilibre entre les prestations et les cotisations sera automatiquement répercutée sur les cotisations du régime Frais de santé mis en place par la présente Décision Unilatérale, selon la même répartition initialement définie entre l'association et le salarié.

Par ailleurs, toute évolution législative ou réglementaire ou toute nouvelle disposition prise par les Organismes d'Assurance Maladie, susceptible d'avoir un impact sur le régime Frais de santé mis en place par la présente Décision Unilatérale sera automatiquement répercutée sur le régime Frais de santé sans remettre en cause les termes de la présente Décision Unilatérale.

4 – GARANTIES

Le contenu des garanties et leurs modalités de mise en œuvre sont décrits dans la notice d'information afférente au contrat d'assurance souscrit entre l'Association et l'organisme assureur, lequel est conforme à la définition des contrats dits « responsables », fixée par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

5 – SUSPENSION CONTRAT DE TRAVAIL

Conformément aux dispositions de l'Instruction interministérielle n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021, le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire mises en place dans l'entreprise est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- Soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'association (reclassement, mobilité...).

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit continuer à acquitter sa propre part de cotisations directement auprès de l'organisme assureur.

6 – PORTABILITE

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les anciens salariés de l'association continueront à bénéficier, à titre gratuit, du contrat Frais de santé mis en place par l'employeur **dès lors que la cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvre droit aux indemnités servies par le régime d'assurance chômage**. Ce maintien bénéficie également aux ayants droit du salarié affiliés à la couverture santé à la date de cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'association. Elles pourront évoluer pendant la période de maintien dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

L'ancien salarié devra **justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il perçoit bien des indemnités servies par le régime d'assurance chômage**. Dans le cas contraire, le maintien des garanties prend fin (sauf remise en vigueur suite à la remise des justificatifs).

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

7 – MAINTIEN DES GARANTIES

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.

8 – ORGANISME ASSUREUR

Le régime Frais de santé mis en place est institué pour une durée indéterminée et fait l'objet d'un contrat souscrit auprès de l'Union de Groupe Mutualiste UMANENS, assuré/coassuré par ses mutuelles membres.



En application de l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité sociale, le choix de cet organisme assureur sera réexaminé par l'employeur, après le cas échéant consultation des institutions représentatives du personnel, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans.

9 – REVISION DE LA DECISION

Toute modification *(du régime/des régimes)* devra faire l'objet soit d'un accord collectif de travail négocié avec les délégués syndicaux de l'entreprise, soit d'un accord référendaire, soit d'une nouvelle décision unilatérale de l'employeur constatée par écrit, pour le cas où les conditions ayant présidé à sa mise en place seraient changées, en fonction de l'évolution de la société, de la législation ou de toute autre circonstance l'y contraignant.

10 – PRISE D'EFFET, DUREE ET DENONCIATION

Le régime frais de santé est institué pour une durée indéterminée et prendra effet le *(à préciser)*

Attention : Calquer la prise d'effet du contrat d'assurance sur celle du régime mis en place.

Il pourra être modifié ou dénoncé par l'employeur à tout moment - notamment au cas où les conditions ayant présidé à sa mise en place seraient changées, en raison de l'évolution de l'environnement économique, de la législation ou

de toutes autres circonstances- selon les modalités suivantes prévues par la jurisprudence concernant la dénonciation ou la modification des décisions unilatérales :

- information des institutions représentatives du personnel,
- information individuelle des salariés,
- respect d'un délai de prévenance suffisant.

11 – INFORMATION DU PERSONNEL

Le personnel bénéficiaire visé à l'article 2 sera avisé de la mise en place du régime de complémentaire frais de santé obligatoire, par la remise individuelle contre signature d'une lettre datée et signée (l'association conserve une copie) ou émargement sur un listing (conservé par l'association), ou envoi au domicile d'une lettre RAR, à laquelle sera jointe copie du présent document.

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

La notice d'information du contrat d'assurance conclu entre l'association et l'Union de Groupe Mutualiste UMANENS pour la mise en œuvre du régime frais de santé sera remise par l'association à chaque salarié affilié au contrat après la signature dudit contrat par l'association.

Il en ira de même en cas de modification des garanties ou du contrat.

Fait à, le

Pour l'association.....

Mme/ M. en sa qualité de (*qualité du représentant pouvant valablement engager l'association*)

Lettre d'information sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé obligatoire

Association

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

Nom & Adresse du salarié

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

Objet : Mise en place d'un régime complémentaire frais de santé dans l'association

Madame, Monsieur,

Après consultation des institutions représentatives du personnel (le cas échéant), notre association a décidé de mettre en place un régime complémentaire frais de santé obligatoire au profit **de l'ensemble de ses salariés ou de la catégorie des salariés à laquelle vous appartenez**.

Vous recevrez dès l'émission du contrat d'assurance support du régime frais de santé mis en place, une notice d'information afférente audit contrat souscrit auprès de l'Union de Groupe Mutualiste UMANENS, qui définit notamment le contenu des garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur.

Le financement du régime 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 requises pour bénéficier d'un des cas de dispense d'adhésion prévue 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'association en transmettant les justificatifs nécessaires, et au plus tard le A défaut, votre adhésion au régime sera effective dès le

Attention : en renonçant à l'affiliation au régime de frais de santé, vous renoncez pour vous et vos ayants droit (à préciser si ayants couverts au titre du régime) à tout remboursement au titre dudit régime. Vous renoncez également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien de la couverture au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Évin.

Le maintien des dispenses d'adhésion au régime frais de santé mis en place par l'association est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'association.

A défaut de la production annuelle des justificatifs à l'appui de la demande de dispense d'adhésion, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au 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 le régime complémentaire frais de santé.

Attention : *l'association doit conserver une copie de la lettre datée et signée par le salarié, ou les avis de réception prouvant l'envoi de la lettre.*

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative : il appartient à l'association, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires avant la mise en place du régime.

Accusé de réception

Monsieur/Madame.....

Qualité

Accusé de réception de la notification de la décision unilatérale de l'association de mise en place d'un régime complémentaire frais de santé obligatoire

Je soussigné.....déclare par la présente avoir reçu l'acte constatant la décision unilatérale de mon employeurde mettre en place un régime de prévoyance complémentaire couvrant le risque « frais de santé ».

Je constate que la mise en place de cette décision unilatérale entraine mon affiliation régime, et le prélèvement de la cotisation correspondante mise à ma charge.

Pour les salariés présents dans l'association à la date de mise en place de la décision unilatérale (cocher la case correspondante) :

- Je confirme mon affiliation à compter de la date d'effet de cette décision unilatérale, et donne mon accord sur le prélèvement de la cotisation correspondante mise à ma charge.
- Je ne souhaite pas être affilié à compter de la date d'effet de cette décision unilatérale, et ne donne pas mon accord sur le prélèvement de la cotisation correspondante mise à ma charge.

En renonçant à l'affiliation au régime de frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation. 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 de la couverture au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite « loi Évin ».

Je comprends que le maintien de ma demande de dispense d'adhésion est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'association.

A défaut de la production annuelle des justificatifs à l'appui de ma demande de dispense d'adhésion, je serai immédiatement affilié au régime.

Fait à....., le **jj/mm/aaaa**

Signature précédée de la mention « lu et approuvé bon pour accord sur le prélèvement de la cotisation » :