

**DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU  
RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE  
DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ»  
NON CADRE**

**REMPLOACE ET ANNULE LA PRECEDENTE**

**Décision unilatérale de l'employeur remise à chaque salarié en application de l'article L. 911-1 du  
Code de la sécurité sociale**

Cette DUE intervient dans le cadre du changement des garanties de frais de santé.

**1. Objet**

La présente décision unilatérale a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés (visés à l'article 2) au contrat collectif d'assurance souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur habilité, sur la base des garanties définies dans ledit contrat d'assurance.

**2. Salariés bénéficiaires**

**2.1 Caractère collectif du régime**

Le présent régime bénéficie à tous les salariés NON CADRES de l'entreprise au sens 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.

**2.2 Cas des salariés en suspension du contrat de travail**

Les dispositions du présent article rappellent, à titre informatif, les dispositions de l'article 9.2 de l'annexe 9 de la CCN de la métallurgie du 7 février 2022. Elles seront automatiquement modifiées en cas d'évolution de la CCN, sans qu'il soit nécessaire de réviser la présente décision unilatérale.

**2.2.1 Suspension du contrat de travail indemnisée**

Sont notamment concernées les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée dès lors qu'elles sont indemnisées.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires, qu'elles soient directement versées 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'employeur (congé de reclassement et de mobilité etc...).

Dans une telle hypothèse, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

## 2.2.2 Suspension du contrat de travail non indemnisée

Le présent régime est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, selon les mêmes conditions que celles stipulées dans l'article 2.2.1.

S'agissant des autres cas de suspension non indemnisée du contrat de travail, le **bénéfice des garanties frais de santé est suspendu notamment en cas de :**

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total, visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

Toutefois, pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, le bénéfice des garanties est maintenu, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Les salariés susmentionnés peuvent également demander à rester affiliés au contrat collectif d'assurance, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation. Dans ce cas, l'organisme assureur prélève la cotisation directement auprès du salarié qui bénéficiera d'un maintien des garanties tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente pendant toute la période de suspension de son contrat de travail [à adapter si des conditions plus favorables de maintien sont prévues pour tout ou partie des salariés en suspension non indemnisée].

## 2.3 Portabilité

L'adhésion est maintenue au profit des anciens salariés dans le cadre du dispositif de « portabilité ». En cas de rupture du contrat de travail d'un salarié (sauf licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie, temporairement, du maintien de son affiliation au régime de remboursement de frais médicaux de l'entreprise. Le droit à portabilité est conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par cette disposition.

## 3. Caractère obligatoire de l'adhésion

Les salariés ainsi que leurs ayant-droits s'il y a lieu, sont tenus d'adhérer au présent régime à titre obligatoire.

## 4. Dispenses d'affiliation

### 4.1 Dispense d'affiliation applicable lors de la mise en place du régime

Compte tenu que cette Décision Unilatérale de l'Employeur modifie un régime obligatoire existant, cette condition de dispense ne peut plus s'appliquer.

Cependant, les salariés ayant refusé d'adhérer à la mise en place du régime obligatoire de frais de santé dans l'entreprise, pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de la Direction leur adhésion au présent régime.

### 4.2 Autres dispenses d'affiliation

#### ❖ Les salariés suivants ont la faculté de refuser d'adhérer au régime, s'ils le souhaitent :

- a. les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée (ou d'un contrat de mission) d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous

- documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais médicaux ;
- b. les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée (ou d'un contrat de mission) d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
  - c. les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- ❖ **Les salariés suivants peuvent également refuser d'adhérer, en application des articles L. 911-7-III et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale (dispenses de droit) :**
- d. les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à trois mois, dès lors qu'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (contrat responsable) ;
  - e. les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé solidaire définie aux articles L. 861-3 et suivants du Code de la sécurité sociale), et les salariés bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) (article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale) ; cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
  - f. 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, cette dispense ne pouvant jouer que jusqu'à l'échéance de ce contrat individuel ;
  - g. les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, même en tant qu'ayants droit, du fait d'un autre emploi, d'une couverture collective relevant de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
    - dispositif de garanties remplissant les conditions du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (régime complémentaire santé collectif et obligatoire) ;
    - contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
    - dispositif de garanties prévu par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, ou par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
    - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la sécurité sociale ;
    - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

❖ **Modalités de mise en œuvre des dispenses prises en application des articles L. 911-7-III et D. 911-5 du Code de la sécurité sociale :**

Les demandes de dispense susvisées doivent être formulées au moment de l'embauche, ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux e et g ci-dessus.

La demande de dispense est à l'initiative du salarié qui doit, s'il souhaite en bénéficier, déclarer par écrit à l'employeur :

- le cadre dans lequel cette dispense est formulée,
- la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense,
- et le cas échéant la date de la fin de ce droit, s'il est borné.

Cette déclaration du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur, à remettre à l'employeur.

#### **4.3 Cas particulier des salariés en couple dans l'entreprise**

Dans la mesure où le régime couvre à titre obligatoire les ayants droit du salarié, tels que définis par le contrat d'assurance, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre, les salariés en couple devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de l'employeur, et indiquer à cette occasion quel membre du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime.

#### **4.4 Cas particulier des ayants droit des salariés déjà couverts par ailleurs**

Le présent régime couvre les ayants droit des salariés à titre obligatoire.

Toutefois, conformément à l'article D. 911-3 du code de la sécurité sociale, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture des ayants droit, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies par un arrêté du 26 mars 2012 (à savoir par l'un des dispositifs visés au point « g » de l'article 4.2 ci-dessus de la présente DUE).

### **5. Cotisations**

Le présent régime de remboursement de frais de santé revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés et le cas échéant leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance.

Les cotisations servant au financement du régime s'élèvent à un montant correspondant à un % du plafond de la Sécurité sociale, actuellement elles s'élèvent à 2.48 %. Il est à noter que les tarifs des frais de santé peuvent être sujets à des modifications selon l'évolution du contrat.

Les cotisations ci-dessous seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés mentionnés à l'article 2.1 de la présente décision unilatérale dans les conditions suivantes :

- **Part patronale :** prise en charge de 2/3 de la cotisation
- **Part salariale :** prise en charge d'1/3 de la cotisation

### **6. Prestations**

Les prestations, décrites dans la notice d'information remise au salarié, relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, l'engagement de la société ne portant que sur le paiement de cotisations, et sur le respect des obligations imposées par l'article L. 911-7 et suivants du Code de la sécurité sociale.

La présente décision unilatérale ainsi que le contrat d'assurance y afférent sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1, R. 871-1, R. 871-2, L. 242-1 et R. 242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article 83-1° *quater* du Code général des impôts.

### **7. Information**

En sa qualité de souscripteur, l'employeur s'engage à remettre à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application. Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

En outre, conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de prévoyance.

**8. Durée-Modification-Dénonciation**

La présente décision unilatérale prend effet dans l'entreprise à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2025** pour une durée indéterminée.

Elle pourra, à tout moment être modifiée ou dénoncée, 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.

Fait à Faulquemont, le 04 novembre 2024

Rachid HAROUAT  
Directeur Général

