

Les fondamentaux de l'assurance collective



Quelles sont vos obligations vis à vis de vos salariés ?

La complémentaire santé fait partie des **éléments de la rémunération globale de vos salariés**. Vous devez donc en discuter avec vos salariés même s'il est **obligatoire** de la proposer.

Le premier réflexe est de vérifier vos **obligations conventionnelles** :

Votre convention collective prévoit-elle un couverture qui va au-delà des minimas obligatoires du contrat responsable et du panier de soins imposé par la réglementation pour les contrats collectifs d'entreprise en matière d'optique et dentaire ?

Egalement, votre convention collective prévoit-elle une **prise en charge patronale de la cotisation** au régime frais de santé supérieure au minimum imposé par la loi, à savoir 50% ?

Il est tout à fait possible de proposer une couverture supérieure à celle prévue par la convention collective.

C'est vous qui déterminez votre politique sociale en la matière.

Vous devez choisir et rédiger l'acte juridique de mise en place

La loi envisage pour la mise en place des régimes complémentaires de protection sociale **trois modalités exclusives**.

Si le formalisme de ces modalités n'est pas respecté il y aura **un risque de redressement URSSAF** et de **perte des avantages fiscaux et sociaux** du régime.

Les 3 modalités sont les suivantes :

- ⊗ **La décision unilatérale de l'employeur (DUE)**
- ⊗ **Le référendum** : vote des salariés de l'entreprise (il faut un OUI à 50% + 1 voix des inscrits)
- ⊗ **la négociation collective**, qui peut prendre deux aspects : l'accord conventionnel (accords de branche ou accords interprofessionnels nationaux), ou l'accord d'entreprise (voire d'établissement) en l'absence de régime au niveau de la branche ou pour faire un régime plus favorable que celui prévu par la branche

En particulier, il est important de discuter du **niveau de couverture**, du **niveau de prise en charge** de la cotisation et de la possibilité d'étendre cette couverture aux conjoints et aux enfants.

IMPORTANT

En cas de mise en place du contrat collectif par **décision unilatérale**, vous devez :

- **informer et consulter** préalablement le CSE,
- **informer vos salariés** en respectant un délai de prévenance de **trois mois**,
- **remettre une copie écrite de cet acte à chacun des salariés** en conservant une trace de cette communication pour pouvoir la présenter en cas de contrôle URSSAF (exemple : remise en mains propres contre décharge).

Nota Bene : la DUE (décision unilatérale de l'entreprise) ne peut pas s'imposer aux salariés déjà présents dans l'entreprise lors de la mise en place du contrat.



Bon à savoir :

Retenez votre « **IDCC** » ou demandez le à votre expert comptable

L'**IDCC** signifie « identifiant de convention collective ». Il s'agit d'un code (à 4 chiffres le plus souvent) qui classe la convention collective applicable à tout salarié.

En pratique, vous devez déterminer la convention collective qui s'applique à la majorité des salariés de la catégorie à assurer.



En annexe un modèle d'acte de décision unilatérale

Vous devez contribuer à la cotisation du contrat de santé collective

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la loi impose à l'employeur de contribuer à hauteur **d'au moins 50%** de la cotisation globale.

En tout état de cause, votre participation ne peut jamais être inférieure au taux indiqué dans l'accord de branche (qui peut prévoir plus que 50%). **Le taux de participation de l'employeur doit être uniforme pour tous les salariés, ou pour les salariés relevant d'une même catégorie objective.**

Cependant, la loi admet la **possibilité de moduler la participation employeur** selon la composition de famille. Par conséquent, vous pouvez participer à des taux différents en fonction de la structure de cotisation, **à la condition que cette modulation soit indiquée dans l'acte fondateur (DUE, accord collectif d'entreprise...).**

Pour les salariés à temps partiel ou apprentis et dont la part de cotisation restant à leur charge est au moins égale à 10 % de leur rémunération brute : il vous est possible de prendre en charge l'intégralité de leur cotisation.

Vous pouvez décider de l'affiliation obligatoire ou facultative des ayants-droit de vos salariés

Couvrir les ayants-droits : oui ou non ?

Les ayants-droit sont les personnes bénéficiant des garanties, à la demande du salarié ou à titre obligatoire. En général il s'agit du conjoint et des enfants.

A moins que la CCN ne le rende obligatoire, **vous devez décider** en fonction des besoins exprimés par vos salariés et de votre souhait, **si l'adhésion des ayants-droits est obligatoire ou facultative.**

Lorsque **l'adhésion des ayants-droit est obligatoire**, vous êtes obligé de prendre en charge a minima **50% de la part de la cotisation afférente à la couverture de l'ayant-droit** et vous bénéficiez de **l'exonération de charges sociales** sur votre contribution.

Lorsque **l'adhésion des ayants-droit est facultative**, vous participez comme vous le souhaitez à la part de la cotisation afférente à la couverture de l'ayant-droit, en revanche **cette part de contribution sera assujettie à charges sociales.**

En tout état de cause, vous devez indiquer clairement dans l'acte de mise en place si l'adhésion des ayants-droit est **obligatoire ou facultative**, ainsi que la part prise en charge au titre de la couverture des ayants-droit.

Bien choisir la structure de cotisation

Si vous choisissez une **cotisation famille** (taux unique quelle que soit la composition de famille de vos salariés), les ayants droit bénéficieront automatiquement du contrat. Le choix de ce type de cotisation est particulièrement adapté en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit.

Cette cotisation est préconisée lorsque la plupart des salariés sont en couple avec enfant(s).

Dans ces conditions, **il n'y a aucun surcoût pour les salariés qui affilient leurs ayants-droit.**

Lorsque l'affiliation des ayants-droit est **facultative**, il vaut mieux une structure de cotisation **isolé/famille**, afin que :

- les salariés s'affilient seuls **cotisent en isolé** ;
- les salariés affilient des ayants-droit **cotisent en famille**



Aucune condition d'ancienneté ne peut être appliquée pour l'adhésion de vos salariés.

Le cas de rupture de contrat de travail d'un de mes salariés

La portabilité est le droit, sous certaines conditions, pour les salariés quittant l'entreprise, de **bénéficier du maintien gratuit de leur garantie santé et prévoyance** en vigueur dans l'entreprise.

Tableau récapitulatif des principales mesures

Champ d'application	Toutes les entreprises du secteur privé
Durée	Durée du ou des contrats de travail consécutifs chez le même employeur
Durée maximale	12 mois
Financement	A titre gratuit pour les anciens salariés et ayants droit le cas échéant



Sont concernés par la portabilité, les anciens salariés :

- dont les droits à remboursement complémentaire en santé sont ouverts (pas de cas de dispense),
- dont le contrat de travail est rompu, sauf si la rupture est consécutive à une faute lourde,
- et qui sont pris en charge par l'assurance chômage.

Obligations des entreprises :

- > Informer les salariés du maintien des garanties dans leur certificat de travail.
- > Informer l'organisme assureur, dans les 48h, de la cessation du contrat de travail de chaque salarié bénéficiant de la portabilité

Obligations des anciens salariés:

- > Justifier auprès de l'organisme assureur qu'ils remplissent les conditions de la portabilité, notamment en produisant leurs justificatifs d'allocations chômage, à l'ouverture et au cours de la portabilité.

La garantie sera résiliée :

- ⊗ A la fin des droits du salarié au maintien des garanties ;
- ⊗ A la fin de l'indemnisation de l'assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- ⊗ A la fin du mois qui suit la non-réception des justificatifs d'allocations chômage (les garanties pouvant être remises en vigueur à compter du 1er jour du mois suivant la remise des justificatifs).

Vous devez signaler à vos salariés qui quittent l'entreprise qu'ils ont le droit au maintien de leurs garanties santé

Le maintien de la couverture frais de santé à l'identique est possible lorsque le salarié :

- > quitte l'entreprise ;
- > bénéficie d'un revenu de remplacement (retraite, allocation chômage, rente d'invalidité) ;
- > et en fait la demande dans les 6 mois qui suivent la sortie d'entreprise ou la fin de la portabilité le cas échéant.

Dans ces conditions, le salarié **souscrit pour son propre compte un contrat individuel de frais de santé au titre duquel il bénéficie de prestations identiques à celles dont il bénéficiait au jour de la sortie de l'entreprise**, sans condition de durée.

Le tarif de ces contrats est encadré et calculé en fonction du **tarif moyen payé dans l'entreprise** (part patronale + part salariale) :

- >100% la première année
- >125% la seconde année
- >150% la troisième année.

Au-delà de la troisième année, **le tarif est libre**.

Ce maintien des garanties est également accordé en cas de décès du salarié au profit des personnes qui étaient garanties en tant qu'ayant-droit. Dans ce cas, la couverture est limitée à 12 mois.



A NOTER

- ⊗ Pour le financement de la portabilité, il n'est donc plus possible, depuis 2014, de prévoir de co-financement entre l'employeur et l'ancien salarié. Le financement de la portabilité est donc désormais mutualisé dans le montant de votre cotisation.
- ⊗ Les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés sont celles en vigueur dans l'entreprise et évolueront en fonction de celles-ci. Dès lors, en cas de résiliation du contrat d'assurance, les garanties maintenues en portabilité cesseront.
- ⊗ Les ayants-droit de l'ancien salarié, couverts préalablement par la complémentaire santé, bénéficient également du maintien de leur garantie dans les mêmes conditions.

