



## **DOSSIER D'EMBAUCHE**

**À retourner au pôle social au plus tard 1 mois avant la date de l'embauche**

**Vous allez prochainement faire partie des collaborateurs de l'entreprise et à ce titre, nous vous souhaitons la bienvenue.**  
**Dans votre intérêt, nous vous demandons d'apporter le plus grand soin au remplissage du présent document sans omettre d'y joindre les documents justificatifs demandés sachant qu'en leur absence, votre paie ainsi que les affiliations aux organismes ne pourront être établis.**

ETAT CIVIL

**Nom :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénoms :** .....

Date de naissance : ..... à : ..... dépt : .....

Pays de naissance : ..... Nationalité : .....

**Situation familiale :**  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Marital  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

ANSWER

Nom	Prénom	Sexe		Date de naissance	A charge				
		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

## **ADRESSE**

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

Tél domicile : ..... | Portable : .....

**E-mail :** ..... \* **ZONE OBLIGATOIRE**

## **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**Personne à prévenir en cas d'urgence :** .....

Si différents de ceux-ci-dessus : Tél : ..... Port : .....

## **TRAVAILLEURS HANDICAPÉS**

Date reconnaissance	Catégorie	Invalidité
[..... ..... ..... ..... ..... .....]	<input type="checkbox"/> RQTH :	Pourcentage : ..... %
[..... ..... ..... ..... ..... .....]	<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité/ Rente AT/MP	Pourcentage : ..... %
[..... ..... ..... ..... ..... .....]	<input type="checkbox"/> Autre catégorie : Mutilé de guerre	Pourcentage : ..... %

## MUTUELLE

**Adhésion à la mutuelle :** Je soussigné, M..... atteste avoir reçu une copie de la décision unilatérale de l'employeur instituant un régime complémentaire de frais de santé, un bulletin d'adhésion, une demande de prélèvement et une grille de garanties et tarif.

**Sans retour de ma part, l'entreprise procédera à l'adhésion au régime complémentaire de base pour le salarié.**

- |                                 |                              |                              |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Régime complémentaire de base | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Régime facultatif – Surco 1   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Régime facultatif – Surco 2   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Nombre de personnes adhérentes (salarié compris) : |.....|**

(Joindre le bulletin d'adhésion, la demande de prélèvement et les attestations de sécurité sociale des ayants droits)

**⚠ En cas d'affiliation à une surco ou à des ayants droits, joindre un chèque correspondant à la 1<sup>ère</sup> mensualité  
(Se référer à la grille tarifaire)**

**Refus d'adhésion à la mutuelle :** Je soussigné, M..... atteste avoir reçu une copie de la décision unilatérale de l'employeur instituant un régime complémentaire de frais de santé et atteste refuser l'adhésion pour le motif suivant (à cocher) :

- Bénéficiaire de la CMU \*
- Apprenti et CDD de moins 12 mois \*
- Apprenti et CDD d'au moins 12 mois justifiant d'une couverture individuelle au même garantie \*
- Salariés à temps partiel et les apprentis dont la cotisation mutuelle est au moins égale à 10% de leur rémunération brute \*
- Salariés bénéficiant d'une assurance individuelle au moment de l'embauche jusqu'à la date de la prochaine échéance \*
- Salariés bénéficiant en tant qu'ayant droit d'une couverture collective \*

\* sous réserve de justificatif- (Joindre chaque année le justificatif de dispense – sans retour du document 15 jours avant la date d'échéance du contrat en cours de validité, et conformément aux dispositions légales, l'entreprise procédera à l'adhésion au régime de base pour le salarié)

## TICKET RESTAURANT

Chaque mois, la carte Ticket Restaurant sera créditée de la somme de 8€ par jour travaillé (hors demi-journées, absence et congés payés). Cette somme correspond à une participation de 4€ par la société et 4€ par le salarié.

- OUI, je souhaite bénéficier et recevoir une carte Ticket Restaurant  
 NON, je ne souhaite pas en bénéficier

Cette décision est valable pour une année civile.

## DEMATERALISATION BULLETIN DE SALAIRE

La société vous propose la réception de vos bulletins de salaire en version numérique. A chaque dépôt de document à votre attention, l'adresse mail indiquée dans votre dossier d'embauche sera utilisée pour vous notifier par email et vous inviter à le consulter. Cette adresse mail sera utilisée pour la dématérialisation des bulletins de paie, ainsi que pour toute communication de la société à votre attention.

OUI, je souhaite adhérer au coffre-fort DIGIPOSTE et recevoir mes bulletins de salaire de façon dématérialisée  
Après inscription à DIGIPOSTE, vous devez rattacher votre coffre-fort à l'employeur en utilisant votre matricule indiqué sur votre bulletin de paie et le premier mot de passe défini sous le format suivant :  
4 chiffres de votre année de naissance, vos initiales, 2 chiffres de votre département de naissance.

NON, je refuse la dématérialisation de mes bulletins de salaire  
Vos bulletins de salaire vous seront envoyés à l'adresse postale renseigner dans votre dossier d'embauche.

## Pièces à joindre

Nom : .....

Prénom : .....

### Copies - Cochez les documents remis

<b>Obligatoirement pour tous</b>	<input type="checkbox"/> Lettre de motivation + CV
	<input type="checkbox"/> Photo d'identité
	<input type="checkbox"/> Carte d'identité
	<input type="checkbox"/> Permis de conduire
	<input type="checkbox"/> Carte grise de votre véhicule personnel
	<input type="checkbox"/> Bulletin d'adhésion à la mutuelle ou justificatif de dispense d'adhésion
	<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de la mutuelle EMOA correspondant à la 1 <sup>ère</sup> mensualité
	<input type="checkbox"/> Demande de prélèvement Mutuelle
	<input type="checkbox"/> Attestation de Sécurité Sociale (+ ayants droits)
	<input type="checkbox"/> Relevé d'Identité Bancaire
	<input type="checkbox"/> Livret de famille ou justificatif de la situation familiale
	<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile
	<input type="checkbox"/> Dernier certificat de travail
	<input type="checkbox"/> Justificatif dernière visite médicale du travail (AIST/Transporteurs/autre)
	<input type="checkbox"/> Diplômes professionnels et/ou scolaires
<b>Caristes</b>	<input type="checkbox"/> Attestation CACES
<b>Chauffeurs</b>	<input type="checkbox"/> Attestation FIMO / FCO
	<input type="checkbox"/> Carte de conducteur en cours de validité
<b>Travailleurs handicapés</b>	<input type="checkbox"/> Notification RQTH ou Titre d'invalidité
<b>Travailleurs étrangers</b>	<input type="checkbox"/> Carte de séjour en cours de validité
	<input type="checkbox"/> Titre de travail en cours de validité

## SIGNATURE

Je certifie exactes les informations fournies dans le dossier et j'ai bien pris note que sans le retour complet du présent dossier dans les délais impartis, ma paie ne pourra être établie.

Je m'engage à restituer l'intégralité du matériel confié par l'entreprise, au plus tard à la remise de mon solde de tout compte et quel que soit le motif de cette rupture.

Toute modification de votre état civil doit être signalée au service du personnel dans les plus brefs délais et matérialisée par la demande de modification de renseignements.

Fait à .....

Le .....

Signature

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le groupe BONIFAY aux fins de gestion du personnel et de traitement des rémunérations. Ce traitement est nécessaire à l'exécution de mesures précontractuelles.*

*Outre les services internes de notre entreprise, service Ressources Humaines et service paie, les destinataires de ces données sont, à ce jour, les organismes de sécurité sociale, les caisses de retraite et de prévoyance, la mutuelle, Pôle emploi, les services des impôts et le service de médecine du travail.*

*Les données sont conservées pendant 5 ans après la fin de la relation contractuelle.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données personnelles :*

- par mail, accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé : [donneespersonnelles@bonifay.fr](mailto:donneespersonnelles@bonifay.fr)
  - par courrier accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé en s'adressant à : BONIFAY S.A.S - Service données personnelles - 849 Avenue Colonel Picot 83100 TOULON
- Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

## **Partie à compléter par le manager (Destinée au service RH)**

**\* ZONE OBLIGATOIRE \***

**Etablissement :** \_\_\_\_\_

**Service :** \_\_\_\_\_

Nom/ Prénom du salarié : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Emploi** \_\_\_\_\_

**Salaire :**

	<b>BRUT</b>	<b>OU</b>	<b>NET</b>
Salaire conventionnel			
<b>OU</b>	<b>OU</b>		<b>OU</b>
Salaire négocié			

Je certifie avoir reçu un dossier complet et le transmet au Pôle Social

Remis en main propre à .....

Remis dans la bannette

**Nom Prénom du manager** ..... **Le** .....

**Signature**

**Partie à compléter par le manager  
(Destinée au service DSI)**

**\* ZONE OBLIGATOIRE \***

**X3 :**

Etablissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Nom/ Prénom du salarié : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SI CDD – Précisez la date de fin : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Précisez matricule X3 Si existant : \_\_\_\_\_

**Emploi :** \_\_\_\_\_

- Contrat Horaires**
- Contrat Forfaits Jours**

**Nom Prénom du manager :** \_\_\_\_\_

**Tickets restaurants :**       OUI       NON

**MAIL :** *Boîtes mails partagées avec les droits*       Lecture /Ecriture      OU       Lecture/Ecriture/Suppression  
*Envoi des mails à l'extérieur*       Avec adresse personnelle      OU       Avec boîte partagée

**Groupe de diffusion (exemple caissesite, chefsite,...) :** \_\_\_\_\_

**Réseau :** Quel(s) accès réseau(x)/Fichiers ?

(Merci d'indiquer le nom des disques de l'explorateur de fichiers, exemple ACHATS ACCES RESERVE, STOCK GESTION, COMPTA ACCES RESERVE ... )

**Tél :**       Fixe      OU       Xivo      OU       Poste de travail déjà équipé  
                 Casque      OU       Combiné

**Membre d'un groupe téléphonique ? Si OUI merci d'indiquer lequel ? (exemple RH, STANDARD...) :** \_\_\_\_\_

**Horaire hebdomadaire :** \_\_\_\_\_ heures (dans le cas d'un contrat horaire)

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
Matin												
Après-midi												

## BULLETIN D'ADHÉSION DU SALARIÉ

Couverture Frais de santé Contrat Collectif

Numéro de contrat : M83COL1616A

Raison sociale : BONIFAY SA

### LE SALARIE (à remplir en majuscules)

N° de Sécurité sociale : [\_\_\_\_\_]

Date d'adhésion : 01 / ..... / .....

Nom du salarié : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Union libre / Pacsé(e)

Adresse : .....

CP: ..... Ville : .....

Tél : ..... Portable : .....

Email : .....

Je ne souhaite pas la mise en place de la télétransmission\*

### GARANTIES

**SOCLE OBLIGATOIRE**

**SURCOMPLEMENTAIRES FACULTATIVES**

Surcomplémentaire 1

Surcomplémentaire 2

### LES AYANTS-DROITS (à remplir en majuscules)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° de sécurité sociale	TéléTr.*
Conjoint					-----	<input type="checkbox"/> Non
Enfant(s)					-----	<input type="checkbox"/> Non
					-----	<input type="checkbox"/> Non
					-----	<input type="checkbox"/> Non
					-----	<input type="checkbox"/> Non

\* La télétransmission permet d'automatiser les échanges entre la Sécurité sociale et Emoa. Merci de cocher si vous ne souhaitez **pas** en bénéficier.

Signature et cachet de l'employeur :

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

Signature du salarié :

### PIÈCES À JOINDRE AU BULLETIN D'ADHÉSION

- Copie de l'attestation de Sécurité sociale de moins de 3 mois de chaque personne immatriculée y compris les apprentis et étudiants de moins de 18 ans.
- Relevé d'identité Bancaire ou Postal pour le remboursement des prestations (RIB ou RIP),
- Si concubinage ou PACS : justificatif du PACS, certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur de vie commune
- Si affiliation d'enfants majeurs : certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage ou justificatif des ressources qui doit être inférieur à 55% du SMIC
- Un chèque correspondant au paiement de la 1ère cotisation ainsi que le mandat SEPA complété si vous optez pour une garantie surcomplémentaire
- MANDANT SEPA (selon gestion cotisation)
- Chèque en règlement 1ere mensualité ()

### DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

Personne titulaire du contrat  
Nom, prénom, adresse et N° de contrat

Personne titulaire du compte à débiter  
Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Motif de votre demande :

- Nouvelle adhésion
- Changement de payeur
- Changement de mode de règlement

Pour vos remboursements :

- Virement sur un compte identique à celui des cotisations
- Virement sur un autre compte (joindre un RIB- IBAN)

Ce document (demande et mandat) doit être retourné à l'adresse ci-contre accompagné obligatoirement d'un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE-IBAN

EMOA Mutuelle du Var  
285, rue de la Cauquière - CS 60117  
83 184 Six-Fours-Les-Plages Cedex

09 71 09 09 09  
PRIX D'UN APPEL LOCAL

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 783 169 220.

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez EMOA Mutuelle du Var à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de EMOA Mutuelle du Var.

Débiteur (Titulaire du compte à débiter)

Référence unique de mandat (zone réservée à la mutuelle) :

N° de Contrat : .....

Nom, Prénom du débiteur : .....

Adresse : .....

..... CP : ..... Ville : .....

Pays : FRANCE Paiement : Récurrent / Répétitif

IBAN : .....

BIC : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

Créancier

Identifiant créancier SEPA : FR05ZZZ192562

**emoa.** EMOA MUTUELLE DU VAR EMOA  
285, rue de la Cauquière CS 60117  
Mutuelle du Var 83184 SIX FOURS LES PLAGES CEDEX

Je désire que ma cotisation soit prélevée le :

- 5
- 10
- 15
- par mois
- par trimestre
- par semestre
- par an

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.



# TABLEAU DES TARIFICATIONS 2024

S.A.R.L. CARRIÈRES DE SAINT-BRILLON

C = A + B	COTISATION TOTALE	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base		35.99	61.32	96.03
SURCO 1		65.07	107.85	165.85
SURCO 2		82.94	140.56	205.58

A	PART EMPLOYEUR	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base		18.00	18.00	18.00
SURCO 1		18.00	18.00	18.00
SURCO 2		18.00	18.00	18.00

B = B1 + B2	PART SALARIALE TOTALE	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base		18.00	43.33	78.04
SURCO 1		47.08	89.86	147.86
SURCO 2		64.95	122.57	187.59

B1	PART SALARIALE prélevée sur la fiche de paie	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base		18.00	18.00	18.00
SURCO 1		18.00	18.00	18.00
SURCO 2		18.00	18.00	18.00

B2	PART SALARIALE prélevée sur le compte en banque	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base		-	25.33	60.04
SURCO 1		29.08	71.86	129.86
SURCO 2		46.95	104.57	169.59



## **DECISION UNILATERALE INSTITUANT UN REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE**

L'entreprise BONIFAY, Société par Actions Simplifiée, dont le siège social est situé à 849 avenue Colonel PICOT, 83100 TOULON. Inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulon sous le numéro 344 585 575, représentée par

- Madame Valérie STRINI agissant en qualité de Directrice Générale

### **1 - PRÉAMBULE**

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n°2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, l'entreprise institue de façon unilatérale un régime complémentaire de frais de santé, dans les conditions définies ci-après.

### **2 - DISPOSITIONS GENERALES**

#### **ARTICLE 1 – OBJET**

La présente Décision Unilatérale a pour objet de définir les conditions d'une couverture complémentaire collective et obligatoire de remboursement des frais médicaux dans l'entreprise au profit des salariés définis dans l'article 3 « salariés bénéficiaires ».

#### **ARTICLE 2 – CHOIX DE L' ORGANISME ASSUREUR**

Le régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux fait l'objet d'un contrat souscrit auprès de la Mutuelle du Var – EMOA, sis 285, rue de la Cauquière – B.P. 117 – SIX FOURES LES PLAGES (83180).

Conformément à l'article L 912-2 du Code de la Sécurité Sociale, l'entreprise devra, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet de la présente décision, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. 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.

### **3 – ADHESION AU REGIME**

#### **ARTICLE 3 – SALARIES BENEFICIAIRES**

Le présent régime bénéficie à l’ ensemble des salariés de l’ entreprise présents et à venir, à compter de la date d’ effet précisée ci-dessous.

- Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation**

L’ adhésion est maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient d’ un maintien de salaire, total ou partiel, ou d’ indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l’ employeur qu’ elles soient versées directement par l’ employeur ou pour son compte par l’ intermédiaire d’ un tiers ou d’ un revenu de remplacement versé par l’ employeur.

Ce dernier 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 mobilité, congé de reclassement…).

Dans une telle hypothèse, l’ employeur 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.

- Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation**

L’ adhésion d’ un salarié pourra être maintenue en cas de suspension de son contrat de travail sans maintien de rémunération. Dans ce cas, la cotisation est versée dans son intégralité par le salarié (part employeur et part salarié).

#### **ARTICLE 4 – CARACTERE OBLIGATOIRE DE L’ ADHESION DES SALARIES**

L’ adhésion au régime est obligatoire à compter du 1er janvier 2016 pour tous les salariés, ci-dessus définis, a fortiori pour ceux embauchés postérieurement, dans les conditions définies par la présente décision.

Toutefois, les salariés présents dans l’ entreprise à la date de mise en place du présent régime, ont la faculté de refuser d’ y adhérer. Pour ce faire, ils devront formuler leur décision par écrit auprès du Service Ressources Humaines dans les 15 jours suivant la notification de la présente décision.

18

L' accord prévoit les cas de dispense à l' adhésion au régime de complémentaire santé.

- **Dispense d' affiliation de droit**

- 1- Salariés déjà embauchés avant le 1<sup>er</sup> Janvier 2016, date de la mise en place du régime.
- 2- Salariés bénéficiaires d' une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, dite « Complémentaire santé solidaire »,
- 3- Salariés qui, à la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, sont déjà couverts par une assurance individuelle « remboursement de frais médicaux », et ce pour la durée restant à courir jusqu' à la prochaine date d' échéance du contrat individuel. Ces salariés devront produire tout document attestant de l' existence du contrat individuel et de sa date d' échéance,
- 4- Salariés en contrat de mission ou en contrat à durée déterminée si la durée de la couverture collective obligatoire dont ils pourraient prétendre est inférieure à 3 mois (durée appréciée à compter de la date de prise d' effet du contrat de travail et hors portabilité) et si ces salariés justifient d' une couverture complémentaire par ailleurs respectant les exigences du contrat responsable.

Ces salariés doivent produire la justification d' une couverture individuelle ou de l' aide. La dispense est admise jusqu' à échéance du contrat individuel ou à cessation de l' aide.

5- Salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu' ayants droit, d' une couverture collective, relevant de l' un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

- a- Dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire au sens de l' article L.242-1 alinéa 6 du Code de la Sécurité sociale,
- b- Contrat d' assurance de groupe dits « Loi Madelin »,
- c- Régime local d' assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle
- d- Régime complémentaire d' assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- e- Régime spécial des gens de mer (ENIM),
- f- Régime complémentaire d' assurance maladie auquel participe l' Etat, ses établissements publics ou une collectivité territoriale- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

- **Dispense d' affiliation simple**

- Les salariés et apprentis sous contrat d' une durée inférieure à 12 mois,
- Les salariés et apprentis sous contrat d' une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu' ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties « remboursement de frais médicaux » ,
- 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,

En tout état de cause, ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de l' employeur, leur dispense d' adhésion au régime de remboursement de frais médicaux.

Dans tous les cas, la demande de dispense doit être formulée au moment de l' embauche, ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties, ou à la date à laquelle prend effet le droit.

Les dispenses d' affiliation relèvent du libre choix du salarié. Chaque dispense doit résulter d' une demande écrite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier et faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

L' employeur doit conserver la preuve de la demande de dispense ainsi que tous justificatifs transmis à cet effet. Les salariés dispensés devront informer l' employeur de tout changement de situation. Ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu' ils cesseront de bénéficier d' une des dispenses mentionnées ci-dessus.

## ARTICLE 5 – FINANCEMENT

Le financement du régime collectif et obligatoire est assuré par des cotisations mensuelles exprimées en euros.

Le montant de la cotisation varie selon la structure de cotisation retenue.

## ARTICLE 6 – PORTABILITE

Aux termes de l' article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d' assurance chômage, d' un maintien de la couverture frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l' entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité. Le droit à portabilité est subordonné au respect de l' ensemble des conditions fixées à l' article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et sera mis en œuvre conformément à ses dispositions

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 consécutifs exécutés au sein de l' entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Il est convenu que ce maintien de garanties serait financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de « remboursement des frais médicaux » des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre. À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d' assurance chômage selon les modalités prévues par la notice d' information qui lui a été remise, l' ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

## ARTICLE 7 – MAINTIEN DE GARANTIES AU PROFIT DES ANCIENS SALARIES

En application de l' article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l' organisme assureur organise le maintien de la couverture au profit des anciens salariés 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

18

- les personnes garanties du chef de l' assuré décédé 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 du droit à la portabilité mentionné 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.

#### 4 – PRESTATIONS

##### ARTICLE 8 – PRESTATIONS DE LA COUVERTURE

La couverture mise en place au titre de la présente décision unilatérale couvre les frais relatifs aux frais de soins de santé et aux frais d' hospitalisation tels que définis à l' article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Ces garanties, souscrites auprès de l' organisme assureur visé à l' article 2 « Choix de l' organisme assureur », sont annexées à la présente décision unilatérale à titre informatif.

Les prestations souscrites, qui sont résumées dans le descriptif joint à titre informatif, ne constituent en aucun cas un engagement pour l' employeur, qui n' est tenu, à l' égard de ses salariés, qu' au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessous

Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l' organisme assureur.

Par ailleurs, le présent régime ainsi que le contrat d' assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles relatifs au contrat responsable, du Code de la sécurité sociale, et de l' article 83-1<sup>e</sup> quater du Code général des impôts, ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

Toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition des contrats « responsables », ou les conditions d' exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s' appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l' ensemble de ces dispositions légales ou réglementaires.

En cas de reconduction du contrat avec des prestations réévaluées, la présente décision reste valable.

## 5 – COTISATIONS

### ARTICLE 9 – COUVERTURE OBLIGATOIRE DU SALARIE

Les cotisations acquittées au titre du régime obligatoire sont destinées au financement de la couverture obligatoire des salariés.

Les cotisations ci-dessus définies seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les conditions suivantes :

- Part patronale : 50 %,
- Part salariale : 50 %.

### ARTICLE 10 – COUVERTURE FACULTATIVE DES AYANTS DROITS ET OPTION

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de couvrir leur ayants droits (conjoint et/ou enfants) tels que définis par le contrat d'assurance pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime susvisé.

Par ailleurs, les salariés souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime obligatoire peuvent adhérer, à titre facultatif, à un régime complémentaire optionnel, dans les conditions fixées par le contrat d'assurance.

Les cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative des ayants-droits et au financement de la couverture complémentaire optionnelle, ainsi que leurs évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié. Elles viennent s'ajouter aux cotisations salariales telles que rappelées ci-dessus, et seront précomptées sur le compte bancaire du salarié.

Les taux de cotisations au financement de ces options et leurs indexations sont fixés par l'organisme assureur, et définis par le contrat d'assurance souscrit à cet effet.

### ARTICLE 11 – EVOLUTION ULTERIEURE DES COTISATIONS

Il est expressément convenu que l'obligation de l'employeur se limite au seul paiement des cotisations rappelées à l'article 10 pour leurs taux et montants arrêtés à cette date.

Toute évolution ultérieure des cotisations sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée à l'article 10.



## **6 – DUREE, MODIFICATION, DENONCIATION**

L'engagement de l'entreprise de faire bénéficier ses salariés d' un régime de garanties collectives frais de santé est à durée indéterminée.

La présente décision unilatérale prend effet dans l' entreprise à compter du 1<sup>er</sup> Juin 2023, 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.

## **7 – INFORMATION INDIVIDUELLE**

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d' information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d' application.

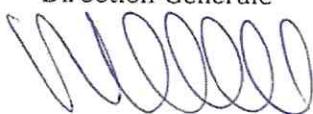
Il en sera de même lors de chaque modification des garanties.

## **8 – INFORMATION COLLECTIVE**

Conformément à l' article R.2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à la mise en place ou la modification des garanties.

Toulon, le 12 Mai 2023

Pour la direction  
BONIFAY SAS  
Valérie STRINI  
Direction Générale



<b>HOSPITALISATION / SOINS COURANTS / PRÉVENTION</b>		<b>Option 1 (socle inclus)</b>
<b>HOSPITALISATION</b>		
La franchise est prise en charge dans toutes les garanties		
Honoraires conventionnés si praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		180%
Honoraires conventionnés si praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		200%
Forfait journalier		Frais réels
Frais de séjour		180%
Frais de transport remboursés par le RO (1)		115%
<b>SOINS COURANTS</b>		
Visites et Consultations généralistes et spécialistes, échographies, actes techniques d'imageries et actes techniques médicaux		
si praticiens conventionnés non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		180%
si praticiens conventionnés adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		200%
Auxiliaires médicaux		180%
Analyses médicaux		180%
Vignette bleue, orange, blanche		180%
Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés par le RO (1)		100%
<b>PRÉVENTION</b>		180%
7 actes de prévention		Oui
PASS + EMOA : votre couverture complémentaire, en cas d'accident, en France ou à l'étranger pour vos activités sportives, de loisirs, voyages ou de la vie courante.		Oui
Assistance à Domicile		Oui
<b>OPTIQUE (2)</b>		
<b>Depuis le 1er Janvier 2020 - Équipements éligibles au 100% Santé**</b>		<b>Rbt intégral</b>
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : verres et montures de Classe B		
Équipement 2 verres simples		250 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		325 €
Équipement 2 verres complexes ou très complexes		400 €
Dont forfait maximum pour la monture		100 €
Chirurgie réfractive (3)		150 €
Lentilles remboursées ou non par le RO (1) (4)		9% PMSS
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Depuis le 1er Janvier 2020 - Panier de soins 100% Santé**</b>		<b>Rbt intégral</b>
Prestations hors panier 100 % Santé (soins et prothèses)		
Soins et chirurgie dentaires remboursés par le RO (1)		
Inlay-Onlay		175%
Prothèses dentaires remboursées par le RO (1) (dans la limite de 3 prothèses par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, versement à 125 %)		175%
Orthodontie remboursée par le RO (1)		300%
<b>AIDES AUDITIVES</b>		300%
<b>Depuis le 1er Janvier 2021 - Panier de soins 100% Santé**</b>		
Prise en charge d'un équipement par oreille tous les 4 ans		
Équipement «100 % Santé» Classe I		<b>Rbt Intégral</b>
Équipement Classe II, dans la limite de 1 700 € par oreille		100%
Piles et accessoires		100%
<b>MODULE CONFORT +</b>		
<b>+ BIEN ÊTRE ET MÉDECINE DOUCE</b>		
Consultation : Chiropractie, ostéopathie, podologue, pédicure, psychologue, diététicien (limité à 4 par an)		40 € / séance
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO (1) (3)		40 €
Cure thermale remboursée par le RO (1) (3)		300 €
Prothèses auditives remboursées par le RO (1) ***		500 €
Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le RO (1)		320%
Auto médication, veinotonique, homéopathie (3)		60 €
Arrêt tabac sur prescription médicale (3)		70 €
Vaccins non remboursés par le RO (1) (3)		35 €
<b>+ HOSPITALISATION</b>		
Chambre particulière (limité à 90 jours par an dont 30 jours en hospitalisation en établissement de convalescence, maison d'enfant à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite)		50 € / jour
Frais de télévision (limité à 90 jours par an)		4 € / jour
Frais d'accompagnant (limité à 30 jours par an) (5)		30 € / jour
<b>+ DENTAIRE</b>		
Implants prothèses et orthodontie non pris en charge ou refusés par le RO (1) (3)		500 €
Supplément traitement parodontie non remboursé par le RO (1) (3)		125 €

**HOSPITALISATION / SOINS COURANTS / PRÉVENTION**

**HOSPITALISATION**

La franchise est prise en charge dans toutes les garanties

Honoraires conventionnés si praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

Honoraires conventionnés si praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

Forfait journalier

Frais de séjour

Frais de transport remboursés par le RO (1)

**SOINS COURANTS**

Visites et Consultations généralistes et spécialistes, échographies, actes techniques d'imageries et actes techniques médicaux  
si praticiens conventionnés non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

si praticiens conventionnés adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

Auxiliaires médicaux

Analyses médicales

Vignette bleue, orange, blanche

Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés par le RO (1)

**PRÉVENTION**

7 actes de prévention

PASS + EMOA : votre couverture complémentaire, en cas d'accident, en France ou à l'étranger pour vos activités sportives, de loisirs, voyages ou de la vie courante.

Assistance à Domicile

**OPTIQUE (2)**

**Depuis le 1er Janvier 2020 - Équipements éligibles au 100% Santé\*\***

Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : verres et montures de Classe B

Équipement 2 verres simples

Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe

Équipement 2 verres complexes ou très complexes

Dont forfait maximum pour la monture

Chirurgie réfractive (3)

Lentilles remboursées ou non par le RO (1) (4)

**DENTAIRE**

**Depuis le 1er Janvier 2020 - Panier de soins 100% Santé\*\***

Prestations hors panier 100 % Santé (soins et prothèses)

Soins et chirurgie dentaires remboursés par le RO (1)

Inlay-Onlay

Prothèses dentaires remboursées par le RO (1) (dans la limite de 3 prothèses par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, versement à 125 %)

Orthodontie remboursée par le RO (1)

**AIDES AUDITIVES**

**Depuis le 1er Janvier 2021 - Panier de soins 100% Santé\*\***

Prise en charge d'un équipement par oreille tous les 4 ans

Équipement «100 % Santé» Classe I

Équipement Classe II, dans la limite de 1 700 € par oreille

Piles et accessoires

**MODULE CONFORT +**

**+ BIEN ÊTRE ET MÉDECINE DOUCE**

Consultation : Chiropractie, ostéopathie, podologue, pédicure, psychologue, diététicien (limité à 4 par an)

Ostéodensitométrie non remboursée par le RO (1) (3)

Cure thermale remboursée par le RO (1) (3)

Prothèses auditives remboursées par le RO (1) \*\*\*

Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le RO (1)

Auto médication, veinotonique, homéopathie (3)

Arrêt tabac sur prescription médicale (3)

Vaccins non remboursés par le RO (1) (3)

**+ HOSPITALISATION**

Chambre particulière (limité à 90 jours par an dont 30 jours en hospitalisation en établissement de convalescence, maison d'enfant à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite)

Frais de télévision (limité à 90 jours par an)

Frais d'accompagnant (limité à 30 jours par an) (5)

**+ DENTAIRE**

Implants prothèses et orthodontie non pris en charge ou refusés par le RO (1) (3)

Supplément traitement parodontie non remboursé par le RO (1) (3)

**Socle**

155%

175%

Frais réels

155%

115%

155%

175%

155%

155%

100%

155%

Oui

Oui

Oui

**Rbt intégral**

200€

250€

300€

90€

90€

6% PMSS

**Rbt intégral**

150%

150%

150%

150%

**Rbt Intégral**

100%

100%

**25 € / séance**

30 €

100 €

200 €

270%

40 €

50 €

25 €

**40 € / jour**

**4 € / jour**

**20 € / jour**

300 €

75 €

### HOSPITALISATION / SOINS COURANTS / PRÉVENTION

#### HOSPITALISATION

*La franchise est prise en charge dans toutes les garanties*

Honoraires conventionnés si praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

Honoraires conventionnés si praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

Forfait journalier

Frais de séjour

Frais de transport remboursés par le RO (1)

#### SOINS COURANTS

Visites et Consultations généralistes et spécialistes, échographies, actes techniques d'imageries et actes techniques médicaux  
si praticiens conventionnés non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

si praticiens conventionnés adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*

Auxiliaires médicaux

Analyses médicales

Vignette bleue, orange, blanche

Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés par le RO (1)

#### PRÉVENTION

7 actes de prévention

PASS + EMOA : votre couverture complémentaire, en cas d'accident, en France ou à l'étranger pour vos activités sportives, de loisirs, voyages ou de la vie courante.

Assistance à Domicile

#### OPTIQUE (2)

##### Depuis le 1er Janvier 2020 - Équipements éligibles au 100% Santé\*\*

Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : verres et montures de Classe B

Équipement 2 verres simples

Option 2

200%

220%

Frais réels

200%

115%

Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe

200%

Équipement 2 verres complexes ou très complexes

220%

Dont forfait maximum pour la monture

200%

Chirurgie réfractive (3)

200%

Lentilles remboursées ou non par le RO (1) (4)

200%

#### DENTAIRE

##### Depuis le 1er Janvier 2020 - Panier de soins 100% Santé\*\*

Prestations hors panier 100 % Santé (soins et prothèses)

Rbt intégral

300 €

400€

500 €

100 €

350 €

15% PMSS

Soins et chirurgie dentaires remboursés par le RO (1)

Rbt intégral

200%

Inlay-Onlay

200%

Prothèses dentaires remboursées par le RO (1) (dans la limite de 3 prothèses par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, versement à 125 %)

400%

Orthodontie remboursée par le RO (1)

400%

#### AIDES AUDITIVES

##### Depuis le 1er Janvier 2021 - Panier de soins 100% Santé\*\*

Prise en charge d'un équipement par oreille tous les 4 ans

Rbt Intégral

100%

Équipement «100 % Santé» Classe I

100%

Équipement Classe II, dans la limite de 1 700 € par oreille

Piles et accessoires

100%

#### MODULE CONFORT +

#### + BIEN ÊTRE ET MÉDECINE DOUCE

Consultation : Chiropractie, ostéopathie, podologue, pédicure, psychologue, diététicien (limité à 4 par an)

50 € / séance

Ostéodensitométrie non remboursée par le RO (1) (3)

45 €

Cure thermale remboursée par le RO (1) (3)

400 €

Prothèses auditives remboursées par le RO (1) \*\*\*

600 €

Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le RO (1)

450%

Auto médication, veinotonique, homéopathie (3)

65€

Arrêt tabac sur prescription médicale (3)

80€

Vaccins non remboursés par le RO (1) (3)

40 €

#### + HOSPITALISATION

Chambre particulière (limité à 90 jours par an dont 30 jours en hospitalisation en établissement de convalescence, maison d'enfant à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite)

95 € / jour

Frais de télévision (limité à 90 jours par an)

4 € / jour

Frais d'accompagnant (limité à 30 jours par an) (5)

30 € / jour

#### + DENTAIRE

Implants prothétiques et orthodontie non pris en charge ou refusés par le RO (1) (3)

600 €

Supplément traitement parodontie non remboursé par le RO (1) (3)

150 €