

BULLETIN D'ADHÉSION DU SALARIÉ

Couverture Frais de santé Contrat Collectif

Numéro de contrat : M83COL1616A

Raison sociale : BONIFAY SA

LE SALAIRE (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 :

Tél : Portable :

☐ 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 :

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 1ère mensualité ()

Agence :

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

EMOA Mutuelle du Var
285, rue de la Cauquière - CS 60 117
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

MUTUELLE DU VAR EMOA
285, rue de la Cauquière - CS 60 117
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.

HOSPITALISATION / SOINS COURANTS / PRÉVENTION		SOCLE		OPTION 1 (SOCLE INCLUS)		OPTION 2 (SOCLE INCLUS)	
HOSPITALISATION							
La franchise est prise en charge dans toutes les garanties							
Honoraires conventionnés si praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		155%		180%		200%	
Honoraires conventionnés si praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		175%		200%		220%	
Forfait journalier		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Frais de séjour		155%		180%		200%	
Frais de transport remboursés par le RO (1)		115%		115%		115%	
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*		155%		180%		200%	
si praticiens conventionnés adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		175%		200%		220%	
Auxiliaires médicaux		155%		180%		200%	
Analyses médicales		155%		180%		200%	
Vignette bleue, orange, blanche		100%		100%		100%	
Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés par le RO (1)		155%		180%		200%	
PRÉVENTION							
7 actes de prévention		Oui		Oui		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		Oui		Oui	
Assistance à Domicile		Oui		Oui		Oui	
OPTIQUE (2)							
Depuis le 1er Janvier 2020 - Équipements éligibles au 100% Santé**		Rbt intégral		Rbt intégral		Rbt intégral	
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : verres et montures de Classe B							
Equipement 2 verres simples		200€		250 €		300 €	
Equipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		250€		325 €		400€	
Equipement 2 verres complexes ou très complexes		300€		400 €		500 €	
Dont forfait maximum pour la monture		90€		100 €		100 €	
Chirurgie réfractive (3)		90€		150 €		350 €	
Lentilles remboursées ou non par le RO (1) (4)		6% PMSS		9% PMSS		15% PMSS	
DENTAIRE							
Depuis le 1er Janvier 2020 - Panier de soins 100% Santé**		Rbt intégral		Rbt intégral		Rbt intégral	
Prestations hors panier 100 % Santé (soins et prothèses)							
Soins et chirurgie dentaires remboursés par le RO (1)		150%		175%		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 %)		150%		300%		400%	
Orthodontie remboursée par le RO (1)		150%		300%		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			
Équipement «100 % Santé» Classe I	Rbt Intégral	Rbt Intégral	Rbt Intégral
Équipement Classe II, dans la limite de 1 700 € par oreille	100%	100%	100%
Piles et accessoires	100%	100%	100%
MODULE CONFORT +			
+ BIEN ÊTRE ET MÉDECINE DOUCE			
Consultation : Chiropractie, ostéopathie, podologue, pédicure, psychologue, diététicien (limité à 4 par an, praticien diplômé d'état de la discipline)	25 € / séance	40 € / séance	50 € / séance
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO (1) (3)	30 €	40 €	45 €
Cure thermique remboursée par le RO (1) (3)	100 €	300 €	400 €
Prothèses auditives remboursées par le RO (1) ***	200 €	500 €	600 €
Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le RO (1)	270%	320%	450%
Auto médication, veïnotonique, homéopathie (3)	40 €	60 €	65€
Arrêt tabac sur prescription médicale (3)	50 €	70 €	80€
Vaccins non remboursés par le RO (1) (3)	25 €	35 €	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)	40 € / jour	50 € / jour	95 € / jour
Frais de télévision (limité à 90 jours par an)	4 € / jour	4 € / jour	4 € / jour
Frais d'accompagnant (limité à 30 jours par an) (5)	20 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
+ DENTAIRE			
Implants prothèses et orthodontie non pris en charge ou refusés par le RO (1) (3)	300 €	500 €	600 €
Supplément traitement parodontie non remboursé par le RO (1) (3)	75 €	125 €	150 €

(1) RO : régime obligatoire

(2) 1 équipement composé de 2 verres + 1 monture tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue et enfant de moins de 16 ans

(3) Par an et par bénéficiaire

(4) Forfait bisannuel - Hors produits d'entretien, accessoires et lentilles de couleur non correctrices

(5) Uniquement facture de lit accompagnant et repas servi à l'hôpital ou en clinique

*QU'EST-CE QUE L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)?

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Pour savoir si votre médecin est adhérent à l'OPTAM, rendez-vous sur amel-direct.fr

**Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

*** Le forfait exprimé en euros s'apprécie globalement. Si le forfait n'est pas totalement consommé lors de l'acquisition du premier équipement, la somme restante pourra être attribuée en cas d'acquisition d'une seconde aide auditive. La prise en charge d'une aide auditive classe II est limitée à 1700 €, selon les conditions du contrat responsable.

Les prestations s'entendent en pourcentage des tarifs de convention ou des tarifs de responsabilité ; régime obligatoire compris, dans la limite des frais réels engagés. Les forfaits en euros s'entendent en complément des prestations versées par le régime obligatoire le cas échéant. Remboursements au 01/01/2021.

C = A + B

COTISATION TOTALE	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	30.62	50.11	78.28
SURCO 1	53.53	86.77	133.29
SURCO 2	67.61	112.56	166.18

A

PART EMPLOYEUR	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	15.31	15.31	15.31
SURCO 1	15.31	15.31	15.31
SURCO 2	15.31	15.31	15.31

B = B1 + B2

PART SALARIALE TOTALE	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	15.31	34.80	62.97
SURCO 1	38.22	71.46	117.98
SURCO 2	52.30	97.25	150.87

B1

PART SALARIALE prélevée sur la fiche de paie	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	15.31	15.31	15.31
SURCO 1	15.31	15.31	15.31
SURCO 2	15.31	15.31	15.31

B2

PART SALARIALE prélevée sur le compte en banque	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	-	19.49	47.66
SURCO 1	22.91	56.15	99.68
SURCO 2	36.99	81.94	135.56

Décision unilatérale de l'employeur instituant un régime complémentaire de frais de santé

Toulon, le 26 Novembre 2020

Objet : Mise en place de garanties collectives « Remboursement de frais médicaux » conformément aux articles L.911-1 et L.911-7 du Code de la Sécurité Sociale

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 1^{er} janvier 2016, l'entreprise institue de façon unilatérale un régime complémentaire de frais de santé, dans les conditions définies ci-après.

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.

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 FOURS LES PLAGES (83180).

En cas de désignation d'un organisme assureur et conformément à l'article L 912-2 du Code de la Sécurité Sociale, la société 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 – Bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés de l'entreprise présents et à venir, à compter de la date d'effet précisée à l'article 9.

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.

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.

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).

4 – Caractère obligatoire de l'adhésion des salariés

L'adhésion au régime est obligatoire à compter du 1^{er} 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, au moyen des documents annexés à la présente.

L'accord prévoit les cas de dispense à l'adhésion au régime de complémentaire santé. Peuvent ainsi être dispensés d'affiliation à leur initiative:

- a) les salariés bénéficiaires de la CMU
- b) les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (article L863-1 css)
- c) des salariés à durée déterminée et des apprentis, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles
- d) les salariés à temps partiel et 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
- e) des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel, si le contrat prévoit une clause de renouvellement.
- f) A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf arrêté 26 mars 2012 modifié) :
 - * dispositif de protection sociale complémentaire présentant un collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la présente circulaire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la



couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire)

- * régime local Alsace-Moselle
- * régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- * mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011
- * contrats d'assurance du groupe dits « Madelin »
- * régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM)
- * caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF)
- * pour les contrats à reconduction tacite, la dispense prend fin à la fin de la date de reconduction tacite

- **g)** lors de la mise en place du régime, les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire (en tant qu'ayant droit).

La faculté de dispense mentionnée au a) comme au b) et e) s'exerce indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier d'une autre couverture complémentaire. Un salarié affilié au régime de prévoyance collectif et obligatoire de son entreprise, qui se trouve couvert ultérieurement par le régime de prévoyance de son conjoint, soit au titre d'un régime lui-même collectif et obligatoire qui prévoirait la couverture obligatoire des ayants-droits, soit au titre d'un régime « Madelin » ou d'une mutuelle de fonctionnaire, pour ne citer que ces exemples, peut faire valoir sa dispense d'adhésion au régime de son entreprise auquel il adhérerait antérieurement.

Les salariés remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit au plus tard un mois après sa date d'embauche, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l'employeur qui en conservera la trace, à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime de base.

Le maintien des dispenses est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'employeur, le mois précédant l'échéance, à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime de base.

- Les cas particuliers des couples travaillant dans la même entreprise :

Si la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. Les contributions de l'employeur versées au bénéfice de ce couple sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les conditions prévues par la présente circulaire.

Si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément. Dans les deux cas, le caractère obligatoire n'est pas remis en cause et les contributions versées par l'employeur, soit au couple, soit pour chacun des membres du couple, bénéficient de l'exclusion d'assiette.

18

Cette liste n'est pas exhaustive et suivra les évolutions réglementaires en matière de dispense d'adhésion.

Le salarié souhaitant bénéficier d'une dérogation devra justifier de sa situation.

A la mise en place du régime, le salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire obligatoire produira les documents attestant que le régime du conjoint le couvre automatiquement (**soit** un régime obligatoire avec cotisation famille, **soit** un régime avec cotisation adulte/enfant ou isolé/famille et copie ou décision unilatérale de l'entreprise du conjoint prévoyant que les ayants droit même en activité sont automatiquement déclarés et assurés).

L'employeur doit conserver la preuve de la demande de dispense ainsi que tous documents transmis à cet effet. Ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

5 – Garanties

Le présent régime, et le contrat d'assurance y afférent, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1 et L.242-1 alinéas 6 et 7 du Code de la Sécurité Sociale ainsi que des articles 83, 1° Quater et 1001, 2° Bis du code général des impôts et des décrets pris en application de ces dispositions.

6 – Financement

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

Ces cotisations sont prises en charge par répartition entre l'employeur et le salarié, la part patronale finançant le socle pour un salarié seul ne pouvant être inférieur à 50% en vertu de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité Sociale.

La cotisation indiquée est maintenue jusqu'au 31 décembre 2021, à prélèvement obligatoires et législation inchangées. En cas de reconduction du contrat avec des tarifs réévalués, le DUE reste valable.





TABLEAU DES TARIFICATIONS 2021



SAE CRARIÈRES DE SAINT-BAILLON

C = A + B

COTISATION TOTALE	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	30.62	53.54	67.61
SURCO 1	50.11	86.77	112.56
SURCO 2	78.28	133.29	166.18

A

PART EMPLOYEUR	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	15.31	15.31	15.31
SURCO 1	15.31	15.31	15.31
SURCO 2	15.31	15.31	15.31

B = B1 + B2

PART SALARIALE TOTALE	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	15.31	38.23	52.30
SURCO 1	34.80	71.46	97.25
SURCO 2	62.97	117.98	150.87

B1

PART SALARIALE prélevée sur la fiche de paie	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	15.31	15.31	15.31
SURCO 1	15.31	15.31	15.31
SURCO 2	15.31	15.31	15.31

B2

PART SALARIALE prélevée sur le compte en banque	ISOLE	COUPLE / 2 PERSONNES	FAMILLE
Base	.	22.92	36.99
SURCO 1	19.49	56.15	99.68
SURCO 2	47.66	102.67	135.56

18

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2020, à 3 428 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

Chaque salarié acquitte obligatoirement une cotisation pour lui-même. Il a la possibilité d'étendre le bénéfice des garanties à ses ayants droit, tels que définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information, et prend alors en charge l'intégralité de la cotisation supplémentaire afférente à cette couverture.

7 – Portabilité

En application 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.

A 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.

8 – Prise d'effet, durée, dénonciation et révision de la décision

La présente décision prend effet le 1^{er} janvier 2021 pour une durée indéterminée.

Elle pourra être dénoncée ou modifiée à tout moment par l'employeur – conformément à la procédure prévue par la jurisprudence concernant la dénonciation ou la modification des décisions unilatérales. La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance précité entraîne de plein droit la caducité de la présente décision par disparition de son objet.

9- 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.

Fait à Toulon, le 26/11/2020

Pour la SOCIETE BONIFAY SAS

Mme Valérie STRINI, en qualité de Directrice Générale

A handwritten signature in dark ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke, representing the signature of Mme Valérie STRINI.