

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

LE CONTRAT COLLECTIF

Est un contrat d'assurance de groupe le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage. Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur.

Article L. 141-1 (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)

Le contrat collectif est mis en place pour tous les salariés sans discrimination de revenu, d'âge, d'état de santé, ni même par rapport à la nature du contrat de travail (CDD, CDI) ou à la durée du travail (temps plein, temps partiel).

Il permet de mutualiser les risques, donc d'en diminuer le coût. Les salariés sont ainsi assurés de bénéficier des meilleures garanties pour eux et leur famille à un tarif très intéressant. Quant aux cotisations, elles sont réparties librement entre l'entreprise et le salarié.

Le décret relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire est paru au Journal officiel du 11 janvier 2012. Ce texte précise dans quelles conditions les contrats collectifs de prévoyance, santé et retraite ne peuvent couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sans remettre en cause le bénéfice des exonérations sociales dont bénéficient les employeurs et salariés. Il redéfinit le caractère obligatoire du contrat.

En principe seules les contributions des employeurs aux systèmes de garanties auxquelles l'adhésion du salarié est obligatoire peuvent bénéficier du régime social de faveur. Trois séries de dispenses au caractère obligatoire, qui résultaient pour une large partie de la doctrine administrative, sont prévues :

- la première concerne les salariés embauchés antérieurement à la mise en place d'un régime par décision unilatérale de l'employeur ;
- lorsque les garanties ont été mises en place par convention, accords collectifs ou ratification à la majorité des salariés et que le dispositif prévoit les dispenses suivantes :
 - la seconde série de dispenses vise les salariés sous CDD et les apprentis, que leur contrat soit inférieur à douze mois ou supérieur, s'ils justifient, dans ce dernier cas, d'une couverture individuelle. Elle concerne aussi les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation salariale serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
 - enfin, une dernière série de dispenses est admise, quel que soit l'acte instituant les dispositifs de remboursement de frais de santé, pour les salariés disposant d'une couverture individuelle jusqu'à l'échéance du contrat, pour les salariés bénéficiaires de la CMU C ou de l'ACS ou ceux qui par ailleurs bénéficient en tant qu'ayant droit d'une couverture collective.
- Ces dispositions ont été précisées par :
 - l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises,
 - la circulaire n°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire,
 - la lettre circulaire ACOSS n° 20140000002, du 4 février 2014.

DÉFINITION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Article 2 de la loi Évin

Une couverture sociale complémentaire collective à adhésion obligatoire est celle qui réunit une ou plusieurs catégories de personnes répondant à des conditions posées par une convention ou un accord collectif, un accord ratifié par référendum ou une décision unilatérale de l'employeur et qui, sur la base de ces textes, sont obligatoirement affiliés à la couverture et donc à l'organisme assureur qui a accepté de les couvrir.

Sur la base du texte mettant en place le contrat dans l'entreprise, le salarié n'a pas le choix et est obligatoirement affilié au contrat dès lors qu'il remplit les conditions prévues au régime (ancienneté, catégorie,...) si ce régime a été mis en place avant son entrée dans l'entreprise ou bien si le salarié a participé à sa mise en place ; de la même façon, il ne peut se dispenser du paiement des cotisations si le régime prévoit une part de financement salariale.

La mise en place du régime doit respecter une des règles de forme prévues par la Loi du 8 août 1994, soit une convention collective, un accord collectif d'entreprise, un référendum ou une décision unilatérale de l'employeur. Compte tenu de ces éléments, le salarié ne peut adhérer obligatoirement à un contrat de prévoyance que dans un cadre professionnel.

Les caractéristiques du contrat seront définies dans le cadre de la négociation interne de l'entreprise et pourront être revues ou dénoncées.

Les contrats obligatoires sont en général proposés pour assurer une base de garantie à tous les salariés sur l'ensemble des risques.

Ces contrats présentent des avantages tarifaires importants par rapport aux contrats individuels ou à contrats collectifs à adhésion facultative : le salarié n'ayant pas le choix, l'anti-sélection est forcément limitée, c'est-à-dire que l'assureur est certain de ne pas garantir que des individus présentant une probabilité importante de réalisation d'un sinistre. La tarification étant ainsi établie sur la base d'une population plus large dont le risque moyen de sinistralité est plus faible, sera moins onéreuse que la tarification d'un contrat individuel.

LES COTISATIONS - STATUT FISCAL

POUR LE SALARIÉ

Le principe

En application de l'article 83 du Code général des impôts (CGI), les salariés sont autorisés à déduire de leur rémunération les cotisations qu'ils supportent en vue de se prémunir contre les « risques » maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, et vieillesse. Cet avantage fiscal a été supprimé pour les contrats de complémentaire santé, par la loi de finance 2014.

La couverture des « risques » autres que la vieillesse est désignée sous le terme de prévoyance (invalidité, incapacité de travail, maladie, maternité, décès). La couverture du risque de dépendance, qui se caractérise par l'impossibilité d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, préparer les repas ...), est assimilée à la prévoyance pour l'application des dispositions concernées de l'article 83 du Code général des impôts (CGI).

La couverture de ces risques est assurée par l'affiliation à des régimes légalement obligatoires de base et à des régimes complémentaires, et supplémentaires pour la retraite, ouvrant droit, sous certaines conditions, à la déduction des cotisations correspondantes du montant imposable des traitements et salaires.

L'article 111 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a modifié les modalités, **notamment les limites, de déduction des cotisations versées dans le cadre professionnel à ces différents régimes.**

Les limites ont donc été revues, suite à la suppression de l'avantage fiscal pour les contrats de complémentaire santé

Les limites

Les cotisations ou primes versées à des régimes obligatoires de prévoyance complémentaire d'entreprise sont déductibles dans la limite, y compris les versements de l'employeur :

- 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (soit **1 877,10 € en 2014**) ;
- et 2 % de la rémunération brute.

Le total des deux ne devant pas dépasser 2 % de 8 PASS (soit **6 006,72 € en 2014**).

Exemple

*Un cadre est affilié à un régime de prévoyance complémentaire collectif à adhésion obligatoire.
Les taux de cotisations se répartissent de la manière suivante :*

Tranche de rémunération	Taux Part salariale	Taux Part patronale
Tranche A	2 %	5 %
Tranche B	3 %	3 %
Tranche C	3 %	3 %

Sa rémunération est de 182 640 € sur l'année 2014

Montant des cotisations salariales et patronales versées au titre de l'année 2014 pour ce salarié

Tranche de rémunération	Taux Part Salariale	Montant Part Salariale	Taux part Patronale	Montant Part patronale
TA = 37 548 €	2 %	750,96 €	5 %	1 877,40 €
TB = 112 644 €	3 %	3 379,32 €	3 %	3 379,32 €
TC = 32 448 €	3 %	973,44 €	3 %	973,44 €
Totale = 182 640 €		5 103,72 €		6 230,16 €

Soit un montant total des cotisations en 2014 de 11 333,88 € (5 103,72 € + 6 230,16 €)

Calcul du seuil d'exonération fiscale applicable pour ce salarié

Le seuil d'exonération est de 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale + 2 % de la rémunération annuelle brute, soit :

$$(37\,548\text{ €} \times 5\%) + (182\,640\text{ €} \times 2\%) = 5\,530,20\text{ €}$$

Sans pouvoir dépasser la limite du plafond maximal d'exonération de 2 % de 8 plafonds annuels, soit **6 007,68 €**.

Le montant total des cotisations (11 333,88 €) étant supérieur au seuil d'exonération (5 530,20 €.), il y a lieu de réintégrer un excédent.

Calcul de réintégration

L'excédent à réintégrer correspond au montant dépassant le seuil d'exonération, soit

$$5\,803,68\text{ €} (11\,333,88\text{ €} - 5\,530,20\text{ €})$$

La part salariale de l'excédent est considérée comme non déductible de la rémunération imposable tandis que la part patronale de l'excédent constitue un complément de salaire.

Pour ventiler l'excédent en une part patronale et une part salariale, il faut multiplier l'excédent global par le prorata des cotisations de prévoyance complémentaire supportées respectivement par l'employeur et le salarié.

Soit :

- cotisations salariales non déductibles : $5\,803,68\text{ €} \times 5\,103,72\text{ €} / 11\,333,88 = 2\,613,43\text{ €}$;
- cotisations patronales imposables : $5\,803,68\text{ €} \times 6\,230,16\text{ €} / 11\,333,88\text{ €} = 3\,190,24\text{ €}$.

Les conditions d'exonération

Pour être en conformité avec les exigences de la loi « Fillon »,

- le régime doit avoir été mis en place selon l'une des modalités de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- la participation **patronale doit être effective** ;
- il doit s'agir d'un régime collectif, c'est-à-dire qui bénéficie de façon globale et impersonnelle à l'ensemble des collaborateurs de l'entreprise ou à une catégorie objective de salariés ;
- les risques assurés doivent être les mêmes que dans les régimes de Sécurité sociale de base ;
- le régime doit être **obligatoire** pour tous les salariés auxquels il est ouvert. Sous réserve que le contrat le prévoit, et que la convention collective n'y soit pas opposée, l'adhésion peut être facultative pour les salariés sous contrat à durée déterminée, les travailleurs saisonniers, les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire au moment de la mise en place du régime (critère à redéfinir en fonction de l'application du décret du 9 janvier 2012) ;
- le **taux de cotisation doit être uniforme** pour une même catégorie de salariés ;
- les **contrats « santé » doivent être « solidaires » et « responsables »** et garantir des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale sans prendre en charge la participation forfaitaire de 1 €, les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, les majorations du ticket modérateur en cas de refus d'accès un dossier médical et les pénalités appliquées par la Sécurité sociale. Ils doivent également prévoir des garanties minimales (30 % des consultations chez le Médecin traitant ou prescrit par lui, 30 % des médicaments à vignettes blanches prescrits, 35 % des prescriptions d'analyses, ...).

Le bénéfice de l'exonération est confirmé (Article 17 de la loi de finances Sécurité sociale 2011) pour les régimes visant les anciens salariés et les ayants droit (adaptation à l'ANI du 11 janvier 2008 sur la portabilité).

POUR L'ENTREPRISE

Le principe

En application de l'article 39 du Code général des impôts, la part patronale des cotisations versées à un organisme assureur au titre d'une couverture de retraite ou de prévoyance complémentaire est susceptible de constituer pour l'entreprise une charge de personnel déductible de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

Cette part patronale destinée au financement des régimes de retraite et de prévoyance est totalement déductible de l'assiette de l'impôt sur les sociétés si les conditions requises sont réunies.

LES COTISATIONS - STATUT SOCIAL

POUR LE SALARIÉ

Le principe

Aux termes de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale, sont soumises à cotisations sociales (incluant les cotisations allocations familiales et accidents du travail), toutes les sommes considérées comme des rémunérations, versées aux travailleurs à l'occasion ou en contrepartie de leur travail, notamment les salaires, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

Par conséquent, les avantages résultant des cotisations patronales ou des prestations perçues dans le cadre d'un régime de prévoyance sont, par principe, susceptibles d'entrer dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale. Toutefois, le législateur a voulu favoriser le développement des régimes de retraite et de prévoyance en mettant en place un système d'exonération spécifique prévu par les articles L. 242-1 et D. 242-1 du Code de la Sécurité sociale (dispositions prévues à l'origine dans le texte du décret n° 85-783 du 23 juillet 1985).

Les limites

L'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale dispose que les contributions patronales au financement de prestations complémentaires en matière de retraite et de prévoyance, sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale pour la partie inférieure à un montant fixé par décret.

Ce montant est déterminé par l'article D. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces deux limites sont exprimées en fonction :

- de la rémunération brute du salarié ;
- et du plafond de la Sécurité sociale.

Les contributions patronales destinées au financement d'un régime de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale propre à chaque salarié bénéficiaire pour un **montant n'excédant pas la somme des deux valeurs suivantes** :

- 6 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (**2 252,88€ en 2014**) ;
- et 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale.

Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % du montant annuel du plafond de la Sécurité sociale (**4 505,76 € en 2014**).

Parallèlement, si le système de garanties prévoit un maintien de couverture pour l'ensemble des anciens salariés ou ceux qui le souhaitent, il y a maintien de l'exclusion d'assiette pour les contributions que l'employeur continue à verser à ce titre, dans les mêmes conditions.

Ces dispositions s'appliquent en particulier au mécanisme de portabilité en matière de couverture complémentaire santé et prévoyance prévu par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008.

Exemple

Un cadre est affilié à un régime de prévoyance complémentaire collectif à adhésion obligatoire.
Les taux de cotisations se répartissent de la manière suivante :

Tranche de rémunération	Taux Part salariale	Taux Part patronale
Tranche A	2 %	5 %
Tranche B	3 %	3 %
Tranche C	3 %	3 %

Sa rémunération est de 182 640 € sur l'année 2014.

Montant des cotisations patronales versées au titre de l'année 2014 pour ce salarié

Tranche de rémunération	Taux Part Patronale	Montant Part patronale
TA = 37 548 €	5 %	1 877,40 €
TB = 112 644 €	3 %	3 379,32 €
TC = 32 448 €	3 %	973,44 €
TOTAL = 182 640 €		6 230,16 €

Soit un montant total de contributions patronales en 2014 de 6 230,16 €.

Calcul du seuil d'exonération social applicable pour ce salarié

La limite d'exonération des contributions patronales de prévoyance complémentaire correspond à la somme de :

- 6 % du plafond de la sécurité sociale + 1,5 % de rémunération, soit :

$$(6 \% \times 37\,548 \text{ €}) + (1,5 \% \times 182\,640 \text{ €}) = 4\,992,48 \text{ €}$$

Cette limite est toutefois plafonnée à 12 % du plafond de la sécurité sociale, soit : 4 505,76 €.

Le montant total des contributions patronales (= 6 230,16 €) étant supérieur au seuil d'exonération (= 4 505,76 € - limite maximum), il y a eu lieu de réintégrer un excédent.

Calcul de réintégration de l'excédent social

L'excédent à réintégrer correspond au montant dépassant le seuil d'exonération, soit 1 724,40 € (= 6 230,16 € - 4 505,76 €).

L'excédent social doit être traité comme un complément de rémunération soumis aux cotisations de sécurité sociale et figurer sur le bulletin de paie.

Les conditions d'exonération

Le régime d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale est caractérisé par :

- des conditions cumulatives communes à toutes les contributions de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire :
 - mise en place des dispositifs éligibles,
 - prestations versées par un organisme habilité,
 - non-substitution du financement patronal à un élément de rémunération,
 - caractère collectif et obligatoire.
- des conditions spécifiques aux opérations de retraite, définies par décret, et aux contrats de prévoyance permettant la prise en charge des frais de santé ;

Ces conditions de l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale ont été précisées dans plusieurs circulaires de l'ACOSS :

- lettre circulaire n° 2005-089 du 9 juin 2005, n° 2005-130 du 13 septembre 2005, présentent, précisent et commentent les aménagements apportés au régime social des contributions de l'employeur au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance,
- lettre circulaire n° 2009-027 du 16 février 2009, fait le point sur les modalités d'application des nouvelles conditions dans lesquelles ces contributions sont exclues de l'assiette des cotisations et/ou des contributions sociales suite aux précisions apportées par trois circulaires ministérielles (n° DSS/5B/2005-396 du 25.08.2005, n° DSS/5B/2006-330 du 21.07.06, n° DSS/5B/2006-36 du 21.01.2006),
- lettre circulaire n° 2011-036 du 24 mars 2011 apporte des précisions, sous forme de « questions-réponses » aux conditions d'exonération du financement patronal de la retraite complémentaire légalement obligatoire et des régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire.

S'agissant du **caractère collectif**, l'article L 242-1, al. 6 du Code de la Sécurité sociale modifié par l'article 17 de la loi du 20 décembre 2010 précise que les garanties doivent bénéficier à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux. Dans ce dernier cas, les salariés doivent appartenir à une catégorie établie à partir de **critères objectifs déterminés par décret**.

Le décret 2012-25 du 9 janvier 2012 définit ces critères objectifs et, plus largement, les conditions dans lesquelles un régime de protection complémentaire peut être considéré comme collectif et obligatoire. Il insère à cet effet six nouveaux articles dans le Code de la Sécurité sociale, numérotés R. 242-1-1 à R. 242-1-6.

Soit le régime mis en place couvre l'ensemble des salariés, soit il n'en couvre qu'une partie. Dans ce cas, l'employeur doit utiliser les catégories objectives définies par le décret.

1.2. Quelles sont les catégories objectives admises par le décret ?

Il y en a 5 :

- appartenance à une catégorie cadre non cadre au sens de l'Agirc ;
- les tranches de rémunération Agirc/Arrco ;
- les catégories professionnelles des accords de branche ou interprofessionnels ;
- le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous catégories des classifications professionnelles de branche ou interprofessionnelle ;
- les catégories définies « clairement et de manière non restrictive » à partir des usages de la profession.

Comme auparavant, ces catégories ne peuvent pas tenir compte du temps de travail (temps plein/temps partiel), de l'âge ou de la nature du contrat (CDI-CDD).

Les circulaires ministérielles admettaient les catégories fondées sur le code du travail : cadres dirigeants, salariés en forfait. Ce n'est plus possible. Les entreprises doivent impérativement faire entrer ces salariés dans l'une des 5 catégories du décret.

De même, les classifications d'entreprises ne sont pas admises. Le décret ne fait référence qu'aux accords de branche ou aux accords interprofessionnels

Enfin, la circulaire DSS du 30 janvier 2009 admettait qu'un système de garanties soit mis en place par « accord d'établissement ». Le décret ne mentionne pas ces régimes d'établissement. Sont-ils encore possibles ?

1.4. L'ancienneté du salarié peut-elle être un critère ?

L'ancienneté du salarié ne peut plus être un critère, mais le bénéfice des garanties peut être soumis à une condition minimale d'ancienneté qui est de :

- 12 mois pour les prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude et de décès ;
- 6 mois pour les frais de santé (auparavant, cela pouvait aller jusqu'à 12 mois).

L'utilisation des catégories fait-elle présumer l'aspect collectif du régime ?

Non. Cela ne dispense pas l'employeur de prouver que tous les salariés de telle catégorie sont placés dans une situation identique par rapport à la garantie concernée.

Pour qu'une telle présomption joue, le décret impose l'utilisation de critères spécifiques pour chaque garantie.

Concrètement, deux catégories (les sous-classifications et les usages) ne valent jamais présomption. Les entreprises qui les utiliseront devront toujours justifier du caractère collectif de leur couverture.

Ce décret est entré en vigueur le lendemain de sa publication au journal officiel, soit le 12 janvier 2012.

Toutefois, les entreprises ont jusqu'au 1^{er} juin 2014 pour se mettre en conformité avec ce dispositif. Ainsi, celles qui bénéficiaient à la date de publication du décret (soit le 11 janvier 2012) du régime social de faveur et qui ne remplissent pas l'ensemble des conditions ci-dessous continuent d'en bénéficier jusqu'à cette date.

Ces dispositions ont été précisées :

- La circulaire N°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire ;
- La lettre circulaire ACOSS n° 2014000002, du 4 février 2014

Pour plus de détails sur les conditions d'exonérations fiscales et sociales, voir partie I.

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Prise en charge des états pathologiques antérieurs à l'adhésion

Article 2 de la loi Évin

L'article 2 de la Loi Évin prévoit que, dans le cadre d'un contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, l'assureur est tenu d'accepter tout salarié répondant aux conditions d'adhésion à ce contrat, quel que soit son état de santé : l'assureur ne peut exclure aucune pathologie ou affection antérieure au contrat qui ouvre droit au service des prestations en nature du régime général de Sécurité sociale.

De la même façon, l'assureur ne peut exclure aucun salarié du bénéficiaire du contrat, dès lors que celui-ci y a été affilié et ce quelle que soit l'évolution de son état de santé par la suite (ou celui de sa famille, si celle-ci est également couverte par le contrat).

Il doit prendre en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion, sous réserve "des sanctions prévues en cas de fausse déclaration".

Maintien des garanties frais médicaux à titre individuel

Article 4 de la loi Évin

L'assureur doit prévoir les modalités et les conditions tarifaires permettant le maintien de la couverture frais médicaux au bénéficiaire :

- des anciens salariés (invalides, chômeurs, retraités), sans limitation de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant leur départ de l'entreprise ;
- des ayants droit de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès et sous réserve que ceux-ci en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès du salarié assuré.

La continuité doit se faire sans condition de période probatoire, ni d'examens ou de questionnaires médicaux.

Le nouveau contrat (réservé à ces populations spécifiques) doit prévoir que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

La tarification applicable à ce contrat peut être supérieure à celle du contrat groupe des actifs dans des limites qui ont été fixées par le décret n° 90-768 du 30 août 1990, et qui sont de 150 % du tarif proposé aux actifs.

Résiliation du contrat et maintien de la couverture prévoyance

Article 5 de la loi Évin

Le contrat doit prévoir, outre le délai de préavis applicable à la résiliation ou à son non renouvellement, les modalités et conditions tarifaires de la continuité des garanties à titre individuel, selon lesquelles l'organisme assureur peut maintenir les garanties au profit des salariés qui en feraient la demande.

Cette continuité concerne l'ensemble des garanties prévoyance. Elle est proposée sans sélection médicale ni période probatoire.

La demande doit en être faite, par les salariés, pendant la période de préavis préalable à la résiliation (et donc à la perte d'effet du contrat).

Maintien de garanties incapacité, invalidité ou décès, après résiliation

Article 7 et article 7-1 de la loi Évin

Il doit également prévoir pour l'assuré en arrêt de travail ou en invalidité, le maintien des garanties en vigueur à la date de son arrêt de travail, au niveau atteint au jour de la résiliation.

Après la loi Évin et avant la loi du 17 juillet 2001

L'assureur d'un régime de prévoyance complémentaire devait obligatoirement prendre en charge, après la résiliation d'un contrat, les seules conséquences d'une incapacité ou d'une invalidité née pendant l'exécution de ce même contrat.

Parallèlement, les entreprises se voyaient imposer l'organisation, en cas de changement d'organisme assureur, du maintien de la garantie décès pour leurs salariés bénéficiant de prestations incapacité ou invalidité. Généralement, les nouveaux contrats de prévoyance comportent une clause de maintien des garanties décès pour les assurés en arrêt de travail et stipulent la cessation de ce maintien en cas de résiliation. Cette situation peut conduire, soit pour les employeurs à supporter ces prestations décès soit pour les ayants droit à rester sans couverture décès. L'objectif de cette nouvelle loi est de pallier ces difficultés.

Après la loi du 17 juillet 2001

L'application de l'article 7-1 concerne à compter du 1^{er} janvier 2002, toutes les garanties en cas de décès (décès accidentel, rentes de conjoint, rentes éducation...). Cet article précise que lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement pour des risques décès, incapacité de travail et invalidité, la couverture du risque décès doit être maintenue aux assurés en arrêt de travail y compris après la résiliation du contrat.

Le fait générateur de l'engagement de l'assureur est l'arrêt de travail. Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents. L'article 30 prévoit que les assureurs peuvent répartir sur une période transitoire de 10 ans au plus, la charge que représente le provisionnement prévu au titre des incapacités et invalidités en cours au 31 décembre 2001 pour les contrats souscrits avant le 1^{er} janvier 2002 et en cours à cette date.

L'assureur qui assume à titre obligatoire le maintien de la garantie décès après résiliation à partir du 1^{er} janvier 2002, est en droit d'exiger une indemnité au souscripteur qui résilie ou ne renouvelle pas son contrat ; cela concerne donc toutes les résiliations postérieures au 1^{er} janvier 2002, au titre des incapacités et invalidités en cours au 31 décembre 2001. Le calcul de cette indemnité sera explicité dans le décret d'application à venir.

Date d'entrée en vigueur : Les nouvelles dispositions de l'article 7-1 s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2002 pour les nouveaux contrats souscrits à partir de cette date et pour les contrats souscrits antérieurement et toujours en cours au 1^{er} janvier 2002.

Les dispositions de ce texte ne s'appliquent qu'aux seuls contrats rentrant dans le cadre de l'article 2 de la loi Évin, à l'exception des contrats collectivités locales

Impacts de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a relevé l'âge légal de départ en retraite de 60 à 62 ans.

Ce relèvement de l'âge de la retraite est susceptible d'entraîner une charge supplémentaire pour les organismes assureurs qui couvrent les risques incapacité et invalidité.

En effet, augmenter l'âge de départ à la retraite de deux ans revient, pour les organismes assureurs, à servir les prestations pour une durée de deux années supplémentaires et par conséquent de constituer des provisions supplémentaires.

L'article 31 de la loi Évin, créé par la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 (art 26) prévoit que les organismes assureurs peuvent étaler, sur une période de 6 ans au plus à compter des comptes établis au titre de l'exercice 2010, le supplément de provisions nécessaires à la couverture des risques incapacité-invalidité et maintien de la garanties décès.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement des relations contractuelles avant que les provisions aient pue être intégralement constituées, une indemnité de résiliation sera due à l'organisme assureur « sortant », sauf reprise intégrale des engagements précédent par le nouvel organisme assureur.

Article 31 de la loi Évin

Obligations de l'assureur en matière d'information

Article 15 de la loi Évin

L'organisme assureur a l'obligation de fournir, chaque année, un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat.

Le contenu de ce rapport et la date limite de remise à l'entreprise ont été fixés par le décret n° 90-769 du 30 août 1990.

