

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

DÉFINITION

Le contrat est proposé par l'entreprise (ou le comité d'entreprise) aux salariés, mais chacun d'entre eux est libre de s'affilier ou pas.

Le salarié prendra sa décision en fonction de l'intérêt que présentent les garanties proposées par le contrat, par rapport à ses propres besoins.

L'assureur prend donc le risque de voir s'affilier au contrat des salariés très "consommateurs" ; la tarification prend ce risque en considération et sera, de ce fait, plus élevée que pour un contrat à adhésion obligatoire.

Toutefois, le tarif reste collectif et donc fixé au même taux pour tous les salariés entrant dans la même catégorie définie de façon objective.

Une mutuelle peut aussi se constituer dans le cadre de l'entreprise afin de gérer le contrat.

Le Code de la mutualité qualifie l'opération collective comme suit :

L'opération facultative par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à une mutuelle ou à une union en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage...

Article L. 221-2 du Code de la mutualité

COTISATIONS - STATUT FISCAL

Pour l'entreprise

Seuls les contrats collectifs et obligatoires sont assortis d'une exonération sociale et d'une déductibilité fiscale.

En revanche, les cotisations versées auprès d'un organisme de prévoyance complémentaire dans le cadre d'une adhésion individuelle et facultative constituent un emploi du revenu d'ordre personnel. L'absence d'avantage fiscal au titre des primes versées a pour corollaire l'exonération d'impôt sur le revenu des prestations servies, le cas échéant, par des organismes de prévoyance complémentaire sous forme de rentes.

Pour le salarié

Les cotisations versées par le salarié à un contrat de prévoyance à adhésion facultative ne sont pas déductibles de son revenu imposable.

Les cotisations versées par l'entreprise ou le comité d'entreprise sont du sursalaire et devront donc être réintégrées dans la rémunération imposable du salarié.

COTISATIONS - STATUT SOCIAL

Les cotisations versées par l'entreprise ne sont pas exonérées de cotisations sociales. Pour l'entreprise, il s'agit d'un sursalaire qu'elle verse au salarié qui, en tant que tel, doit être soumis aux mêmes cotisations sociales au même titre que le salaire.

Les contributions versées par les comités d'entreprise

La participation d'un comité d'entreprise au financement de prestations de prévoyance servies par un organisme habilité est assimilée à une contribution de l'employeur, visée à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale, et est donc exclue de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale dès lors qu'elle respecte les conditions posées par cet article.

Selon l'administration, il en résulte que :

Les participations du comité d'entreprise au financement de couvertures de prévoyance complémentaire proposées aux salariés auprès d'une mutuelle n'ouvrent plus droit à l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

En effet, dans ce cas, deux des conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas remplies :

- les garanties ne sont pas mise en place dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur) ;
- les garanties ne revêtent pas de caractère obligatoire. En aucun cas, le comité d'entreprise ne peut imposer aux salariés l'adhésion à un système et la mise en place d'un régime obligatoire.

Toutefois, si le comité d'entreprise contribue au financement d'un régime collectif obligatoire de prévoyance, sa participation sera assimilée à une contribution de l'employeur exclue de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale dans les conditions posées par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Circulaire n° DSS 2009/31 du 30 janvier 2009

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Si le régime de prévoyance a un caractère facultatif l'assureur peut être plus sélectif à l'entrée mais il doit ensuite accorder une garantie viagère (dans les entreprises il peut s'agir par exemple d'un contrat collectif souscrit par un comité d'entreprise ou de contrats individuels souscrits au profit de tel ou tel salarié).

Les garanties accidentelles sont acquises dès la souscription du contrat. En revanche, les autres garanties ne sont acquises qu'après réception de la demande d'affiliation par l'assureur et acceptation du dossier médical.

Pour la maladie, les prestations ne sont en général dues qu'à l'expiration d'une période variable - délai de carence - selon les contrats et (éventuellement) selon les maladies.

En ce qui concerne les indemnités quotidiennes, la franchise est importante et le montant maximum est celui de la prestation servie.

La sélection médicale est plus contraignante que celle des contrats obligatoires et des délais de carence et de franchise sont généralement appliqués. Elle se fait d'après les questionnaires d'état de santé, questionnaires médicaux, et examens médicaux éventuels.

Elle entraîne un taux de surprime ou une prime individuelle correspondant à un âge supérieur à celui de l'assuré, une limitation des garanties, un délai de carence en maladie, une période de franchise en incapacité et invalidité, ou un refus d'assurance.

Les contrats collectifs à adhésion facultative sont en général proposés aux salariés pour leur permettre d'obtenir des garanties supplémentaires, notamment dans le cadre des remboursements de frais médicaux.

Il est possible, dans une entreprise, de cumuler à la fois un contrat à adhésion obligatoire et un contrat à adhésion facultative.

La loi impose des obligations aux assureurs en terme de prises en charge des états pathologiques et de maintien de garanties.

Prise en charge des suites des états pathologiques antérieurs à la souscription

Art 3 de la loi Évin

Ainsi, l'article 3 de la Loi Évin stipule que, dans le cadre d'un contrat de prévoyance à adhésion facultative, l'assureur peut soumettre l'acceptation du salarié à un examen médical.

L'assureur peut ainsi refuser de prendre en charge des pathologies antérieures à l'adhésion du salarié, à la double condition que :

- les maladies antérieures, dont les suites ne sont pas prises en charge, soient clairement mentionnées et définies dans le certificat d'adhésion signé par le salarié ;
- la maladie soit antérieure à l'adhésion du salarié au contrat.

Par ailleurs, à la différence des contrats obligatoires de salariés, l'organisme assureur peut inscrire une liste de maladies dont il ne prendra pas en charge les conséquences, que celles-ci soient révélées antérieurement ou postérieurement à la souscription du contrat. En revanche, il lui est interdit (article 3 - loi Évin) de stipuler une clause d'exclusion générale de la prise en charge des états pathologiques.

Droit au maintien des garanties

■ Frais médicaux

A compter de l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, l'organisme ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

La garantie est acquise à l'assuré tant qu'il paye sa cotisation (garantie viagère).

L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

Article 6 de la loi Évin

En revanche, en cas de baisse de remboursement de la Sécurité sociale, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré ne soit pas remboursée.

Article 9-1 de la loi Évin Créé par Loi 2004-810 2004-08-13 art. 57 VII JORF 17 août 2004

■ Autres garanties (incapacité, invalidité, décès)

Ces mêmes dispositions sont applicables, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, aux garanties contre les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le risque chômage et, à titre accessoire à une autre garantie, contre le risque décès tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et sous réserve des sanctions pour fausse déclaration.

Article 6 de la Loi Évin