

CATÉGORIES D'ORGANISMES ASSUREURS

ENTREPRISES RÉGIES PAR LE CODE DES ASSURANCES

Les sociétés d'assurances sont sous la tutelle du Comité des entreprises d'assurance et de la Commission de contrôle des assurances.

Le Comité des entreprises d'assurance est chargé d'accorder les autorisations ou dérogations individuelles prévues par les dispositions législatives et réglementaires applicables aux entreprises d'assurance et aux entreprises mentionnées à l'article L. 310-1-1, à l'exception de celles relevant de la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Les sociétés d'assurances peuvent intervenir dans une ou plusieurs branches d'assurances (une habilitation est à demander pour chaque branche).

Trois branches d'activité sont concernées par la prévoyance collective :

■ **branche 1 accidents :**

décès accidentel, incapacité de travail et invalidité lorsque la couverture de ces risques n'est pas accessoire au décès ;

■ **branche 2 maladie :**

remboursement de soins de santé ;

■ **branche 20 vie-décès :**

couverture du risque décès et, à titre accessoire et moyennant le paiement d'une cotisation distincte, couverture de l'incapacité de travail professionnelle, du décès accidentel ou de l'invalidité à la suite d'accident ou de maladie.

Les branches 1 et 2 sont assurées par les entreprises d'assurance "non vie", la branche 20 par les compagnies d'assurance vie.

Théoriquement, une même entreprise d'assurance ne peut pratiquer à la fois des opérations vie et non vie.

Deux dérogations sont toutefois prévues :

■ l'incapacité, le décès accidentel et l'invalidité, dommages corporels que seule une compagnie d'assurance non vie peut normalement pratiquer, peuvent être assurés par une entreprise d'assurance vie, lorsqu'ils sont accessoires à un contrat d'assurance vie ;

■ depuis 1994, une même entreprise d'assurance peut couvrir tous les risques liés à la personne humaine (dans les trois branches), cette compagnie étant alors qualifiée de «mixte» (un agrément spécifique doit alors être demandé).

Les entreprises d'assurance mixtes sont tenues de gérer de façon distincte ces deux activités : comptabilité séparée, marges de solvabilité calculées distinctement et gestion différenciée des actifs financiers, les engagements pris n'étant pas de même nature selon les risques couverts.

Une compagnie d'assurance doit être agréée pour l'une de ces trois branches pour offrir aux assurés des garanties de prévoyance complémentaire.

AGRÈMENT

L'activité d'assurance est une activité réglementée qui ne peut être exercée sans que la société d'assurance ait obtenu un agrément administratif. Pour les opérations d'acceptation en réassurance, cet agrément n'est pas exigé. L'agrément est accordé sur demande de l'entreprise, pour les opérations d'une ou plusieurs branches d'assurance. L'entreprise ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

L'agrément d'une compagnie d'assurances est subordonné à la fourniture des informations suivantes :

- la définition du champ d'intervention de la compagnie : branches d'activité, pays d'exercice de l'activité ;
- les modalités d'administration et de fonctionnement : statuts, assemblée générale constitutive, liste des membres du conseil d'administration et des directeurs ;
- l'élaboration d'un programme d'activité : note technique exposant le mode de détermination des tarifs et les bases de calcul des cotisations, description de l'organisation administrative et commerciale, principes en matière de réassurance ;
- prévisions d'activité à 5 ans faisant notamment ressortir la capacité de la compagnie à alimenter sa marge de solvabilité au fur et à mesure du développement de ses opérations ;
- la justification des éléments constituant le fonds de garantie.

L'instruction de chaque dossier est réalisée par un commissaire contrôleur des assurances et porte notamment sur la solvabilité à court et moyen terme de la compagnie (capacité à disposer des fonds propres suffisants ou, le cas échéant, de les mobiliser), sur l'adéquation entre les moyens techniques et financiers dont elle peut disposer au regard de son programme d'activité ainsi que sur l'honorabilité, la qualification et l'expérience professionnelle des personnes chargées de la diriger.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-39, l'agrément administratif prévu aux articles L. 321-1, L. 321-1-1, L. 321-7, L. 321-9 et L. 143-3 peut être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel en cas d'absence prolongée d'activité, de rupture de l'équilibre entre les moyens financiers de l'entreprise et son activité ou, si l'intérêt général l'exige, de changements substantiels affectant la répartition de son capital, la qualité des actionnaires ou la composition des organes de direction. Il peut également être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel lorsque les engagements mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 321-10 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 321-10-1 ne sont plus respectés alors que la situation de l'entreprise justifie leur maintien.

Article L. 325-1 du Code des assurances

Cette décision est publiée au Journal Officiel. Elle a pour conséquence à dater de sa publication :

- la dissolution de la compagnie d'assurances si celle-ci est française ;
- la liquidation de l'actif et du passif s'il s'agit d'une compagnie étrangère.

CHAMP D'INTERVENTION

Une compagnie d'assurance peut contracter aussi bien avec une personne morale (contrat souscrit par un employeur au profit de ses salariés), que des personnes physiques (contrats individuels souscrits par des salariés, non salariés, retraités, ...).

Une compagnie peut s'adresser à l'ensemble des entreprises et des assurés pour leur proposer les garanties correspondant aux branches d'activité pour lesquelles elle a été agréée, sauf à ce que la société d'assurance, dans ses statuts, ait limité son intervention à un secteur d'activité déterminé.

TYPES DE SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

On rencontre deux catégories de sociétés d'assurances :

- sociétés anonymes relevant de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Les sociétés d'assurance, constituées sous la forme de sociétés anonymes, doivent avoir un capital social au moins égal à un montant fixé par décret pour chaque branche pratiquée.

Articles R. 322-5 et R 322-11 du Code des assurances

Elles fonctionnent selon les règles classiques prévues pour toutes les sociétés anonymes.

- sociétés d'assurance mutuelles.

Les sociétés d'assurance mutuelles sont des sociétés de personnes qui ont un objet non commercial. Elles sont constituées pour assurer les risques apportés par leurs sociétaires.

Moyennant le paiement d'une cotisation fixe ou variable, elles garantissent à ces derniers le règlement intégral des engagements qu'elles contractent.

Les sociétés d'assurance mutuelles pratiquant les opérations d'assurance sur la vie ou de capitalisation ne peuvent recevoir de cotisations variables.

Les sociétés mutuelles d'assurance peuvent prévoir dans leurs statuts la possibilité d'accepter en réassurance des risques de même nature que ceux qui font l'objet de leur garantie directe, à la condition de limiter le montant des cotisations acceptées en réassurance au quart de leurs cotisations d'assurance directe.

Ces sociétés fonctionnent sans capital social mais avec un fonds social d'établissement.

Article L. 322-26-4 du Code des assurances

Elles doivent avoir au moins 500 adhérents.

Cette définition reprend bien les caractères traditionnels de la mutualité et met en relief les caractères généraux des sociétés d'assurance mutuelles.

Finalité

À la différence d'un actionnaire dans une société anonyme, le sociétaire d'une société d'assurance mutuelle ne possède aucun droit de propriété dans le capital, faute de capital, ni aucun droit sur l'actif libre, faut d'apport en capital lui donnant droit à un certain nombre de parts sociales.

Les sociétés d'assurance mutuelles n'ont donc pas pour objectif de faire du profit, mais de fournir aux sociétaires le service d'assurance le meilleur et au meilleur prix.

Caractère civil

La loi confirme que les sociétés d'assurance mutuelles ont un objet non commercial et le fait qu'elles puissent dégager des excédents n'affecte pas ce caractère non commercial. Elles ne sont pas immatriculées au Registre du Commerce et des Sociétés.

Objet

Ces sociétés ont pour objet exclusif d'assurer les risques des adhérents et non ceux des tiers non adhérents. Les adhérents ont la double qualité de sociétaire et d'assuré.

Cotisations et engagements

Selon les statuts, la société peut être à cotisation fixe (c'est-à-dire fixée à l'avance pour un exercice) ou à cotisation variable (c'est-à-dire avec possibilité de rappel en cas d'insuffisance à la clôture de l'exercice). Cette seconde possibilité, qui constitue une Sécurité financière complémentaire pour la société, n'est pas ouverte aux sociétés pratiquant les opérations d'assurance sur la vie ou les opérations de capitalisation. Les engagements demeurent non réductibles en fonction des résultats de l'exercice, sauf cas de force majeure prévu à l'article R. 322-78 du Code des assurances, sur autorisation de l'autorité de contrôle.

Sociétés de personnes sans capital

À la différence des sociétés anonymes (sociétés de capitaux), les sociétés d'assurance mutuelles sont des sociétés de personnes (physiques ou morales) qui fonctionnent sans actions et sans capital social proprement dit.

Le capital social est remplacé par un fonds d'établissement constitué par les sociétaires ou par emprunt.

Situation des adhérents

L'adhérent est à la fois sociétaire et assuré. Les sociétés d'assurance mutuelles sont la propriété collective des sociétaires. Les excédents des exercices appartiennent aux sociétaires assurés, alors qu'ils appartiennent aux actionnaires dans une société anonyme.

Contrôle et direction

Ces sociétés sont contrôlées par des administrateurs, sociétaires eux-mêmes, élus en assemblée générale (et non par des administrateurs, propriétaires du capital ou mandataires des propriétaires).

Principe de fonctionnement

Les sociétaires sont soumis au principe d'égalité : aucun traitement préférentiel, tarifaire ou autre, ne peut être accordé à l'un d'entre eux. La rémunération des dirigeants est étroitement réglementée : elle ne peut être calculée en fonction du chiffre d'affaires de la société. L'assurance des adhérents leur est distribuée au meilleur coût, et non au meilleur prix pour la société.

La dénomination mutualiste est protégée : les organismes relevant du code des assurances, autorisés à utiliser dans leur nom ou leur raison sociale le terme «mutuelle», doivent obligatoirement lui associer celui «d'assurance». Cette protection est appliquée de façon stricte par les tribunaux.

Financement des sociétés d'assurance mutuelles

Outre les cotisations versées par les adhérents, qui permettent de régler les sinistres, de constituer les provisions légales et de couvrir leurs frais de gestion, les sociétés d'assurance mutuelles peuvent également être financées au moyen d'emprunts et de titres participatifs.

Si les sociétés anonymes peuvent librement recourir à l'emprunt, les sociétés d'assurance mutuelles ne peuvent le faire que dans les cas énumérés à l'article R. 212-1 du Code de la mutualité, c'est-à-dire pour constituer leur fonds d'établissement et éventuellement leur fonds social et leur fonds de développement.

Le montant du fonds d'établissement est au moins égal à la moitié du capital social exigé pour les sociétés anonymes et varie en fonction des risques assurés par la société :

- 400 000 € pour les branches vie, décès, assurances liées à un fonds d'investissement, nuptialité, natalité, capitalisation, gestion de fonds collectif, rentes viagères, épargne, réassurance, responsabilité civile, crédit, caution ;
- 240 000 € pour les autres branches.

Article R. 322-44 du Code des assurances

Dans la mesure où leurs statuts le prévoient, les sociétés d'assurance mutuelles peuvent constituer, grâce à un emprunt souscrit auprès des sociétaires, un fonds social complémentaire destiné à leur procurer les éléments de solvabilité dont elles doivent disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

Les sociétés d'assurance mutuelles peuvent également emprunter pour assurer le développement de leurs opérations et le financement de leur production nouvelle. Les emprunts contractés dans ce cadre, doivent être remboursés par prélèvement sur les excédents de recettes.

Règles de gestion financière

Les excédents de recettes ne peuvent être distribués aux sociétaires qu'après constitution de la marge de solvabilité et des provisions obligatoires et amortissement intégral des dépenses d'établissement des trois premiers exercices.

Dans le cas d'un actif net inférieur à la moitié du fonds d'établissement, le conseil d'administration doit convoquer une assemblée générale à l'effet de statuer sur la dissolution éventuelle de la société.

Depuis 1994, une même société d'assurance peut assurer à la fois des risques vie et non vie : ce sont alors des sociétés "mixtes".

TAXE SUR LES CONVENTION D'ASSURANCE (TSCA)

Principe

En application de l'article 991 du Code Général des Impôts, toute convention d'assurance conclue avec une société une société ou compagnie d'assurances ou avec tout autre assureur français ou étranger est soumise à une taxe sur le chiffre d'affaires.

Le paiement de la taxe incombe à l'assureur ; celui-ci en ajoutera le montant à celui de la cotisation demandée pour la seule couverture des risques garantis pas le régime.

Taxe sur les contrats d'assurance maladie

Le taux ordinaire de TSCA de 9 % prévu au 6° de l'article 1001 du Code général des impôts (CGI) s'applique désormais aux contrats d'assurance maladie, en lieu et place du tarif de 7 % applicable depuis la loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 de finances pour 1994.

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux primes échues à compter du 1^{er} octobre 2011

Article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011

Taxe sur les contrats d'assurance maladie « solitaires et responsables »

- jusqu'en 2010, les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » était exonéré de cette taxe ;
- à partir de janvier 2011, une taxation au taux réduit de 3,50 % a été instaurée. Le produit de cette taxation est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011

- **Depuis le 1^{er} octobre 2011**, le taux de la taxe applicable aux contrats « solitaires et responsable » est relevé de 3,50 % à **7 %**.

Le produit est affecté à parts égales à la CNAF et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011

B.O des impôts n° 79 du 15 novembre 2011

Instruction générale du 10 novembre 2011 – Taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). Modification des tarifs de taxation des contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » et d'autres contrats d'assurance maladie

INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants.

Elles sont régies par les articles 931-1 et 931-2 du Code de la Sécurité sociale.

Issue de la concertation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, la prévoyance paritaire est un acteur majeur de la protection sociale complémentaire mise en place dans les entreprises et les branches professionnelles.

En complétant les prestations servies par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, la prévoyance paritaire apporte plus de Sécurité, en ajoutant à la solidarité nationale, une solidarité complémentaire.

Plus de la moitié des salariés du secteur privé bénéficie d'au moins une garantie auprès d'une institution de prévoyance. Avec les ayants droit, ce sont plus de 20 millions de personnes qui sont couvertes par la prévoyance paritaire.

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes, de droit privé. Elles sont régies par le code de la Sécurité sociale et agréées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Relevant des directives européennes " Assurance ", elles sont soumises aux mêmes règles techniques que toute entreprise d'assurance.

Ces institutions ont pour objet :

- de contracter, envers leurs participants, des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, de s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à, cet effet, des engagements déterminés ;
- de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;
- de couvrir le risque chômage.

UNE GESTION PARITAIRE

Les institutions de prévoyance se différencient des autres intervenants de la prévoyance collective par la gestion paritaire. Créées par accord entre les partenaires sociaux, elles fonctionnent sur la base d'une égalité de représentation entre ces derniers. Les représentants des employeurs et des salariés veillent directement à la mise en œuvre et à la gestion des garanties pour le compte des entreprises et des salariés, qui sont ainsi impliqués dans les questions qui les concernent.

Trois types d'institutions

Les institutions professionnelles

Constituées par la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif, leur champ d'intervention s'étend à une branche professionnelle, à une profession ou à une catégorie professionnelle.

Les institutions interprofessionnelles

Créées par délibération concordante des représentants des entreprises adhérentes et des représentants de leurs salariés, leur champ d'intervention est ouvert à plusieurs branches professionnelles, professions ou entreprises.

Les institutions d'entreprise

Elles sont issues de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif, ou de la ratification d'un projet de l'employeur par les salariés.

Groupes de protection sociale

Les trois quarts des institutions de prévoyance appartiennent à des groupes de protection sociale, dont le métier peut aller de la retraite complémentaire à la prévoyance et à l'épargne. Ces groupes simplifient les démarches des entreprises en leur permettant de trouver plusieurs services auprès d'un même interlocuteur. Plus de 700 implantations régionales assurent la proximité avec les entreprises et les salariés.

Objectifs des institutions

Servir l'intérêt exclusif des salariés et des entreprises

L'intérêt exclusif des participants (les salariés) et des adhérents (les entreprises) est l'élément fondateur des institutions de prévoyance.

Parce qu'elles sont créées par les partenaires sociaux des entreprises et des branches professionnelles, parce qu'elles protègent les salariés des risques de la vie, les institutions de prévoyance exercent leur métier au seul profit des participants et des adhérents.

N'ayant pas de capital à rémunérer, elles peuvent consacrer les résultats de gestion à mieux servir leurs assurés en améliorant les prestations, en développant des garanties supplémentaires, en augmentant la Sécurité des engagements ou en développant une action sociale.

Les arbitrages sont effectués en toute transparence : c'est en Assemblée générale que les comptes sont approuvés par les délégués des adhérents et des participants.

Mettre en œuvre la solidarité

La plupart des institutions de prévoyance développent une action sociale. Ponctuellement, elles peuvent aider les salariés et anciens salariés à faire face à des difficultés passagères ou à des situations d'urgence. Elles facilitent l'accès aux soins médicaux des personnes fragilisées, notamment en remboursant des dépenses médicales lourdes, et peuvent prendre en charge la complémentaire santé des anciens salariés à faibles revenus.

Dans le cadre de l'action sociale collective, des institutions mettent à la disposition de leurs participants des établissements de soins, des centres de réadaptation pour personnes handicapées et des centres de cure. Elles développent aussi des services d'écoute et d'accompagnement pour aider les participants et leurs familles à mieux faire face à des situations difficiles (dépendance, handicaps).

Elles multiplient également les initiatives en matière de prévention. La part croissante du budget consacré à la recherche médicale témoigne de leur volonté d'intervenir dans le champ préventif et de faciliter les avancées dans le traitement de certaines maladies graves.

Enfin, des dispositions particulières inscrites dans le règlement même de l'institution ou dans les contrats, visent à maintenir, gratuitement ou à un coût minoré, la couverture des anciens salariés (retraités ou chômeurs) et de leurs ayants droits, particulièrement en matière de complémentaire santé.

Caractéristiques

Une même institution de prévoyance ne peut effectuer simultanément les opérations liées à la vie humaine et assurer la couverture du risque chômage.

Des institutions de prévoyance prenant des engagements ou couvrant des risques de même nature peuvent constituer des unions afin de mutualiser leurs engagements ou de couvrir des risques déterminés.

L'union ainsi constituée garantit les engagements pris ou les risques ainsi couverts au bénéfice des membres participants des institutions concernées. Cette union est agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale et régie, pour son fonctionnement ainsi que pour les opérations qu'elle réalise, par le Code de la Sécurité sociale, sous réserve des adaptations prévues en Conseil d'État.

Les institutions de prévoyance :

- peuvent accepter ces mêmes engagements et risques en réassurance ;
- peuvent mettre en œuvre, au profit de leurs membres participants, une action sociale qui, lorsqu'elle se traduit par l'exploitation de réalisations sociales collectives, doit être gérée par une ou plusieurs personnes morales distinctes de l'institution ;
- garantissent à leurs membres participants le règlement intégral des engagements qu'elles contractent à leur égard.

Les institutions de prévoyance ont une part très importante dans la gestion des régimes professionnels de protection complémentaire.

CONSTITUTION

Les institutions de prévoyance sont constituées sur la base d'un accord collectif, d'une convention, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés, ou par accord entre les membres adhérents et les membres participants, réunis à cet effet en assemblée générale.

Les institutions peuvent être :

- interprofessionnelles ou interentreprises : 5 000 participants au minimum et 5 adhérents ;
- professionnelles : spécialisées sur une branche d'activité - 5 000 participants au minimum ou dédiées à une entreprise (2 000 participants au minimum).

Article A. 931-1-4 du Code de la Sécurité sociale

Ces institutions de prévoyance peuvent également prévoir dans leurs statuts la constitution de sections particulières propres à une entreprise ou à une branche professionnelle. Ces sections peuvent donner lieu à constitution d'une commission et à l'élaboration de comptes de résultat particuliers.

La commission a un rôle consultatif et ne peut se substituer au conseil d'administration de l'institution.

AGRÉMENT

Les institutions de prévoyance ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément délivré par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Les modalités de cet agrément sont prévues par l'article L. 931-4 du Code de la Sécurité sociale.

L'agrément est accordé, sur demande de l'institution, pour les opérations d'une ou plusieurs branches d'activité, de la même façon que pour les compagnies d'assurance. L'institution ne peut pratiquer que pour les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Depuis 1994, les institutions de prévoyance peuvent également être mixtes.

L'agrément comporte l'approbation des statuts de l'institution. Leur modification fait également l'objet d'une approbation.

Les conditions techniques de l'agrément sont identiques à celles des sociétés d'assurance.

Pour accorder ou refuser l'agrément, le ministre chargé de la Sécurité sociale prend en compte :

- la convention ou l'accord sur la base duquel l'institution a été constituée en application de l'article L. 931-1 ;
- les moyens techniques et financiers dont la mise en œuvre est proposée et leur adéquation au programme d'activité de l'institution ;
- l'honorabilité et la qualification ou l'expérience professionnelle des personnes chargées de la diriger ;
- les modalités de constitution de son fonds d'établissement.

FONCTIONNEMENT

Les institutions ne peuvent être créées et maintenues qu'avec l'autorisation de l'autorité compétente. Les institutions qui bénéficient de cette autorisation jouissent d'une personnalité civile distincte de l'entreprise ou du comité d'entreprise. Néanmoins, le comité d'entreprise est obligatoirement informé et consulté préalablement à la mise en place de l'institution de prévoyance.

Les statuts, pour leurs mentions obligatoires, doivent être conformes à des statuts types.

Le fonctionnement de ces institutions obéit au principe dit "de démocratie sociale", selon lequel la gestion du secteur social doit être confiée aux intéressés eux-mêmes, selon le principe de la cogestion patronale et salariale, pour les institutions appelées à gérer des accords collectifs entre partenaires sociaux.

Les conseils d'administration doivent être composés, pour moitié au moins, de représentants du comité d'entreprise ou de représentants des salariés, désignés conformément aux statuts.

FINANCEMENT

Les institutions de prévoyance peuvent émettre des titres participatifs dans les conditions prévues par la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

RÈGLES DE SÉCURITÉ

Les règles de Sécurité des institutions de prévoyance s'inspirent de celles en vigueur pour les entreprises d'assurances, sans toutefois que la transposition soit complète. C'est ainsi qu'aucun fonds d'établissement n'est exigé pour la création de l'institution, à l'inverse de ce qui est exigé pour la création d'une société d'assurance mutuelle.

Les placements des institutions de prévoyance obéissent à des contraintes édictées par la réglementation et très proches de celles imposées aux assureurs.

L'institution doit être en mesure de justifier à tout moment la couverture de ses engagements par les provisions techniques nécessaires.

Pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, les tarifs des institutions de prévoyance doivent être établis à partir des taux d'intérêt technique et des tables de mortalité utilisés par les sociétés d'assurance.

Les institutions de prévoyance doivent également justifier d'une marge de Sécurité inspirée de la marge de solvabilité des compagnies d'assurance.

Les bulletins d'adhésion aux règlements et les contrats souscrits en infraction aux dispositions précédentes sont nuls. Toutefois, cette nullité n'est pas opposable aux adhérents, participants et bénéficiaires, lorsqu'ils sont de bonne foi.

Les opérations d'acceptation en réassurance ne sont pas soumises à l'agrément.

ACTIVITÉ

Les institutions de prévoyance sont également habilitées :

- à réaliser des opérations de retraite garantie (retraite par capitalisation) ;
- à mettre en place des contrats de gestion des indemnités de fin de carrière ;
- à offrir à leurs membres participants des contrats individuels d'assurance vie (épargne).

Toutefois, la couverture du risque chômage ne peut être assurée que par des institutions "non vie".

Les institutions de prévoyance ne peuvent pas couvrir des non salariés ni réaliser des opérations de "groupe ouvert", c'est-à-dire la couverture des membres d'une association de la loi de 1901.

DISPOSITIONS APPORTÉES PAR LE DÉCRET N° 99-683 DU 3 AOÛT 1999

La loi du 8 août 1994, pour ce qui concerne les modalités de fonctionnement des institutions de prévoyance, a été complétée par un décret n° 99-683 du 3 août 1999, qui comporte des dispositions très importantes, notamment en matière de fonctionnement et de transparence de la gestion des institutions.

Ce décret adapte aux institutions de prévoyance les dispositions du Code des assurances ainsi que celles de la loi de 1966 sur les sociétés commerciales.

Les institutions de prévoyance adhérentes à une union doivent indiquer clairement dans tous leurs documents la responsabilité de l'union et la nature des opérations réalisées pour le compte de celle-ci.

Les administrateurs ne peuvent appartenir simultanément à plus de 4 conseils d'administration.

Le président d'une union d'institutions de prévoyance ne peut également présider une des institutions membre de l'union.

Le directeur d'une institution doit faire connaître à son Conseil d'administration les autres fonctions qu'il peut exercer.

Les administrateurs, présidents et directeurs ont, à présent, une limite d'âge de 70 ans, 65 ans pour les directeurs.

L'institution d'une assemblée générale est obligatoire.

Toute convention passée entre l'institution et l'un de ses dirigeants doit faire l'objet d'une autorisation du Conseil d'administration.

Tout membre de l'assemblée générale peut poser des questions écrites au Conseil d'administration, ou obtenir par voie judiciaire les documents nécessaires pour juger de la gestion de l'institution.

Le commissaire aux comptes dispose désormais des mêmes prérogatives que dans une société commerciale et a, notamment, un droit d'alerte.

Le comité d'entreprise peut également demander toute explication aux dirigeants, sur des faits de nature à affecter la situation économique de l'institution de prévoyance.

Les administrateurs de l'institution sont désormais responsables sur tous les aspects de l'administration de l'institution, mais également sur sa capacité à assumer les engagements contractés et une marge de solvabilité suffisante.

Le rôle des partenaires sociaux dans la création et l'administration des institutions de prévoyance est confirmé, notamment dans le cadre des commissions paritaires.

Le Conseil d'administration voit ses pouvoirs accrus et devient le véritable organe exécutif de l'institution. La délégation de ses pouvoirs doit être limitée en durée et contrôlée. Certains pouvoirs ne peuvent être délégués.

Les institutions de prévoyance doivent mettre leurs statuts en conformité avant le 1^{er} janvier 2001.

TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCE MALADIE

Les institutions de prévoyance sont soumises à une taxe sur les conventions d'assurance maladie.

Taxe sur les contrats d'assurance maladie

Le taux ordinaire de TSCA de 9 % prévu au 6° de l'article 1001 du Code général des impôts (CGI) s'applique désormais aux contrats d'assurance maladie, en lieu et place du tarif de 7 % applicable depuis la loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 de finances pour 1994.

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux primes échues à compter du 1^{er} octobre 2011

Article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011

Taxe sur les contrats d'assurance maladie « solitaires et responsables »

- jusqu'en 2010, les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » était exonéré de cette taxe ;
- à partir de janvier 2011, une taxation au taux réduit de 3,50 % a été instaurée. Le produit de cette taxation est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011

- **Depuis le 1^{er} octobre 2011**, le taux de la taxe applicable aux contrats « solitaires et responsable » est relevé de 3,50 % à 7 %.

Le produit est affecté à parts égales à la CNAF et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011

B.O des impôts n° 79 du 15 novembre 2011

Instruction générale du 10 novembre 2011 – Taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). Modification des tarifs de taxation des contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » et d'autres contrats d'assurance maladie

Une réforme des contrats responsables est en cours : la taxe applicable aux contrats ne respectant pas un nouveau cahier des charges à définir, passera de 9 à 14 % au **1^{er} janvier 2015**.

Le CTIP compte 47 institutions membres, dont 2 unions d'institutions de prévoyance :

- AG2R MACIF PREVOYANCE n° agrément ministère 962 ;
- AG2R PREVOYANCE n° agrément ministère 942 (AG2R LA MONDIALE) ;
- AGRI PREVOYANCE n° agrément ministère 2 (AGRICA) ;
- ANIPS n° agrément ministère 948 ;
- APGIS (PRISME) n° agrément ministère 930 ;
- APICIL PREVOYANCE n° agrément ministère 1031 (APICIL) ;
- ARPEGE PREVOYANCE n° agrément ministère 945 (REUNICA) ;
- AUDIENS PREVOYANCE n° agrément ministère 983 (AUDIENS) ;
- BTP-PREVOYANCE n° agrément ministère 914 (PRO BTP) ;
- CAISSE DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU CREDIT LYONNAIS n° agrément ministère 980 ;
- CAISSE REUNIONNAISE DE PREVOYANCE n° agrément ministère 1020 (CAISSES REUNIONNAISES COMPLEMENTAIRES) ;
- CAPAVES PREVOYANCE n° agrément ministère 987 (HUMANIS) ;
- CAPRA-PREVOYANCE n° agrément ministère 961 ;
- CAPREVAL n° agrément ministère 395 (MALAKOFF MEDERIC) ;
- CAPSSA n° agrément ministère 1022 ;
- CARCEL PREVOYANCE n° agrément ministère 709 (HUMANIS) ;
- CARCEPT-PREVOYANCE n° agrément ministère 971 (KLESIA) ;
- CARCO n° agrément ministère 832 ;
- CARPILIG PREVOYANCE n° agrément ministère 978 (LOURMEL) ;
- CCPMA PREVOYANCE n° agrément ministère 1035 (AGRICA) ;
- CGPCE n° agrément ministère 1033 (ECUREUIL PROTECTION SOCIALE) ;
- CIPREV n° agrément ministère 921 (VICTOR HUGO) ;
- CPCEA n° agrément ministère 223 (AGRICA) ;
- CREPA n° agrément ministère 826 ;
- CRESP n° agrément ministère 771 ;
- CRIA PREVOYANCE n° agrément ministère 3 (HUMANIS) ;
- CRP-BTP n° agrément ministère 990 (BTPR) ;
- GROUPEMENT NATIONAL DE PREVOYANCE n° agrément ministère 967 ;
- HUMANIS PREVOYANCE n° agrément ministère 1030 (HUMANIS) ;
- IENA PREVOYANCE n° agrément ministère 1036 (IRP AUTO) ;
- IG-CREA n° agrément ministère 711 ;
- INPCA n° agrément ministère 1015 (AG2R LA MONDIALE) ;
- INPR n° agrément ministère 972 (MALAKOFF MEDERIC) ;

- INSTITUTION DE PREVOYANCE AUSTERLITZ n° agrément ministère 319 ;
- INSTITUTION DE PREVOYANCE NESTLE n° agrément ministère 639 ;
- INSTITUTION DE PREVOYANCE VALMY n° agrément ministère 1027 ;
- IPBP n° agrément ministère 997 (HUMANIS) ;
- IPECA-PREVOYANCE n° agrément ministère 979 ;
- IPGM n° agrément ministère 959 (KLESIA) ;
- IPRIAC n° agrément ministère 954 (KLESIA) ;
- IPSA n° agrément ministère 958 (IRP AUTO) ;
- IPSEC n° agrément ministère 675 (HUMANIS) ;
- IRCEM-PREVOYANCE n° agrément ministère 1003 (IRCEM) ;
- ISICA PREVOYANCE n° agrément ministère 989 (AG2R LA MONDIALE) ;
- MALAKOFF-MEDERIC PREVOYANCE n° agrément ministère 12 (MALAKOFF MEDERIC) ;
- OCIRP n° agrément ministère 898 ;
- OREPA-PREVOYANCE n° agrément ministère 1016 (KLESIA) ;
- REUNICA PREVOYANCE n° agrément ministère 965 (REUNICA) ;
- UNIPREVOYANCE (PRISME) n° agrément ministère 947.

MUTUELLES

DÉFINITIONS

Elles peuvent avoir pour objet de réaliser des opérations d'assurances, couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ou contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés.

Mutuelles

Aux termes de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité (modifié par l'ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance), les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif qui, essentiellement au moyen de cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide en vue d'assurer notamment :

- la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ;
- l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie.

Elles peuvent avoir pour objet de réaliser des opérations d'assurances, couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ou contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation des engagements déterminés.

Les mutuelles :

- sont directement gérées par leurs assurés selon le principe "un homme, une voix" ;
- sont tenues de mentionner dans leurs statuts, règlements, contrats, publicités ou tous autres documents, qu'elles sont régies par le Code de la mutualité.

Sauf exception résultant d'une disposition législative expresse, notamment du Code des assurances, il est interdit de donner toute appellation comportant les termes "mutuel", "mutuelle" ou "mutualiste" à des groupements dont les statuts ne sont pas approuvés conformément au Code de la mutualité. C'est pourquoi les organismes relevant du Code des assurances et autorisés à utiliser dans leur nom ou raison sociale le terme de "mutuelle", doivent obligatoirement lui associer celui "d'assurance".

Article L 112-2 du Code de la mutualité

Aucune mutuelle ne peut fonctionner avant que ses statuts, adoptés par l'assemblée constitutive, n'aient été approuvés par l'autorité administrative.

L'approbation ne peut être refusée que dans les deux cas suivants :

- lorsque les statuts ne sont pas conformes ;
- lorsque les recettes prévues ne sont pas proportionnées aux dépenses ou aux engagements.

Les unions et les groupes de mutuelles

Une union est une personne morale de droit privé à but non lucratif créée par plusieurs mutuelles ou unions pouvant exercer des missions identiques à celles des mutuelles sous réserve de respecter le principe de spécialité. Elle peut également grouper les moyens pour compléter, faciliter et développer l'action de ses seuls adhérents.

Un groupe de mutuelles est une structure de mutuelles ou unions formant entre elles ou avec des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurances, un ensemble correspondant à l'un des cas suivants :

- ces organismes ont soit une direction commune, soit des services communs assez étendus pour engendrer une politique commerciale, technique ou financière commune ;
- ces organismes ont entre eux des liens de réassurance importants et durables ;
- ces organismes détiennent directement ou indirectement une fraction du capital d'une ou plusieurs entreprises régies par le Code des assurances leur permettant de participer à leur contrôle.

NOUVEAU CODE DE LA MUTUALITÉ

L'ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 a transposé dans le Code Français de la Mutualité les Directives européennes (DE 92/49/CEE et 92/96/CEE du Conseil de l'Europe des 18 juin et 10 novembre 1992), relatives aux activités d'assurances. Ces directives européennes imposaient une réforme de la Mutualité, ayant pour objectif de rapprocher les modalités de fonctionnement des Mutuelles de celles des entreprises d'assurance, notamment pour ce qui concerne le provisionnement des prestations servies et à servir.

Le nouveau Code de la mutualité est entré intégralement en vigueur au 1^{er} janvier 2003.

Les principales modifications sont les suivantes :

- les mutuelles devront obtenir un agrément administratif, accordé par le Ministre chargé de la Mutualité ;
- celui-ci sera octroyé pour une branche d'activité spécifique (accident, vie-décès, ...).

Il y aura 12 branches d'activité :

- 6 en assurance non vie ;

(accident, maladie, caution, pertes pécuniaires diverses, protection juridique et assistance)

et

- 6 en assurance vie.

(vie-décès, nuptialité-natalité, assurances liées à des fonds d'investissement, capitalisation, gestion de fonds collectifs et certaines opérations de retraite à caractère collectif).

Décret n° 2001-1107 du 23 novembre 2001 - JO du 25 novembre, p. 18766

- les mutuelles peuvent pratiquer des opérations spécifiques de capitalisation ;
- les mutuelles devront désormais répondre à des conditions strictes de marge de solvabilité similaires à celles prévues pour les compagnies d'assurance ; les mutuelles qui ne pourraient pas y satisfaire directement, pourront signer des conventions de substitution, afin de bénéficier de la couverture de mutuelles ou unions plus importantes ;

- une même mutuelle ne peut exercer des activités vie et non vie ;
- l'activité d'assurance devient incompatible avec la gestion des œuvres sanitaires et sociales (comme cela avait déjà été imposé aux institutions de prévoyance en 1999), sauf si ces dernières sont accessoires.

STATUTS

Articles L. 114-4 et L. 114-5 du Code de la mutualité

Les statuts des mutuelles et des unions déterminent :

- l'objet, le siège, la dénomination, ainsi que la durée, et, pour les organismes relevant du livre II, les branches d'assurance garanties directement ou acceptées en réassurance ;
- les conditions et les modes d'adhésion, de radiation et d'exclusion des membres participants et des membres honoraires ainsi que les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant ;
- le cas échéant, l'existence d'un droit d'adhésion versé par chacun des membres, dont le montant, déterminé par l'assemblée générale, est dédié au fonds d'établissement ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- la composition du conseil d'administration, le mode d'élection de ses membres dans les conditions prévues à l'article L. 114-16, la limite d'âge qui s'impose à tout ou partie d'entre eux dans les conditions définies à l'article L. 114-22, la durée de leur mandat, les conditions de vote et de présence, les conditions dans lesquelles certaines attributions peuvent leur être confiées, ainsi que les conditions dans lesquelles les postes d'administrateur devenus vacants par décès ou démission ou perte de qualité d'adhérent sont pourvus jusqu'à la prochaine assemblée générale ;
- les conditions et les modalités du vote à l'assemblée générale et du droit pour les membres de s'y faire représenter ainsi que l'organisation en collèges, le cas échéant ;
- les conditions dans lesquelles les pouvoirs sont délégués aux dirigeants salariés ;
- les fonctions que peuvent remplir les membres du conseil d'administration ;
- la représentation de la mutuelle ou de l'union pour les actes de la vie civile et les actions en justice ;
- les conditions de dissolution volontaire de la mutuelle ou de l'union ainsi que de sa liquidation.

Article L. 114-4 du Code de la mutualité

Les statuts des fédérations déterminent

- l'objet, le siège et la dénomination de la fédération ainsi que la durée ;
- les conditions et les modes d'adhésion, de radiation et d'exclusion de ses membres ;
- l'existence d'un droit d'adhésion ;
- les modalités de fixation des cotisations ;

- la composition du conseil d'administration, le mode d'élection de ses membres dans les conditions prévues à l'article L. 114-16, la limite d'âge qui s'impose à tout ou partie d'entre eux dans les conditions définies à l'article L. 114-22, la durée de leur mandat, les conditions de vote et de présence, les conditions dans lesquelles certaines attributions peuvent leur être confiées, ainsi que les conditions dans lesquelles les postes d'administrateur devenus vacants par décès ou démission ou perte de qualité d'adhérent sont pourvus jusqu'à la prochaine assemblée générale ;
- les modalités de composition de l'assemblée générale, les conditions de vote ainsi que les modalités selon lesquelles les membres peuvent s'y faire représenter ;
- les conditions dans lesquelles les pouvoirs sont délégués aux dirigeants salariés ;
- la représentation de la fédération pour les actes de la vie civile et les actions en justice ;
- les conditions de dissolution volontaire de la fédération ainsi que de sa liquidation.

Article L. 114-5 du Code de la mutualité

Des règles particulières à certaines mutuelles, unions et fédérations à caractère professionnel sont prévues (chapitre V du livre 1^{er} du Code de la mutualité).

Par exemple, un décret en Conseil d'État établit des statuts types propres aux mutuelles constituées dans les armées et détermine les dispositions de ces statuts types qui ont un caractère obligatoire.

Article L. 115-7 du Code de la mutualité

Les statuts doivent être déposés à la préfecture du département du siège social.

La décision d'approbation ou de refus d'approbation des statuts est prise par le Commissaire de la République de ce département. Toutefois, à l'égard des mutuelles, unions et fédérations gérant une caisse autonome mutualiste, elle est prise par le Ministre des Affaires Sociales (qui peut déléguer ses pouvoirs au Commissaire de la République).

L'approbation ou le refus doivent intervenir dans le délai de 3 mois à compter de la date de réception des statuts par l'autorité administrative compétente.

Article R. 211-9 du Code de la mutualité

L'AGRÈMENT ADMINISTRATIF

L'agrément administratif est prévu à l'article L. 211-7 du Code de la mutualité.

Pour son octroi, les opérations d'assurances réalisées par les mutuelles et les unions sont classées en branches et sous-branches de la manière suivante :

1. Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) :
 - a) prestations forfaitaires ;
 - b) prestations indemnitaires ;
 - c) combinaisons.

2. Maladie :

- a) prestations forfaitaires,
- b) prestations indemnitaires,
- c) combinaisons.

15. Caution :

- a) caution directe,
- b) caution indirecte.

16. Pertes pécuniaires diverses :

- a) risques d'emploi,
- h) pertes de loyers ou de revenus.

17. Protection juridique

18. Assistance : assistance aux personnes en difficulté, notamment au cours de déplacements ;

20. Vie-décès : toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26 ;

21. Nuptialité-natalité : toute opération ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ;

22. Assurances liées à des fonds d'investissement : toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine et liées à un fonds d'investissement ;

24. Capitalisation : toute opération d'appel à l'épargne en vue de la capitalisation et comportant, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant ;

25. Gestion de fonds collectifs : toute opération consistant à gérer les placements, et notamment les actifs représentatifs des réserves des organismes qui fournissent des prestations en cas de décès, en cas de vie ou en cas de cessation ou de réduction d'activités ;

26. Toute opération à caractère collectif définie à l'article L. 222-1.

Article R. 211-2 du Code de la mutualité

CAPACITÉ CIVILE ET DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Articles L. 114-4, L. 114-5 et R. 510-1-2 du Code de la mutualité

Les mutuelles peuvent faire tous les actes de la vie civile nécessaires à la réalisation des buts définis par leurs statuts, sous réserve de dispositions contraires du Code de la mutualité.

L'acquisition, la vente, la construction, l'agrandissement ou le changement de destination par les mutuelles des immeubles, nécessaires au fonctionnement de leurs services et établissements, doivent faire l'objet d'une déclaration à l'autorité administrative.

Les emprunts contractés par les mutuelles doivent également faire l'objet d'une déclaration, à la préfecture du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle.

Les mutuelles peuvent recevoir des dons et legs mobiliers et immobiliers. L'acceptation de ces libéralités est soumise à l'autorité administrative.

DÉPÔTS, PLACEMENTS DES FONDS ET RÉSERVES

Articles L 212-1 et suivants, L. 114-9 et suivants - L. 114-44, R. 212-1 du Code de la mutualité

Les excédents annuels de recettes sont affectés à la constitution d'un fonds de réserve, dans la proportion de 50%. Ce prélèvement cesse d'être obligatoire quand le montant du fonds de réserve atteint les trois quarts du total des prestations mises effectivement à la charge de la mutuelle pendant l'année précédente.

Les mutuelles peuvent émettre des titres participatifs dans les conditions prévues par la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. En ce qui concerne leur rémunération, la partie variable de ces titres participatifs ne peut être calculée par référence à un critère représentatif du volume d'activité de l'institution émettrice.

Les sommes affectées à la constitution du fonds de réserve ainsi que le montant des provisions pour prestations à payer en fin d'exercice et le montant des cotisations perçues d'avance, doivent être employées dans des actifs précisés par décret en Conseil d'État.

Le rapport avec l'ensemble de l'actif ne peut dépasser :

- 10% pour les créances de toute nature sur une même personne morale à l'exception de celles figurant sur une liste établie par le ministère des finances ainsi que des bons du Trésor ou des dépôts à terme à plus d'un an auprès de la Banque de France, de la Caisse des Dépôts et Consignations, des caisses d'épargne et des établissements de crédit ;
- 10% pour les actions ou parts d'une même société.

Ces dispositions ne concernent pas les prêts consentis par les mutuelles aux unions et fédérations auxquelles elles sont affiliées.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la mutualité et du ministre chargé des finances fixe les conditions dans lesquelles doivent être évalués, au 31 décembre de chaque année, les placements des mutuelles.

Dans les trois premiers mois de chaque année, les mutuelles doivent adresser aux commissaires de la République, dans les formes déterminées par le ministre chargé de la mutualité, un état de leurs effectifs, de leurs placements de fonds, de leurs recettes et dépenses, y compris celles des établissements, œuvres et services créés ou gérés par elles.

Les engagements contractés à l'égard des membres participants ou de leurs ayants droit sont garantis sur l'actif des mutuelles et, ce, jusqu'à concurrence du montant du fonds de réserve, par un privilège qui prend rang directement après celui des salariés.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET ADMINISTRATION

Articles L. 114-6 et suivants du Code de la mutualité

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an et est obligatoirement appelée à se prononcer sur les modifications de statuts, sur la scission et la dissolution, sur la fusion avec une autre mutuelle ainsi que sur les emprunts dont la nature et l'importance sont fixées par décret. Le droit de vote appartient à chaque membre de la mutuelle.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent être élus que parmi les membres participants et honoraires, avec un minimum de deux tiers pour les membres participants.

Dans les mutuelles employant au moins 50 salariés, deux représentants de ceux-ci, élus dans les conditions fixées par les statuts, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Une commission de contrôle, composée au moins de trois membres de la mutuelle n'appartenant pas au personnel de celui-ci et n'ayant pas la qualité d'administrateur, est élue en assemblée générale, à bulletins secrets. Elle soumet, chaque année, à l'assemblée générale un rapport sur la gestion comptable de la mutuelle.

Les mutuelles désignent au moins un commissaire aux comptes lorsqu'elles remplissent une des conditions suivantes :

- avoir versé des prestations, nettes de réassurances, supérieures à un montant fixé par arrêté du Ministre chargé de la mutualité ;
- assumer la gestion d'une caisse autonome ou d'un établissement ou service dont les ressources sont supérieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

RÉPARATION DES RISQUES SOCIAUX

Articles L. 212-1 et suivants du Code de la mutualité

Toute mutuelle doit justifier qu'elle dispose d'une marge de sécurité dont le montant minimum est fixé par arrêté ministériel, en valeur absolue ou en pourcentage du montant des cotisations nettes de réassurance.

La marge de sécurité est constituée de l'ensemble des capitaux propres et doit être au minimum égale à 10 % du total des cotisations nettes de réassurance de l'exercice précédent.

La marge de sécurité doit être constituée dans un délai de trois ans suivant la création de la mutuelle. Si la marge de sécurité vient à être entamée, la mutuelle doit établir un plan tendant à sa reconstitution dans l'échéance d'une année.

Les mutuelles ne peuvent se réassurer qu'auprès des unions et fédérations mutualistes. Les unions ne peuvent se réassurer qu'auprès des fédérations.

Dans tous les cas où une mutuelle se réassure contre les risques qu'elle garantit, elle reste seule responsable vis-à-vis des personnes garanties.

Les mutuelles, dont l'effectif est supérieur à 3 500 personnes assurées ou qui gèrent au moins un établissement social, doivent se garantir auprès d'une fédération mutualiste. Cette garantie doit être souscrite dans un délai de 3 ans suivant la création de la mutuelle. Une convention entre la fédération mutualiste gestionnaire et la mutuelle détermine les conditions de cette garantie.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux caisses autonomes mutualistes.

TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCE MALADIE

Principe

En application de l'article 991 du Code général des Impôts, toute convention d'assurance conclue avec une société une société ou compagnie d'assurances ou avec tout autre assureur français ou étranger est soumise à une taxe sur le chiffre d'affaires.

Le paiement de la taxe incombe à l'assureur ; celui-ci en ajoutera le montant à celui de la cotisation demandée pour la seule couverture des risques garantis pas le régime.

Taxe sur les contrats d'assurance maladie

Le taux ordinaire de TSCA de 9 % prévu au 6° de l'article 1001 du Code général des impôts (CGI) s'applique désormais aux contrats d'assurance maladie, en lieu et place du tarif de 7 % applicable depuis la loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 de finances pour 1994.

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux primes échues à compter du 1^{er} octobre 2011.

Article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011

Taxe sur les contrats d'assurance maladie « solitaires et responsables »

- jusqu'en 2010, les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » était exonéré de cette taxe ;
- à partir de janvier 2011, une taxation au taux réduit de 3,50 % a été instaurée. Le produit de cette taxation est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011

- **Depuis le 1^{er} octobre 2011**, le taux de la taxe applicable aux contrats « solitaires et responsable » est relevé de 3,50 % à 7 %.

Le produit est affecté à parts égales à la CNAF et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011

B.O des impôts n° 79 du 15 novembre 2011

Instruction générale du 10 novembre 2011 – Taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). Modification des tarifs de taxation des contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » et d'autres contrats d'assurance maladie

Une réforme des contrats responsables est en cours : la taxe applicable aux contrats ne respectant pas un nouveau cahier des charges à définir, passera de 9 à 14 % au 1^{er} janvier 2015

DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

Aux termes de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, les mutuelles peuvent admettre :

- d'une part, des membres participants qui, en contrepartie d'une cotisation, acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages sociaux ;
- d'autre part, des membres honoraires qui paient une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents, sans bénéficier des avantages sociaux.

Lorsque la mutuelle participe à des opérations de prévoyance collective, l'adhésion à la mutuelle peut résulter :

loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 - Article 28-III

- *"d'un contrat de travail, d'une convention ou d'un accord collectif, de la ratification, à la majorité des intéressés, dans des conditions fixées en Conseil d'État, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise"*

ou être souscrite par tout groupement habilité à cette fin à représenter les intéressés. Ceux-ci sont membres participants à titre individuel de la mutuelle.

En application de l'article L. 121-2 du Code de la mutualité, les mutuelles ne peuvent instituer, en ce qui concerne le niveau des prestations et des cotisations, des discriminations entre membres ou catégories de membres participants si elles ne sont pas justifiées par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de famille des intéressés. Les cotisations peuvent être modulées en fonction du revenu des membres participants.

CHAMP D'INTERVENTION

L'adhésion à une mutuelle se fait sur une base personnelle et volontariste. Les mutuelles peuvent :

- couvrir tout assuré : salarié retraité, non salarié, chômeur, ...
- recueillir des adhésions dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle.

TYPES DE MUTUELLES

Plusieurs types de mutuelles peuvent intervenir :

- les mutuelles territoriales ;
- les mutuelles professionnelles ou interprofessionnelles ;
- les mutuelles d'entreprise.

Les collectivités publiques ou les personnes morales de droit privé à but non lucratif qui ont apporté une aide à la création ou au développement des établissements et services mentionnés à l'article L. 310-1 peuvent être associées à leur gestion. Les modalités de cette participation sont précisées par convention. Cette convention définit, le cas échéant, les conditions particulières d'accès des usagers non membres de la mutuelle ou de l'union.

Article L. 320-3 du Code de la mutualité

Les mutuelles d'entreprise obéissent à certaines règles particulières.

Les mutuelles sont soumises au contrôle du comité d'entreprise :

- par la présence de deux délégués choisis parmi les participants, que le comité désigne pour le représenter auprès du conseil d'administration de la mutuelle et auprès de sa commission de contrôle. Les délégués sont tenus d'informer le comité d'entreprise des décisions prises et de la marche générale de la mutuelle ;
- par sa consultation préalable, obligatoire à toute délibération des instances de la mutuelle relative à la modification de ses statuts, à l'extension ou à la suppression de ses activités (l'avis du comité doit être joint à toute décision de la mutuelle soumise à l'approbation préalable de l'autorité administrative).

Le comité peut également faire connaître à l'assemblée générale son avis sur la marche générale de la mutuelle.

Le comité d'entreprise, qui n'exerce pas son contrôle sur une mutuelle d'entreprise, est susceptible d'engager sa responsabilité civile. Il ne peut cependant s'opposer aux décisions prises par la mutuelle.

UNIONS ET FÉDÉRATIONS

Les mutuelles peuvent constituer entre elles des unions qui ont notamment pour objet de créer des établissements et services mentionnés à l'article L. 111-2 du Code de la mutualité ou des services de réassurance communs à l'ensemble des mutuelles adhérentes. Ces unions peuvent se grouper en fédérations d'unions de mutuelles, en vue de poursuivre les mêmes buts.

Les mutuelles nationales ou interdépartementales peuvent adhérer aux unions au titre de leurs sections créées dans le ressort desdites unions.

Les unions et fédérations ne peuvent s'immiscer dans le fonctionnement interne des mutuelles adhérentes.

Par ailleurs, les mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel peuvent constituer des sections groupant des membres participants et honoraires appartenant à une même entreprise.

Ces sections sont instituées par décision du conseil d'administration de la mutuelle.