

SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET AFFILIATION DES SALARIÉS

SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Parallèlement à la mise en place de la couverture de prévoyance dans l'entreprise, l'employeur doit garantir les engagements ainsi pris. Il peut le faire en souscrivant un contrat d'assurance auprès d'un organisme assureur (société d'assurance, institution de prévoyance, mutuelle ou institution de retraite supplémentaire). Cette gestion externe est obligatoire lorsqu'il s'agit de prévoyance. Le contrat d'assurance doit précisément correspondre aux modalités de la couverture de prévoyance telles que définies par l'accord collectif, le référendum ou la décision unilatérale de l'employeur.

Les effets de la souscription dépendent de la nature de l'organisme assureur.

SOCIÉTÉS D'ASSURANCE

La relation qui se noue entre l'assureur et l'entreprise ou l'assureur et les salariés, est purement contractuelle.

SOCIÉTÉS D'ASSURANCE MUTUELLES, INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ET MUTUELLES

L'entreprise ou le salarié adhère à l'organisme assureur, c'est-à-dire qu'il accepte l'application des dispositions des statuts de l'organisme, à la gestion duquel il pourra participer soit directement, soit par l'intermédiaire de ses représentants. Ainsi, en cas de rupture du contrat, l'entreprise ou le salarié devra démissionner des organes de l'organisme assureur auxquels il est représenté (assemblée générale ou conseil d'administration).

Le contenu des garanties et les obligations respectives de l'organisme assureur et des assurés se trouvent dans les documents suivants :

- pour les sociétés d'assurances : contrat (clauses générales et particulières) ;
- pour les institutions de prévoyance : règlement (et bulletin d'adhésion au règlement) ;
- pour les mutuelles : statuts ou règlement (pour les caisses autonomes mutualistes).

Documents à la souscription

- pour les sociétés d'assurances : contrat (clauses générales et particulières) ;
- pour les institutions de prévoyance : règlement (et bulletin d'adhésion au règlement) ;
- pour les mutuelles : statuts ou règlement (pour les caisses autonomes mutualistes).

PORTÉE DES CLAUSES CONVENTIONNELLES DÉSIGNANT UN UNIQUE ORGANISME ASSUREUR

Le 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel a déclaré les clauses de désignation, issues de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale complété par la loi de sécurisation de l'emploi, contraires à la Constitution.

Les signataires de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralisant les couvertures santé, avaient décidé de laisser aux entreprises le soin de choisir leur assureur. En autorisant les accords professionnels à désigner l'organisme assureur de ces couvertures santé, le législateur a pris le risque d'ouvrir le débat sur la conformité à la Constitution de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale. La décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 déclare cet article contraire à la Constitution, dans sa rédaction historique de 1994 et dans son complément résultant de la loi de sécurisation de l'emploi, en tant que l'atteinte à la liberté est disproportionnée, ce que soutenaient nombre d'observateurs depuis 1994.

POURQUOI LE CONSEIL CONSTITUTIONNEL ÉCARTE-T-IL LES CLAUSES DE DÉSIGNATION ?

Le Conseil constitutionnel rappelle que la loi peut apporter à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle des limitations justifiées, notamment par l'intérêt général, si elles sont proportionnées à l'objectif poursuivi. Il considère que la mutualisation des risques, en ce qu'elle facilite l'accès de toutes les entreprises d'une branche à une protection sociale complémentaire, caractérise l'intérêt général. Mais il mesure que l'obligation pour toutes les entreprises d'adhérer au même organisme assureur désigné par l'accord professionnel est disproportionnée à l'objectif poursuivi, constat étant établi que la mutualisation peut être réalisée par d'autres voies que celle de la désignation ; le Conseil vise notamment la recommandation d'un assureur de référence, ou encore l'identification de plusieurs assureurs proposant - et non imposant - des contrats de référence et non des adhésions obligatoires. En revanche, en contrepartie de son référencement par la profession, l'assureur désigné ou recommandé s'engage à accepter l'adhésion de toutes les entreprises quelle que soit leur exposition au risque.

Avant d'être de l'assurance collective des personnes, la prévoyance collective est de la protection sociale complémentaire. La solidarité peut jouer un rôle décisif en la matière et conduire les instances juridictionnelles supranationales à condamner la France du fait de l'inconstitutionnalité de principe des clauses de désignation. Le texte du gouvernement vise de ce fait à concilier la décision des Sages du Conseil constitutionnel et les arrêts de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE). Il en résulte une nécessaire ingénierie juridique dans la mise en œuvre des clauses (éventuelles) de recommandation, qui supposent le respect d'une exigence de transparence (lire encadré).

DÉFINIR POUR APPRÉHENDER

La maîtrise du droit de la prévoyance exige une parfaite connaissance de la différence entre :

- système de prévoyance, identifié par la seule fixation de la nature et du niveau des prestations. On est en présence d'une rémunération différée, individualisable grâce au provisionnement des engagements. De ce fait, aux garanties résultant de la convention de branche, on peut déroger défavorablement par accord d'entreprise, sauf disposition contraire (Code du travail article L. 2252-1). Chaque employeur choisit son assureur. Ici, la clause de désignation est (a toujours été) illicite pour atteinte disproportionnée à la libre concurrence ;
- régime de protection sociale, qui poursuit en plus un objectif de solidarité, matérialisé notamment par des droits non contributifs, une action sociale, une politique de prévention. Pour alimenter ces droits supplémentaires, un pot commun est nécessaire. À défaut d'y recevoir les cotisations de toutes les entreprises, la mission d'intérêt économique général ainsi décidée : ne peut être mise en œuvre. C'est ce qui justifiait la clause de désignation dans la convention de branche (Code de la Sécurité sociale, ancien article L. 912-1) et l'impossibilité d'y déroger par accord d'entreprise (Code du travail, article L. 2253-3).

Solidarité et sécurité sociale étant consanguines, on est en présence d'une convention collective de sécurité sociale (Paul Durand, « Droit social », 1960). L'objectif de solidarité, confère un but légitime à une atteinte, proportionnée de ce fait, à la liberté tant économique que contractuelle.

DÉCISION DES SAGES ET ARRÊTS DE LA CJUE

Pour le juge communautaire, un accord de prévoyance de branche ne concrétise pas une entente prohibée entre entreprises (article 101 du traité de fonctionnement de l'Union européenne, TFUE) en raison de la reconnaissance du droit fondamental de négociation des partenaires sociaux par la Charte des droits sociaux de 1989 et celle des droits fondamentaux de l'Union européenne de décembre 2000. De plus, il s'agit d'améliorer les conditions de travail et non de distribuer un produit de consommation.

Une clause de désignation ne crée pas une position dominante abusive (art. 102 TFUE) au profit de l'assureur s'il est mis en œuvre un degré élevé de solidarité (en liaison avec l'objectif de l'Union européenne de promouvoir la protection sociale comme moyen de réaliser le marché unique). Cette jurisprudence est ancienne (Albany et a., 21 septembre 1999, Van Der Woode, 21 février 2000). Elle n'est pas née de « l'affaire des boulangers » (AG2R, 3 mars 2011), dont le seul intérêt est relatif aux clauses de migration, considérées également licites parce que, à défaut de pouvoir recueillir les cotisations de toutes les entreprises de la branche, non seulement une antisélection se ferait au détriment du pot commun, mais encore la mission d'intérêt économique général résultant de la solidarité ne pourrait pas être assumée.

Cette jurisprudence communautaire doit être mise en perspective avec le droit interne, et spécialement avec la faculté offerte par l'article L. 420-4 du Code de commerce sur la libre concurrence de déroger aux articles L. 420-1 et L. 420-2 relatifs à la prohibition des ententes entre entreprises (art. 101 TFUE) et aux positions dominantes abusives (102 TFUE). C'est ce que faisait l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale. Voilà pourquoi la Cour de cassation, puis le Conseil d'État ont toujours validé les clauses de désignation et de migration.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 13 juin 2013, déclare inconstitutionnelles les clauses de désignation au nom d'une atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle et à celle d'entreprendre, invoquant à cet effet l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. On pourrait faire remarquer à l'assemblée des Sages qu'un degré élevé de solidarité confère un but légitime à une atteinte à ces droits fondamentaux, ainsi proportionnée. Au demeurant, la formulation induit que sont frappées d'excommunication toutes les garanties sociales, dont les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) pour la formation, les caisses de congés payés, ou, peut-être encore, l'Agirc et l'Arrco ! Rappelons qu'elles sont objets de négociations collectives (article L. 2221-1 du Code du travail), mais aussi qu'elles irriguent tout le livre IX du Code de la Sécurité sociale dédié à la protection sociale complémentaire.

Une condamnation de la France, qui se gargarise de son modèle social, ferait particulièrement désordre !

L'abrogation de l'article L. 912-1, dont la fonction est seulement d'indiquer les clauses obligatoires devant figurer dans les accords lorsqu'est prévue une clause de désignation, induit néanmoins, du fait des considérants 11 et 12 de la décision, l'inconstitutionnalité de ces clauses. De ce fait, la loi suprême française est en délicatesse avec les textes importants de l'Union européenne, au premier rang desquelles les chartes de 1989 et 2000. En effet, l'impossibilité de constituer un pot commun alimenté par les cotisations de toutes les entreprises empêche la poursuite d'un objectif de solidarité. De ce fait la loi française méconnaît le caractère de droit fondamental de la négociation collective, comme, du reste, l'objectif de l'Union européenne de favoriser un degré élevé de protection sociale. Or, les États membres ont l'obligation (article 4, §3, du traité de l'Union Européenne) de ne rien faire compromettant les objectifs de l'Union, et même de l'accompagner dans ses initiatives. Par voie de conséquence, la France s'expose à une action en manquement devant la Commission (article 258 du TUE), éventuellement suivie d'une action devant la CJUE. Une condamnation de la France, qui se gargarise de son modèle social, ferait particulièrement désordre !

Une action pourrait aussi être diligentée devant le Comité européen des droits sociaux, chargé de faire respecter la Charte sociale européenne (ici c'est de la grande Europe dont il s'agit) de 1961 révisée en 1995. On peut même imaginer une action devant la Cour européenne des droits de l'homme. La Cour de cassation a ainsi écarté la prétention d'un salarié ⁽¹⁾ à ne pas relever de l'assureur choisi par accord d'entreprise au nom d'une atteinte à ses libertés issues de la Convention européenne des droits de l'homme, parce que l'intérêt de la collectivité prime, notamment du fait de la solidarité, sur l'intérêt individuel.

AMENDEMENT GOUVERNEMENTAL ET DROIT SUPRANATIONAL

Déclarer inconstitutionnel le nouvel article L. 912-1 tel qu'il résulte de l'amendement du gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pourrait conduire à rétablir dans leur plénitude les clauses de désignation, c'est-à-dire à l'effet inverse de celui espéré. Cela d'autant que non seulement la Constitution Française pourrait être considérée par la CJUE comme bafouant le TFUE et les chartes de 1989 et de 2000, mais encore que pourrait être consacrée la thèse de l'inapplicabilité de la loi interne contraire au droit communautaire ⁽²⁾.

La pratique des clauses de désignation n'est pas une curiosité hexagonale. Elle est constante dans de nombreux États, par exemple les Pays-Bas. En outre, dans l'affaire AG2R, sa validité a été soutenue par, outre l'État français, la Commission européenne, l'Allemagne et la Belgique. Il faut donc lire le texte de l'article L. 912-1 nouveau comme un moyen, suggéré par le Conseil d'État dans son avis de septembre sur demande du gouvernement, de concilier la décision des Sages et les arrêts de la CJUE. On peut sans doute émettre des critiques à l'égard de cet avis, pris en assemblée plénière, de la haute juridiction administrative, mais ne sont pas recevables celles conçues à partir du seul prisme de l'assurance et de la libre prestation de services en cette matière. Cet avis analyse les effets de la solidarité que l'on ne saurait marginaliser sans risque. Ce n'est donc pas un hasard si la possible recommandation d'un ou plusieurs opérateurs est subordonnée à la poursuite d'un degré élevé de solidarité, exigence inspirée de la jurisprudence communautaire, pour rendre licite la clause de recommandation. L'accord créera de ce fait des droits pour les salariés, liés à la solidarité, à l'action sociale, à la politique de prévention (droits qui ne sont pas la conséquence de la technique assurantielle) s'imposant à toutes les entreprises de la branche, même si l'employeur choisit un autre assureur. C'est aussi parce que, ce faisant, cette entreprise n'alimente pas le pot commun, dont l'utilité est liée à la solidarité et à la prévention, qu'est instauré un différentiel de forfait social. C'est exactement la solution retenue en 2005 lorsqu'on a inventé les contrats responsables, qui se distinguent aussi par la prévention.

La prévoyance collective relève des conditions de travail, et la solidarité peut y jouer un rôle décisif. On ne peut donc pas en traiter seulement sous l'angle des droits de l'assurance et de la concurrence.

Source : Argus de l'Assurance, 13 décembre 2013

⁽¹⁾ *Soc., 24 avril 2013, Banques populaires, obs. Jacques Barthélemy, « Droit social », juin 2013.*

⁽²⁾ *Selon les propositions du 18 juillet 2013 de l'avocat général dans une affaire C 276/12 non encore plaidée.*

L'EXIGENCE DE TRANSPARENCE

Les exigences et prérogatives du droit du travail ne sont pas suffisantes pour écarter celles du droit économique (arrêts « Laval » et « Viking »). C'est bien ce que fait la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) dans les jurisprudences citées. L'activité de l'assureur désigné par la profession est bien une entreprise au regard du droit de la concurrence, qui prohibe les discriminations en la matière. Un « appel formalisé à la concurrence », sur la base d'un cahier des charges établi par les partenaires sociaux, est de nature à répondre efficacement à une telle exigence. On notera que, s'inspirant du contenu de la référence 1 du bas de page à propos de l'article premier de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, le nouvel article L. 912-1 imposerait, pour que la recommandation soit licite, une telle procédure, dont les modalités seraient fixées par voie réglementaire. À noter toutefois qu'il ressort d'un arrêt de la CJUE du 14 novembre 2013 que d'autres voies sont acceptables si elles disposent d'une raison objective. Ce pourrait être le cas, en matière de prévoyance, lorsqu'existe une institution professionnelle, du type ProBTP, marquée par l'autogestion paritaire. L'appel à la concurrence devient alors surréaliste.

L'appel d'offres

Un véritable appel d'offres doit être réalisé par la profession, à l'occasion de la sélection de l'organisme assureur qui sera désigné. Cet appel d'offres doit mettre en concours les différents organismes assureurs intéressés. Il doit permettre aux dits organismes d'apprécier le risque afin d'établir une proposition chiffrée d'intervention. Il doit préciser notamment :

- l'effectif de la profession et ses caractéristiques ;
- la taille et le nombre des entreprises ;
- la nature et l'étendue des prestations ;
- et toute autre précision permettant de valoriser l'engagement.

Suite à la suppression des clauses de désignation par le Conseil Constitutionnel, les branches professionnelles attendent toujours les décrets qui doivent préciser les exigences de solidarité dans les régimes et la procédure de mise en concurrence des organismes assureurs en cas de recommandation.

ADHÉSION A UNE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

L'adhésion à une institution de prévoyance peut être collective, dans le cadre d'un accord d'entreprise ou d'un référendum, ou bien résulter du contrat de travail.

ARTICLE L931-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

« 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 définis à l'article L. 931-3.

Elles ont pour objet :

a) 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 ;

b) de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;

c) de couvrir le risque chômage.

Une même institution ne peut toutefois effectuer les opérations mentionnées aux a et c du présent article. Les institutions de prévoyance peuvent accepter ces mêmes engagements et risques en réassurance.

Elles 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.

Elles garantissent à leurs membres participants le règlement intégral des engagements qu'elles contractent à leur égard.

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

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article et notamment les règles de constitution du fonds d'établissement dont chaque institution doit disposer ».

ADHÉSION PAR ACCORD COLLECTIF OU RÉFÉRENDUM

L'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale précise :

« A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la Sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé ».

L'article L. 932-1 du Code de la Sécurité sociale (inséré par Loi n° 94-678 du 8 août 1994) précise :

« L'opération par laquelle une entreprise, dénommée l'adhérent, adhère par la signature d'un bulletin au règlement d'une institution de prévoyance ou souscrit auprès de celle-ci un contrat au profit de ses salariés ou d'une ou plusieurs catégories d'entre eux en vue d'assurer, dans le cadre des dispositions du chapitre 1er du titre 1er du présent livre, la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite opération collective à adhésion obligatoire lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à ladite institution, dont ils deviennent membres participants ».

ADHÉSION EN APPLICATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'article R. 731-1 du Code de la Sécurité sociale permet expressément l'adhésion par la voie du contrat de travail :

« Les institutions de prévoyance ou de Sécurité sociale de toute nature groupant tout ou partie du personnel d'une ou plusieurs entreprises qui constituent, soit en vertu d'une convention collective, soit en vertu de contrats individuels, des avantages au profit de travailleurs salariés ou assimilés s'ajoutant à ceux qui résultent de la législation de Sécurité sociale, notamment sous forme d'épargne, de capitaux en cas de vie ou de décès, de retraites de vieillesse, de pensions d'invalidité ou de rentes à l'occasion d'accidents du travail, de pensions de veuves ou d'orphelins, sont tenues de se conformer aux dispositions du présent chapitre, même lorsqu'elles fonctionnent sans contribution des travailleurs intéressés. »

Ne sont pas concernées par cette disposition les mutuelles, les institutions mentionnées aux articles L. 111-2 et L. 711-1 et les caisses de Sécurité sociale.

En pratique, l'adhésion résulte souvent d'un acte unilatéral de l'employeur. Elle est alors considérée comme une modification du contrat de travail, explicitement ou tacitement acceptée par le salarié.

Il n'y a aucune obligation spécifique quant à la forme de l'adhésion, qui n'est souvent qu'un simple bulletin se référant aux statuts ou au règlement intérieur de l'institution.

« Les règlements et les bulletins d'adhésion des institutions de prévoyance ainsi que leurs contrats fixent les droits et obligations des adhérents et des participants dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Les dispositions de l'article L. 913-1 sont applicables aux opérations collectives à adhésion obligatoire des institutions de prévoyance. »

Article L. 932-2 du Code de la Sécurité sociale

Le règlement intérieur et les statuts sont le seul véritable support contractuel et permettent d'apprécier la portée des engagements souscrits, notamment pour ce qui concerne la technique de gestion des risques (répartition ou capitalisation) et de revalorisation des prestations, la limite des modifications éventuelles des taux de cotisation et des prestations pouvant être décidée par l'assemblée générale, ainsi que la durée de l'adhésion.

L'effet essentiel de l'adhésion est de faire entrer l'entreprise et ses salariés dans la collectivité des adhérents et participants à l'institution.

Les décisions de cette collectivité s'imposent aux partenaires sociaux dans l'entreprise, tant qu'ils font partie de l'institution.

ADHÉSION À UNE MUTUELLE

Quelle que soit la forme de l'adhésion, le salarié est toujours participant individuel de la mutuelle.

L'adhésion du salarié peut être individuelle ou collective.

L'adhésion est régie par les articles L. 221-2 à L. 221-6 du Code de la mutualité

Est qualifiée d'opération individuelle :

« L'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à une mutuelle ou une union par l'effet de l'adhésion de sa mutuelle, dans le cadre des activités mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant, si elle bénéficie des garanties du contrat mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas. Dans ce cas, la personne physique bénéficiaire des garanties doit également signer le bulletin d'adhésion et acquiert la qualité de membre participant. »

Article L. 221-2 du Code de la mutualité

ADHÉSION INDIVIDUELLE

Le salarié peut s'affilier à titre individuel à la mutuelle, cette démarche pouvant se situer dans l'entreprise ou en dehors.

L'employeur ou le comité d'entreprise peuvent prendre en charge tout ou partie de la cotisation, l'avantage devenant alors un élément du contrat de travail ou une activité sociale.

Le comité peut également verser directement une subvention de fonctionnement à une mutuelle.

L'adhésion à une mutuelle constitue, avec l'adhésion à un contrat d'assurance de groupe, le cadre privilégié des régimes à adhésion facultative.

Ce sont souvent les comités d'entreprise qui prennent en charge tout ou partie de la cotisation du salarié au régime facultatif, sur le budget des activités sociales et culturelles.

La mutuelle ou l'union doit avoir remis au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Les statuts et règlements précisent les modalités de modification du contrat.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents, ainsi que le délai qui doit s'être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Article L. 221-4 du Code de la mutualité

Est qualifiée d'opération collective :

« 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, pour lesquels la mutuelle est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; les salariés et les membres de la personne morale qui adhèrent deviennent, à compter de cette date, membres participants de la mutuelle ou de l'union ; la personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les statuts.

L'opération obligatoire par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine ou au chômage pour lesquels cette mutuelle ou cette union est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; à la date de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants de la mutuelle ou de l'union ; la personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les statuts. »

Article L. 221-2 du Code de la mutualité

ADHÉSION COLLECTIVE

La mutuelle ou l'union établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle ou de l'union à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle ou par l'union.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Article L. 221-6 du Code de la mutualité

ÉFFETS DE L'ADHÉSION

L'adhésion emporte l'obligation de respecter les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle et la mise en œuvre de l'ensemble des droits et obligations qu'ils impliquent.

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle ou d'une union doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle ou l'union.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle ou de l'union ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties.

Article L. 221-5 du Code de la mutualité

SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Textes régissant la souscription d'un contrat d'assurance de groupe :

- articles L. 141-1 à L. 141-7 et articles L. 142-1 à L. 142-5 du Code des assurances.

Trois situations peuvent se présenter :

- le salarié souscrit une police à titre individuel en bénéficiant, éventuellement, d'une aide financière de l'entreprise ou du comité d'entreprise ;
- l'employeur ou le comité d'entreprise offre aux salariés la possibilité d'adhérer, de façon facultative, à un contrat d'assurance de groupe ;
- l'employeur souscrit un contrat d'assurance prévoyant l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés de l'entreprise ou d'une catégorie de personnel précisément définie.

Dans ce dernier cas, c'est l'employeur qui est le souscripteur du contrat alors que les salariés en sont les assurés.

Le contrat doit respecter certaines conditions de forme et de fond :

- il doit exister un contrat d'assurance fixant les droits et obligations des parties, sur le contenu duquel les salariés s'engagent ;
- ce contrat doit être complété par une notice d'information, suffisamment claire et précise ;
- le contenu du contrat est examiné par les autorités de tutelle de l'assureur ;
- ce contrat doit comporter des mentions obligatoires prévues par l'article L. 112-4 du Code des assurances :
 - désignation de la ou des personnes assurées,
 - nature des risques garantis, montant des garanties,
 - prime ou cotisation d'assurance,
 - point de départ et durée des garanties,
 - durée du contrat (déterminée ou indéterminée, à l'appréciation des parties),
 - mention très apparente des clauses relatives aux exclusions et déchéances du contrat.

LÉGISLATION SPÉCIFIQUE À L'ASSURANCE DE GROUPE

Article L. 141-1 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 III - JO du 27 juillet 2005

« 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. 141-2 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 III - JO du 27 juillet 2005

« Les sommes dues par l'adhérent au souscripteur au titre de l'assurance doivent lui être décomptées distinctement de celles qu'il peut lui devoir, par ailleurs, au titre d'un autre contrat. »

Article L. 141-3 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 III - JO du 27 juillet 2005

« Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

Article L. 141-4 du Code des assurances

Modifié par Loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 – article 65 (V) JORF 31 décembre 2006 en vigueur le 1^{er} octobre 2007

« Le souscripteur est tenu :

- de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;*
- d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur ;*
- la preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.*

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat. Les assurances de groupe ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt et qui sont régies par des lois spéciales ne sont pas soumises aux dispositions du présent article. »

Article L. 141-5 du Code des assurances

Inseré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 III - JO du 27 juillet 2005

« Par dérogation aux dispositions des articles L. 132-2 et L. 132-3, le représentant légal d'un majeur en tutelle peut adhérer au nom de celui-ci à un contrat d'assurance de groupe en cas de décès, conclu pour l'exécution d'une convention de travail ou d'un accord d'entreprise. »

Article L. 141-6 du Code des assurances

Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 III - JO du 27 juillet 2005

Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 art. 15 - JO du 16 décembre 2005

« Pour les contrats d'assurance de groupe au sens de l'article L. 141-1, autres que ceux qui sont régis par le titre Ier de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, et pour les contrats collectifs de capitalisation présentant les mêmes caractéristiques que les contrats de groupe au sens de l'article L. 141-1, le souscripteur est, tant pour les adhésions au contrat que pour l'exécution de celui-ci, réputé agir, à l'égard de l'adhérent, de l'assuré et du bénéficiaire, en tant que mandataire de l'entreprise d'assurance auprès de laquelle le contrat a été souscrit, à l'exception des actes dont l'adhérent a été préalablement informé, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'économie, que le souscripteur n'a pas pouvoir pour les accomplir. En cas de dissolution ou de liquidation de l'organisme souscripteur, le contrat se poursuit de plein droit entre l'entreprise d'assurance et les personnes antérieurement adhérentes au contrat de groupe. Le présent article ne s'applique pas aux contrats d'assurance en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle, souscrits par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit des salariés de celles-ci ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de ses membres. Il ne s'applique pas non plus aux contrats de groupe souscrits par un établissement de crédit, ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt. »

Article L. 141-7 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 art. 12 - JO du 16 décembre 2005 en vigueur le 16 juin 2007

« Le conseil d'administration des associations souscriptrices de contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation dont le lien qui unit l'adhérent au souscripteur ne rend pas obligatoire l'adhésion au contrat est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés. Les adhérents à ces contrats sont membres de droit de l'association souscriptrice ; ils disposent d'un droit de vote à l'assemblée générale et peuvent proposer une résolution à l'assemblée générale. Un décret en Conseil d'État précise, pour ces associations, les droits des adhérents lors des assemblées générales. »

Article L. 142-1 du Code des assurances

*Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 II - JO du 27 juillet 2005
Modifié par Ordonnance n° 2009-106 du 30 janvier 2009 - article 1*

« Les entreprises d'assurance sur la vie sont autorisées à contracter, sous la forme de contrats d'assurance de groupe tels que définis à l'article L. 141-1, dans les conditions prévues au présent chapitre, des engagements relatifs à un contrat relevant du chapitre III et de la section II du chapitre IV du présent titre et des engagements en cas de vie ou en cas de décès non liés à la cessation d'activité professionnelle, à l'exception d'engagements d'assurance temporaire en cas de décès, qui donnent lieu à la constitution d'une provision destinée à absorber les fluctuations des actifs du contrat et sur laquelle chaque adhérent détient un droit individualisé sous forme de parts. »

Article L. 142-2 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 II - JO du 27 juillet 2005

« Nonobstant les dispositions du code de commerce relatives aux comptes sociaux, l'entreprise d'assurance établit, pour chaque contrat, une comptabilité auxiliaire d'affectation. »

Article L. 142-3 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 II - JO du 27 juillet 2005

« En cas d'insuffisance de représentation des engagements d'un contrat, l'entreprise d'assurance parfait cette représentation par apport d'actifs représentatifs de ses réserves ou de ses provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Lorsque le niveau de la représentation de ses engagements relatifs à ce contrat le permet, l'entreprise d'assurance réaffecte des actifs du contrat à la représentation d'autres réserves ou provisions. »

Article L. 142-4 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 II - JO du 27 juillet 2005

« Sans préjudice des droits des titulaires de créances nées de la gestion de ces opérations, aucun créancier de l'entreprise d'assurance, autre que les adhérents, assurés ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre, ne peut se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant de l'enregistrement comptable établi en vertu de l'article L. 142-2, même sur le fondement du livre VI du Code de commerce, des articles 2101 et 2104 du Code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du Code des assurances, de l'article L. 932-24 du Code de la Sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du Code de la mutualité. »

Article L. 132-5-3 du Code des assurances

Inséré par Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 art. 10 I - JO du 16 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006

« Pour les contrats d'assurance de groupe sur la vie mentionnés à l'article L. 141-1 comportant des valeurs de rachat ou de transfert, lorsque le lien qui unit l'adhérent au souscripteur ne rend pas obligatoire l'adhésion au contrat, la notice remise par le souscripteur inclut, outre les informations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 141-4, celles contenues dans la note mentionnée à l'article L. 132-5-2. L'encadré mentionné au premier alinéa de l'article L. 132-5-2 est inséré en début de notice. Lors de l'adhésion, le souscripteur doit remettre à l'adhérent le modèle de lettre mentionné au troisième alinéa de l'article L. 132-5-2. Il communique à l'adhérent la mention visée au quatrième alinéa du même article ainsi que, dans les conditions définies au même article, les valeurs de rachat ou de transfert. La faculté de renonciation s'exerce conformément aux articles L. 132-5-1 et L. 132-5-2. La notice doit indiquer l'objet social et les coordonnées du souscripteur. La notice précise que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants auxdits contrats. Les modalités d'adoption de ces avenants par le souscripteur sont communiquées par ce dernier à l'adhérent. Le souscripteur est tenu de communiquer, chaque année, à l'adhérent les informations établies par l'entreprise d'assurance et mentionnées à l'article L. 132-22. »

Article L. 142-5 du Code des assurances

Inséré par l'ordonnance n° 2006-344 du 23 mars 2006, art. 1 Journal Officiel du 24 mars 2006, loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 art. 65 I Journal Officiel du 31 décembre 2006 en vigueur le 1er octobre 2007.

« Un décret en Conseil d'État précise les règles techniques ainsi que les conditions d'application du présent chapitre, notamment les cas où, nonobstant l'article L. 132-23, les contrats sont ou non rachetables ou transférables. »

Article L. 132-23 du Code des assurances

Modifié par LOI n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 - article 115

« Les assurances temporaires en cas de décès ainsi que les rentes viagères immédiates ou en cours de service ne peuvent comporter ni réduction ni rachat. Les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères différées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat.

Les contrats d'assurance de groupe en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle, y compris les contrats qui relèvent du régime de retraite complémentaire institué par la Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique, ne comportent pas de possibilité de rachat. Les contrats qui relèvent du régime de retraite complémentaire institué par la Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique peuvent prévoir, à la date de cessation d'activité professionnelle, une possibilité de rachat dans la limite de 20% de la valeur des droits individuels résultant de ces contrats. Toutefois, ces contrats doivent prévoir une faculté de rachat intervenant lorsque se produisent l'un ou plusieurs des événements suivants :

- expiration des droits de l'assuré aux allocations chômage prévues par le code du travail en cas de licenciement, ou le fait pour un assuré qui a exercé des fonctions d'administrateur, de membre du directoire ou de membre de conseil de surveillance, et n'a pas liquidé sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse, de ne pas être titulaire d'un contrat de travail ou d'un mandat social depuis deux ans au moins à compter du non-renouvellement de son mandat social ou de sa révocation ;

- cessation d'activité non salariée de l'assuré à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire en application des dispositions du livre VI du code de commerce ou toute situation justifiant ce rachat selon le président du tribunal de commerce auprès duquel est instituée une procédure de conciliation telle que visée à l'article L. 611-4 du Code de commerce, qui en effectue la demande avec l'accord de l'assuré ;

- invalidité de l'assuré correspondant au classement dans les deuxième ou troisième catégories prévues à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;

- décès du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

- situation de surendettement de l'assuré définie à l'article L. 330-1 du Code de la consommation, sur demande adressée à l'assureur, soit par le président de la commission de surendettement des particuliers, soit par le juge lorsque le déblocage des droits individuels résultant de ces contrats paraît nécessaire à l'apurement du passif de l'intéressé.

Les droits individuels résultant des contrats d'assurance de groupe en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle, y compris les contrats qui relèvent du régime de retraite complémentaire institué par la Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique, sont transférables, dans des conditions fixées par décret.

Pour les autres assurances sur la vie et pour les opérations de capitalisation, l'assureur ne peut refuser la réduction ou le rachat.

L'assureur peut d'office substituer le rachat à la réduction si la valeur de rachat est inférieure à un montant fixé par décret. »

ADHÉSION À UNE ASSOCIATION

Les salariés peuvent également adhérer à une association participant à une opération d'assurance de groupe.

Une association peut souscrire un contrat d'assurance de groupe afin de recueillir l'adhésion de ses membres. Sauf pour les contrats ayant pour objet la couverture des risques décès, maladie, maternité, incapacité de travail et chômage, l'association est réputée agir à l'égard de l'adhérent en tant que mandataire de l'entreprise d'assurance auprès de laquelle le contrat a été souscrit, à l'exception des actes pour lesquels l'organisme n'a pas donné pouvoir au souscripteur de les accomplir.

Lorsque l'adhésion n'est pas obligatoire, le Conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu dans les deux dernières années aucun intérêt ni mandat dans l'organisme assureur.

Les adhérents membres de droit de l'association souscriptrice disposent d'un droit de vote à l'Assemblée générale et de proposition de résolution.

LES ASSOCIATIONS À BUT NON LUCRATIF RÉALISANT DES OPÉRATIONS DE PRÉVOYANCE OU DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

L'association souscrit un contrat d'assurance de groupe au nom de ses adhérents et sert d'intermédiaire avec la société d'assurance.

L'association peut également, parfois, assurer la gestion administrative du régime (encaissement des cotisations, règlement des prestations) dans le cadre d'un mandat qu'elle a alors reçu de l'assureur.

Dans ce cas, avant la conclusion du contrat, c'est elle qui remet au souscripteur, contre récépissé, la note d'information sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et sur les dispositions essentielles du contrat.

ADHÉSIONS À TITRE INDIVIDUEL

Ces associations ne peuvent se prévaloir des dispositions du Code de la Sécurité sociale ou du Code de la mutualité prévoyant des mécanismes d'adhésion collective. L'accord collectif ou le référendum sont donc inopérants dans ce cas.

L'adhésion à une association crée un lien direct entre les salariés et l'assureur, l'entreprise n'intervenant que pour regrouper le personnel et collecter les cotisations.

Compte tenu de l'absence de dispositions spécifiques régissant les associations réalisant des opérations de prévoyance complémentaire, les partenaires sociaux doivent se reporter aux dispositions statutaires et au règlement intérieur de l'association ainsi qu'aux dispositions des bulletins d'adhésion, pour connaître leurs droits et obligations.

L'adhésion du personnel à l'association ne peut résulter que de l'acceptation explicite de chaque salarié qui remplira un bulletin d'adhésion accompagné de son règlement. Il recevra un certificat d'admission à l'assurance.

Lorsqu'il s'agit d'un contrat comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité, l'assureur demande également à l'assuré de compléter un questionnaire portant sur son état de santé, afin d'évaluer le risque qu'il va assurer.

Une fois la proposition ou le contrat signé, le souscripteur peut y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de trente jours à compter du moment où il a été informé que le contrat est conclu.

Afin de faciliter l'exercice de la faculté de renonciation, la proposition d'assurance ou de contrat est accompagnée d'un modèle de lettre de renonciation.

Le délai de renonciation peut être prorogé, dans la limite de huit ans à compter de la date où le souscripteur est informé que le contrat est conclu, en cas de non remise des documents prévus par le Code des assurances.

☞ Ce cadre d'assurance groupe est requis pour le bénéfice d'avantages fiscaux réservés à la protection sociale supplémentaire des non salariés. C'est également le cas pour la souscription de plans épargne retraite populaire via le Groupement d'épargne retraite populaire (GERP).

AFFILIATION DES SALARIÉS

Si l'adhésion au contrat est obligatoire, c'est l'employeur qui affiliera les salariés et, notamment, les nouveaux embauchés en leur faisant remplir et signer un bulletin d'adhésion.

L'article L. 132-2 du Code des assurances exige le consentement écrit des assurés lorsque l'assurance en cas de décès a été contractée par un tiers sur sa tête.

Cette disposition n'est cependant pas applicable aux contrats d'assurance de groupe à adhésion obligatoire.

«L'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle, si ce dernier n'y a pas donné son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantis.

Le consentement de l'assuré doit, à peine de nullité, être donné par écrit, pour toute cession ou constitution de gage et pour transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête par un tiers.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux contrats d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. »

Article L. 132-2 du Code des assurances

Si l'adhésion au régime est facultative chaque salarié, désireux de s'affilier, signera un bulletin d'affiliation ou d'adhésion.

L'adhésion au contrat ne peut résulter que de l'acceptation explicite de chaque salarié qui remplira un bulletin d'adhésion. Lorsqu'il s'agit d'un contrat comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité, l'assureur demande également à l'assuré de compléter un questionnaire portant sur son état de santé, afin d'évaluer le risque qu'il va assurer.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Le bénéficiaire est la personne à laquelle l'assureur versera la prestation fixée au contrat.

Le bénéficiaire des prestations en cas de décès (capital ou rente) est désigné par le salarié lors de son affiliation à la couverture.

La désignation n'est pas obligatoire mais elle est fortement recommandée. En effet, sans bénéficiaire désigné, la prestation « tombe » dans le patrimoine du souscripteur et perd l'avantage de l'exonération des droits de succession.

Articles L. 132-11, L. 132-12 du Code des assurances

A défaut de désignation spécifique, le contrat d'assurance, le règlement de l'institution de prévoyance ou les statuts de la mutuelle prévoient une liste de bénéficiaires déterminables :

- le conjoint ;
- les enfants ;
- les ascendants de l'assuré, ...

Le salarié peut, à tout moment, faire savoir à l'organisme assureur qu'il souhaite modifier la désignation effectuée précédemment.

Cass., 2^o ch. civ., 7 avril 2005, n° 537 F-D ; Caillaud contre Brière et autres.

Les faits

Une société a souscrit au bénéfice de ses salariés cadres, dont fait partie Patrick C, auprès de la Caisse professionnelle de prévoyance des cadres (devenue Médéric prévoyance), un contrat comprenant notamment une assurance en cas de décès. Patrick C est décédé sans avoir désigné expressément de bénéficiaire de son capital décès. La société Médéric prévoyance a recherché l'épouse de Patrick C., Anne Y., laquelle était décédée avant d'avoir déclaré son acceptation, laissant comme héritiers son frère, François Y., et sa sœur, Dominique Y. Stéphanie X, fille reconnue de Patrick C., mineure et à charge de son père au jour du décès de ce dernier, a fait assigner la société Médéric prévoyance en versement du capital décès en exécution du contrat souscrit par la société au profit de Patrick C. Les consorts Y. ont été appelés en intervention forcée.

La décision

La cour d'appel de Paris déboute Stéphanie X. de sa demande et condamne Médéric prévoyance à verser aux consorts Y. le capital décès prévu au contrat. Elle énonce que le bénéfice de la stipulation pour autrui est transmis aux héritiers du bénéficiaire désigné lorsque celui-ci vient à décéder après le stipulant mais sans avoir déclaré son acceptation, sauf lorsque le stipulant a désigné, outre ce bénéficiaire, des bénéficiaires subsidiaires, sans réserver les droits des héritiers du premier nommé. Après avoir analysé le contrat de prévoyance souscrit auprès de la société Médéric prévoyance par l'employeur de C au profit de ses salariés, la cour a jugé que, conformément au règlement intérieur de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres (CIPC), le capital prévu en cas de décès devait être versé, à défaut de stipulation contraire, au conjoint survivant non séparé de corps. Si Patrick C. ne vivait plus avec son épouse, il n'était pas cependant séparé de corps avec celle-ci. En l'espèce, Patrick C., qui est décédé peu de temps après la souscription de ce contrat, dont il n'est pas certain qu'il en a eu connaissance, n'a pas désigné de bénéficiaire subsidiaire. Par l'effet de la stipulation pour autrui, le capital décès est entré dans le patrimoine de sa femme, et, au décès de celle-ci, dans celui de ses héritiers. Alors que le contrat, emportait, en vertu du règlement de la CIPC, désignation des descendants à charge comme bénéficiaires en sous-ordre, après celle du conjoint non séparé de corps comme premier bénéficiaire, la cour d'appel a violé la convention. Cassation sur pourvoi de Stéphanie X.

Commentaire

Le bénéfice d'une stipulation pour autrui n'est pas transmis aux héritiers du bénéficiaire désigné qui vient à décéder après le stipulant sans avoir accepté lorsque ce dernier a désigné des bénéficiaires en sous-ordre sans réserver les droits des héritiers du premier nommé. La fille du défunt devrait obtenir le capital en vertu de l'application du règlement de la CIPC, à défaut d'une désignation d'un bénéficiaire dans le contrat.

Source : Argus de l'Assurance, Publié le 27 mai 2005

Depuis la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 - (JO du 16 décembre 2005), portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance.

Lorsque l'assureur est averti du décès d'un assuré, il est tenu d'informer le bénéficiaire du contrat, dans la mesure où ses coordonnées figurent sur celui-ci.

Le contrat doit informer le souscripteur des conséquences de la désignation du ou des bénéficiaire(s) et indiquer que cette désignation peut se faire par acte sous seing privé ou par acte authentique.

En outre, la loi du 15 décembre 2005 prévoit que toute personne physique ou morale peut écrire aux organismes représentatifs de la profession de l'assurance pour être informée de l'existence éventuelle d'un contrat d'assurance vie souscrit à son profit par une personne dont elle apporte la preuve du décès. Cette disposition s'applique depuis le 1^{er} mai 2006. Afin de faciliter les démarches de ces bénéficiaires potentiels, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ont mis en place une structure unique qui centralise toutes les demandes. Les personnes concernées doivent adresser leur courrier à :

Agira

Recherche des bénéficiaires en cas de décès

1, rue Jules Lefèbvre

75431 Paris Cedex 09

Cet organisme transmettra la demande à l'ensemble des entreprises d'assurances de personnes et des institutions de prévoyance dans un délai de quinze jours. S'il s'avère que la personne est désignée en tant que bénéficiaire d'un ou de plusieurs contrats, la ou les entreprises concernées l'en informeront dans un délai d'un mois.

MODIFICATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

La modification d'un contrat d'assurance peut intervenir à tout moment, soit à l'initiative de l'employeur/souscripteur, soit à celle de l'assureur (sauf cas particulier des règlements des institutions de prévoyance et des mutuelles).

La modification ou la résiliation de la couverture de prévoyance de l'entreprise nécessite le respect de conditions de forme qui varient selon le mode de mise en place du régime dans l'entreprise (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) et selon le contrat d'assurance. L'employeur a par ailleurs certaines obligations vis-à-vis de ses salariés et vis-à-vis de l'organisme assureur.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE MODIFICATION D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Une couverture de prévoyance à vocation à perdurer pendant plusieurs années mais certains événements peuvent conduire l'entreprise à en modifier le contenu (évolution de la population salariée, des résultats du contrat d'assurance, restructuration de l'entreprise...). Les principales modifications sont le changement de l'organisme assureur, la modification du niveau des prestations ou des taux de cotisations.

La modification peut être soit à l'initiative de l'employeur ou des partenaires sociaux, qui proposent à l'organisme assureur un avenant au contrat, ou à l'initiative de l'organisme assureur qui constate que la tarification initialement prévue ne correspond plus aux prestations servies.

LE FORMALISME

Toute modification du contrat d'assurance suppose néanmoins la rédaction d'un avenant signé entre les parties.

La seule dérogation à ce principe a concerné la modification des contrats relevant du Code des assurances pour leur mise en œuvre avec les « contrats responsables ».

Certaines particularités sont appliquées lorsque la modification concerne une adhésion à un règlement d'une institution de prévoyance ou d'une mutuelle. Les institutions de prévoyance et les mutuelles peuvent proposer soit la signature d'un contrat (auquel les règles précitées s'appliquent), soit la signature d'un bulletin d'adhésion au règlement (l'équivalent des conditions générales des contrats).

Concernant le régime de prévoyance, celui-ci induit une relation tripartite : employeur, salariés et organisme assureur.

L'employeur doit donc modifier à la fois l'acte juridique ayant instauré la couverture complémentaire dans l'entreprise (convention/accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur) et le contrat d'assurance. Il doit alors veiller à la simultanéité de ces modifications et respecter les règles de révision/résiliation propres à l'acte juridique et au contrat (préavis, forme de la demande de modification/résiliation...).

Les modalités de modification ou de dénonciation d'un régime de prévoyance complémentaire dépendent du mode de mise en place du régime dans l'entreprise. Lorsqu'il a été mis en place par accord collectif, celui-ci prévoit ses conditions de modification et de dénonciation et la durée du préavis à respecter. Un régime de prévoyance mis en place par accord collectif ne peut être modifié que par avenant révisant tout ou partie de l'accord initial auquel il se substitue de plein droit. Il est opposable à l'ensemble des salariés.

Si l'accord conclu est sans limitation de durée, il peut être dénoncé et remplacé par un autre issu d'une négociation qui doit s'engager dans les 3 mois suivant la dénonciation.

Si l'accord remis en cause n'est pas remplacé par un nouvel accord, les avantages individuels acquis (droit en cours de versement ou droits déjà ouverts comme le risque décès ou invalidité) par les salariés en poste au moment de la dénonciation sont maintenus.

Lorsqu'il a été mis en place par référendum il est possible de le modifier par avenant ratifié dans les mêmes conditions par la majorité des salariés ou encore par une convention ou un accord collectif.

La modification d'un régime de prévoyance mis en place par décision unilatérale de l'employeur peut intervenir par une autre décision unilatérale, par référendum ou par un accord collectif.

CONSULTATION DU COMITÉ D'ENTREPRISE ET INFORMATION DES SALARIÉS

Toute modification du régime de prévoyance doit être précédée de la consultation du comité d'entreprise au titre de ses attributions d'ordre économique et professionnel. L'employeur a, de plus, l'obligation de remettre à chaque salarié une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, sur les nouvelles garanties prévues. À défaut d'information préalable, une réduction des garanties leur serait inopposable et l'employeur devrait assurer financièrement les conséquences de ce manquement (versement des prestations antérieurement prévues). Cette notice engage par ailleurs l'organisme assureur.

La remise d'une notice d'information est obligatoire non seulement lors de la mise en place du régime, mais sa mise à jour est nécessaire lors de chaque modification apportée au contrat d'assurance. La notice modifiée doit être rédigée par l'assureur et remise aux salariés par l'employeur.

Ce principe est commun aux trois types d'organismes assureurs.

L'article L. 141-4 du Code des assurances impose au souscripteur « d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur ». Le défaut de remise d'une notice modifiée ou une remise tardive entraîne le risque de voir les réductions de garantie inopposables aux salariés, qui pourront donc se prévaloir des dispositions initialement en vigueur.