

RÉSILIATION

FORMALISME

La résiliation du contrat d'assurance collective peut intervenir soit à l'initiative de l'employeur souscripteur, soit à l'initiative de l'organisme assureur, dans les cas et selon les modalités prévues par la loi voire par le contrat. Le respect du formalisme (légal et/ou contractuel) est primordial dans la mesure où il conditionne la validité de la résiliation. Il dépend de la nature de l'organisme assureur et du contrat souscrit.

La résiliation peut intervenir à tout moment du contrat (elle est généralement constatée par lettre recommandée avec accusé de réception), mais elle ne prend effet que dans les conditions prévues au contrat et, le plus souvent à la date d'échéance annuelle du contrat.

En matière de prévoyance collective d'entreprise, l'employeur et l'organisme assureur disposent, moyennant un délai de préavis d'au moins deux mois, de la faculté de résilier le contrat.

En ce qui concerne les opérations collectives à adhésion facultative, l'assuré a la possibilité de quitter le groupe chaque année, moyennant un délai de préavis fixé par le contrat.

En pratique, l'employeur doit donc systématiquement vérifier les dispositions contractuelles avant de procéder à la résiliation. De même, il doit être particulièrement attentif aux conséquences de cette résiliation et à l'information à donner aux salariés.

FACULTÉ DE RÉSILIATION ANNUELLE

L'employeur, comme l'organisme assureur, peut résilier le contrat d'assurance à la fin de chaque année sans qu'il soit nécessaire d'en donner justification, en respectant le délai de préavis et le formalisme rappelé dans le contrat.

En principe, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. Un délai de préavis plus court, pour une résiliation à l'initiative du souscripteur, peut néanmoins être convenu contractuellement. Le point de départ est la date du cachet de la poste.

CONTRATS OBLIGATOIRES DE SALARIÉS

Le contrat ou la convention doit prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'organisme peut maintenir la couverture après résiliation ou non-renouvellement du contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis.

L'article L 932-12 du Code de la Sécurité sociale prévoit une exception à la faculté annuelle de résiliation, lorsque l'adhésion à une institution de prévoyance résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel : l'employeur ne peut pas la résilier tant qu'il reste dans le champ de l'accord. Cette interdiction vise en pratique les cas d'adhésion obligatoire prévus dans les « clauses de désignation ».

En cas de non-paiement des primes, l'assureur peut résilier le contrat d'assurance à l'issue d'une procédure prévue légalement (envoi d'une mise en demeure puis suspension des garanties avant résiliation). Comme pour la faculté annuelle de résiliation, la loi interdit cependant toute suspension de garantie ou résiliation pour non paiement des primes lorsque l'obligation d'adhérer à une institution de prévoyance ou à une mutuelle résulte d'une « clause de désignation » prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

INFORMATION DES SALARIÉS DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Les salariés n'étant pas parties au contrat d'assurance conclu entre l'employeur et l'assureur, les textes relatifs à la résiliation du contrat d'assurance ne prévoient aucune disposition particulière les concernant. La Cour de cassation a d'ailleurs jugé que la résiliation régulière d'un contrat d'assurance de groupe produit effet à l'égard des adhérents au contrat, nonobstant un éventuel défaut d'information de ceux-ci par l'organisme assureur.

DANS LES CONTRATS FACULTATIFS DE SALARIÉS, OU EN PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

L'organisme assureur ne peut refuser de maintenir le remboursement des frais médicaux, (sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration), et ce temps que les intéressés le souhaitent.

Ce maintien de garanties doit être accordé sans réduction des garanties, aux conditions tarifaires de la catégorie dont relèvent les intéressés, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation pour risque aggravé. L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat. Il en va de même pour le maintien de la couverture de frais de soins de santé pour les anciens salariés affiliés à une couverture de prévoyance à adhésion obligatoire.

Article 5 de la loi Évin

Il est important de noter que la résiliation "à titre conservatoire" n'a aucune valeur juridique spécifique : elle a valeur de résiliation pleine et entière, sauf à être dénoncée avant la fin du délai de préavis.

Toutefois, la jurisprudence a confirmé l'impossibilité pour l'assureur de résilier le contrat de façon unilatérale, lorsqu'un assuré refuse d'accepter un avenant au contrat réduisant les avantages de celui-ci.

Dans cette affaire, les juges ont estimé que si l'assureur avait lui-même mal élaboré son contrat, il devait en supporter financièrement les conséquences et ne pouvait pas imposer unilatéralement la résiliation aux souscripteurs.

Cour d'Appel - Paris - 20 octobre 1999 – GAN

PORTABILITÉ DE LA PRÉVOYANCE

En cas de résiliation ou de non-renouvellement, le contrat ou la convention devra prévoir les conditions et modalités au sujet de la portabilité des droits à prévoyance.

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail prévoit qu'en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (et sauf faute lourde), le salarié conserve le bénéfice des couvertures complémentaires santé et prévoyance appliquées par son ancienne entreprise, pendant sa période de chômage.

ANI du 11 janvier 2008, article 14

Arrêté du 23 juillet 2008 - JO du 25

Ce maintien intervient pour la période allant de la rupture du contrat de travail à la reprise d'un autre emploi dans la limite de 9 mois. Le mécanisme concerne les garanties des couvertures complémentaire santé et prévoyance appliquées dans l'entreprise avant la fin du contrat de travail, peu important qu'il s'agisse de mécanismes obligatoires ou facultatifs.

PORTABILITÉ: LES NOUVEAUTÉS DE L'ANI DU 11 JANVIER 2013

Pour améliorer l'efficacité du dispositif de portabilité des droits instauré par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, les signataires conviennent dans l'Article 2 de l'Accord 2013 de généraliser le principe de mutualisation du financement de la portabilité des droits prévoyance et frais de santé.

Pour adapter leurs dispositifs à ce mode de financement, les entreprises disposent d'un délai :

- d'un an pour la portabilité des garanties de frais de santé ;
- de deux ans pour le financement du maintien des droits de prévoyance.

Parallèlement, la durée maximale de la portabilité des droits est portée de 9 à 12 mois.

CONSÉQUENCES

En principe, la résiliation du contrat d'assurance entraîne la cessation de couverture des risques non réalisés à la date d'effet. Dès lors, l'employeur a tout intérêt à faire en sorte que cette résiliation soit concomitante, soit à la souscription d'un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, soit à la dénonciation valablement formalisée du régime dans l'entreprise. À défaut, il s'expose à être directement débiteur des garanties promises à l'égard de ses salariés.

À ce principe de cessation des garanties, existent néanmoins d'importantes exceptions posées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre.

L'article 7 de la loi Évin impose à l'assureur, dont le contrat est résilié, de maintenir le service des prestations nées ou acquises à la date de résiliation. Cette obligation pèse sur l'assureur initial, y compris dans l'hypothèse où un second assureur interviendrait postérieurement.

De plus, il est prévu qu'à tout moment l'engagement soit couvert par des provisions ou des actifs équivalents.

En outre, l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale (issu de la loi du 8 août 1994) prévoit que le régime de prévoyance doit organiser la revalorisation des rentes (décès, invalidité, incapacité) en cours de service ainsi que le maintien de la garantie décès pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail et d'invalidité, en cas de changement d'organisme assureur.

La remise en cause du contrat d'assurance est donc sans effet sur le maintien des obligations contractées par l'entreprise vis-à-vis de son personnel.

La rupture ou le non renouvellement du contrat d'assurance entraîne comme conséquence principale l'obligation du maintien des prestations au niveau atteint.

L'assureur a la faculté de proposer aux salariés qui le souhaiteraient le maintien de la couverture, sans condition de délai ni de période probatoire. Le financement, défini par l'assureur, est alors à la charge de l'assuré.

ORGANISATION DE LA POURSUITE DES GARANTIES PAR L'EMPLOYEUR AUPRÈS DE L'ASSUREUR

L'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale précise

« Lorsque la convention, l'accord ou la décision unilatérale constatée par un écrit relevant de l'article L. 911-1 prévoient la couverture, sous forme de rentes, du décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ils organisent également, en cas de changement d'organisme d'assurance ou d'institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances, la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service. Lorsque le décès est couvert par ces mêmes conventions, accords ou décisions, ceux-ci organisent le maintien de cette garantie pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail et d'invalidité en cas de changement d'organisme d'assurance ou d'institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances.

Dans ce dernier cas, la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur ou d'une institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances qui a fait l'objet d'une résiliation. »

D'ordre public, cet article crée, vis-à-vis des assurés, des droits plus favorables que ceux existants dans les conventions, accords ou décisions unilatérales concernées. Son application est immédiate. Il traite deux points essentiels :

- la revalorisation des rentes en cours de service après la résiliation du contrat souscrit auprès de l'organisme assureur quitté ;
- le maintien de la couverture du risque décès pour les personnes en arrêt de travail ou en invalidité.

LA REVALORISATION DES PRESTATIONS

Lorsque la couverture sociale complémentaire couvre l'incapacité de travail et l'invalidité, la convention ou l'accord collectif, l'accord ratifié par référendum ou la décision unilatérale de l'employeur constatée par un écrit doivent organiser la poursuite de la revalorisation des indemnités journalières complémentaires ou des rentes d'invalidité en cours de service. Normalement, le taux de revalorisation de ces prestations est celui appliqué à l'ensemble du groupe.

L'article 7 de la loi Évin avait posé le principe du maintien des rentes au niveau qu'elles avaient atteint à la date de résiliation du contrat, faisant peser sur l'organisme assureur dont le contrat était résilié la charge du service des rentes au niveau atteint.

L'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale fait reposer sur l'entreprise le soin de négocier avec les organismes assureurs concernés la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service. Celle-ci pourra donc être prise en charge soit par l'organisme assureur quitté, soit par le nouvel organisme assureur. Dans le premier cas, elle fera l'objet d'un avenant au contrat, dans le second cas, elle constituera une des clauses du nouveau contrat.

LE MAINTIEN DE LA GARANTIE DÉCÈS

Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement pour des risques décès, incapacité de travail et invalidité, la couverture du risque décès doit être maintenue aux assurés en arrêt de travail y compris après la résiliation du contrat.

Article 7-1 de la Loi Évin

Comme dans le cas précédent, l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale laisse à l'entreprise le soin d'organiser les modalités de ce maintien, soit avec l'organisme assureur quitté en prévoyant explicitement dans le contrat qui a été souscrit avec ce dernier que la résiliation du contrat est sans effet sur le maintien de la garantie décès aux personnes en arrêt de travail ou en invalidité à cette date, soit avec le nouvel organisme assureur en insérant dans le nouveau contrat une clause particulière.

Cet article prévoit, enfin, que la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

Le principe est donc celui de la poursuite, au moins aux mêmes conditions, du dispositif retenu initialement.