



Avec les Nuls, tout devient facile!

L'Assurance

POUR LES NULS

- ✓ Le principe de l'assurance et les points clés du contrat
- ✓ La couverture des biens
- ✓ La protection des personnes
- ✓ Les démarches à effectuer en cas de sinistre

Laurence de Percin

Auteur de Préparer sa retraite pour les Nuls



L'Assurance

POUR
LES NULS

L'Assurance

POUR
LES NULS

Laurence de Percin

FIRST
 Editions

L'Assurance pour les Nuls

© Éditions First, 2010, publiée en accord avec Wiley Publishing, Inc.
« Pour les Nuls » est une marque déposée de Wiley Publishing, Inc.
« For Dummies » est une marque déposée de Wiley Publishing, Inc.

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'Auteur ou de ses ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

ISBN : 978-2-7540-1073-3

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2010

Ouvrage dirigé par Benjamin Arranger

Correction : Correctif


Illustrations : De Visu

Dessins humoristiques : Marc Chalvin

Mise en page : ReskatoЯ

Fabrication : Antoine Paolucci

Production : Emmanuelle Clément

Imprimé en France par CPI Hérissé à Évreux 

Éditions First

60, rue Mazarine

75006 Paris – France

Tél. : 01 45 49 60 00

Fax : 01 45 49 60 01

E-mail : firstinfo@efirst.com

Inernet : www.editionsfirst.fr

À propos de l'auteur

Laurence de Percin est journaliste de presse écrite et auteur sur tous les sujets de droit pratique : consommation, emploi, création d'entreprise, protection sociale, retraite, fiscalité, etc. Outre des articles pour différents journaux, magazines et sites internet, elle rédige depuis plusieurs années la rubrique juridique du magazine de l'Apec, *Courrier cadres*. Elle est aussi l'auteur de nombreux guides pratiques, dont *Face au décès, comment faire ?* (Vuibert, 2004), *Partir travailler et vivre à l'étranger* (Vuibert, 2006), *Donations et successions* (Eyrolles, 2006), *Fonctionnaire : comment le devenir ?* (Vuibert, 2006), *Concubinage, Pacs ou mariage, que choisir ?* (Vuibert, 2007) ou *Téléphonie, Internet, télévision, comment s'y retrouver ?* (Vuibert, 2009).

Dans la même collection, Laurence de Percin est également l'auteur de *Créer sa boîte pour les Nuls* (First, 2007) et de *Préparer sa retraite pour les Nuls* (First, 2009).

Sommaire

Introduction	1
À propos de ce livre	2
Les conventions utilisées dans ce livre	2
Comment ce livre est organisé	3
Première partie : Le b.a.-ba de l'assurance	3
Deuxième partie : L'assurance auto et moto	3
Troisième partie : L'assurance multirisque habitation	4
Quatrième partie : Les assurances individuelles	4
Cinquième partie : La protection sociale obligatoire	5
Sixième partie : Les assurances collectives	5
Septième partie : La partie des Dix	6
Huitième partie : Annexes	6
Les icônes utilisées dans cet ouvrage	6
Et maintenant, par où commencer?	7
 Première partie : Le b.a.-ba de l'assurance	 9
Chapitre 1 : Tour d'horizon de l'assurance en France aujourd'hui	11
La structure de l'assurance en France	11
Les sociétés d'assurances	12
Les mutuelles d'assurances	13
Les institutions de prévoyance	13
Les instances dirigeantes du secteur de l'assurance française	14
L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles	16
Le Fonds de garantie des assurances de personnes	17
Le Fonds de garantie des assurances obligatoires	17
Les chiffres clés de l'assurance en France	18
La place de l'assurance automobile	20
L'assurance des autres biens	24
Le poids des catastrophes naturelles	25
Les assurances de personnes	26
Chapitre 2 : Le principe de l'assurance	31
Les assurances sociales obligatoires	31
Les différentes branches d'assurance obligatoire	32
Les régimes d'assurances sociales obligatoires du secteur privé	35
Les régimes d'assurance sociale obligatoire du secteur public	38



Le régime des étudiants	39
Les assurances privées obligatoires	39
L'assurance de la responsabilité civile	40
L'assurance des véhicules terrestres à moteur	41
L'assurance scolaire	41
Les assurances individuelles facultatives	42
Les assurances pour protéger la personne ou la « famille »	43
Les assurances emprunteur	43
Chapitre 3 : Le contrat d'assurance	45
Souscrire un contrat d'assurance	45
Quel assureur choisir?	45
La proposition d'assurance	46
La fiche d'informations	46
La note de couverture	46
Le contrat d'assurance définitif	47
L'attestation d'assurance	47
La prise d'effet des garanties	47
La durée et les possibilités de résiliation du contrat	48
Les obligations de l'assuré	48
Payer ses primes d'assurance	48
Remplir les conditions fixées par le contrat	50
Tenir son assureur informé de sa situation	51
Déclarer le sinistre dans les délais	52
Les obligations de l'assureur	52
Les litiges et les possibilités de médiation	53
L'assureur résilie le contrat	53
Le refus d'assurance	54
Les possibilités de médiation en assurance	56

Deuxième partie : L'assurance auto et moto 59

Chapitre 4 : Les règles générales de l'assurance auto et moto	61
L'assurance minimale obligatoire	61
La responsabilité civile des conducteurs	62
Les autres risques couverts	64
Les amendes en cas de défaut d'assurance	66
Les assurances facultatives	67
L'assurance individuelle du conducteur	67
La protection juridique du contrat auto ou moto	75
La garantie défense recours	75
Le principe du bonus-malus	76
Le coefficient de bonus	76
Le coefficient de malus	77

Les majorations de malus	78
Que devient mon bonus quand... ..	79
Les justificatifs d'assurance	80
L'attestation d'assurance	80
Le certificat d'assurance	81
Chapitre 5 : Bien choisir un contrat d'assurance auto ou moto	83
Du tiers au tous risques, comment choisir?	83
Les clauses et les exclusions	86
Le prix de l'assurance auto ou moto	87
Les critères de fixation des tarifs	87
Annulation de permis et assurance	91
Le principe de la franchise	91
Les franchises selon les sinistres	92
Les différents modes de calcul des franchises	93
S'assurer sur mesure	94
La conduite exclusive	94
L'utilisation du véhicule à titre onéreux	94
La conduite occasionnelle	94
S'assurer en tant que jeune conducteur	95
L'assurance au kilomètre	96
Si le véhicule ne circule jamais	96
Assurer un véhicule de collection	97
L'assurance auto ou moto en voyage	97
Assurer un quad	98
L'assurance pour participer à des compétitions ou des rallyes	99
L'assurance pour un rallye auto ou moto	100
Chapitre 6 : Les accidents et les indemnisations	103
Les accidents de la circulation	103
Remplir un constat amiable	103
En cas de carambolage : un constat par accident	108
L'accident avec un véhicule étranger	109
L'indemnisation des dommages matériels	109
L'évaluation des réparations	111
Si le véhicule est très endommagé	111
L'indemnisation des dommages corporels	114
La convalescence	114
L'indemnisation du conducteur blessé	114
Le vol du véhicule	116
Le véhicule n'est pas retrouvé dans les 30 jours	116
Le véhicule est retrouvé dans les 30 jours	116
Le véhicule est retrouvé plus de 30 jours après le vol	117
Le vol des clés de voiture	117

Troisième partie : L'assurance multirisque habitation 119**Chapitre 7 : Les règles générales de l'assurance habitation 121**

Qui doit s'assurer?	121
Vous êtes locataire	121
Vous êtes propriétaire	124
Les procédures en cas de sinistre	127
La déclaration de sinistre	127
L'évaluation des biens	130

Chapitre 8 : Les garanties du contrat d'assurance multirisque habitation 133

La garantie vol et l'assurance des objets précieux	133
Les dommages couverts	134
La garantie vandalisme	135
L'importance des circonstances	135
La clause d'inhabitation	136
Les exigences de l'assureur en matière de sécurité	137
Après un cambriolage : les démarches	137
Le dégât des eaux	139
Déclaration et constat	140
Le gel des canalisations	142
Les dommages non remboursés	142
La garantie tempête, neige, grêle	143
Les sinistres couverts	143
Les dommages exclus de la garantie	144
Les catastrophes naturelles	146
L'importance de l'arrêté interministériel	146
Les délais de déclaration du sinistre	147
Les franchises fixées par la loi	147
La prévention des risques naturels	148
Les catastrophes technologiques	148
Les circonstances	149
Les biens indemnisés	150
Les procédures d'expertise	150
La garantie incendie-explosion	151
La perte des denrées dans les congélateurs	152
Le bris de glace	152
Les émeutes et mouvements populaires	153
Les attentats et les actes de terrorisme	154
L'indemnisation des dommages aux biens	155
L'indemnisation des dommages corporels	155

Chapitre 9 : La garantie responsabilité civile et la protection juridique de l'assurance multirisque habitation 159

L'assurance responsabilité civile	159
Les personnes assurées par le contrat multirisque habitation	160
Les dommages couverts	160
Les dommages exclus de la garantie	161
La responsabilité des « aides bénévoles et momentanées »	162
Les bénéficiaires de l'indemnisation	162
La protection juridique de l'assurance multirisque habitation	163
Les litiges concernés	164
Les limites et les exclusions	164
Les modalités de fonctionnement	166

Quatrième partie : Les assurances individuelles 169

Chapitre 10 : L'assurance vie 171

Le principe de l'assurance vie	171
Assurance, épargne... ..	171
... et placement financier	172
Les supports d'investissement de l'assurance vie	172
La souscription du contrat d'assurance vie	173
Le choix de l'assureur	173
Les obligations de l'assureur vie	175
Le fonctionnement d'un contrat d'assurance vie	177
Les primes	177
Les intérêts produits	178
Les frais	178
Les possibilités de rachat	179
Le dénouement d'un contrat d'assurance vie	179
La sortie en rente	179
La sortie en capital	180
La fiscalité à la sortie d'un contrat d'assurance vie	180
Assurance vie et transmission de patrimoine	182
Le choix du bénéficiaire du contrat	182
L'acceptation du bénéficiaire	183
Les droits de succession	183
La question des contrats non réclamés	184

Chapitre 11 : L'assurance décès 185

L'assurance temporaire décès	185
Le principe	185
La souscription du contrat	186
Les cotisations	187

Les possibilités de rachat	187
Zoom sur l'assurance décès d'un crédit	187
L'assurance décès « vie entière »	189
Le principe	189
Les possibilités de rachat	190
Les garanties incapacité et invalidité de l'assurance décès	190
L'incapacité temporaire de travail (ITT)	191
L'invalidité permanente totale (IPT)	192
La perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	192
Les circonstances exclues des contrats d'assurance décès	193
Chapitre 12 : Les autres possibilités d'assurance individuelle	195
Les assurances pour les voyages	195
L'assurance multirisque habitation en voyage	196
L'assurance auto ou moto française en voyage	197
Les assurances des cartes bancaires internationales	200
Assistance ou assurance?	201
L'assurance annulation	202
Une nouveauté : l'assurance météo	203
L'assurance des bagages	203
Les problèmes de santé en voyage	204
Les contrats d'assistance	205
L'assurance des accidents de la vie	206
Les accidents pris en charge	207
L'indemnisation	208
Combien coûte l'assurance des accidents de la vie?	208
L'assurance pour préparer sa retraite	208
Le plan d'épargne retraite populaire (Perp)	209
Les contrats de retraite « Madelin »	210
L'assurance chômage volontaire	211
L'assurance chômage dans le cadre d'un crédit	211
L'assurance chômage des travailleurs indépendants	212
L'assurance dépendance	218
Qu'est-ce que la dépendance?	218
Les différents types de contrat d'assurance dépendance	221
Les garanties proposées	222
Combien coûte l'assurance dépendance?	223
Les conditions d'âge et de santé	224
Les délais de carence et de franchise	224
L'assurance obsèques	225
Deux types de contrat	225
La souscription du contrat obsèques	226

Cinquième partie : Les assurances sociales obligatoires 229

Chapitre 13 : L'assurance maladie 231

Bénéficiaires et prise en charge	231
Le parcours de soins coordonnés	232
La carte Vitale	233
L'assurance maladie pour les enfants	234
L'assurance maladie des étudiants	234
Les frais remboursés par l'assurance maladie	237
Le ticket modérateur	238
Le principe du tiers payant	239
Les participations forfaitaires	239
Les taux de remboursement	243
Le régime local de l'Alsace et de la Moselle	247
L'assurance maladie française à l'étranger	248
Vous partez en Europe	248
Vous partez hors d'Europe	248

Chapitre 14 : L'assurance maternité 251

La prise en charge de la maternité en France	251
Conditions et modalités selon les régimes	252
Le congé de maternité des salariées	252
Le congé de maternité des professions indépendantes	254
Le congé de maternité des exploitantes agricoles	259
Le congé de paternité	261
Congés parentaux et allocations familiales	261
Le congé parental des salariés	261
Le complément de libre choix d'activité	262
Le complément « optionnel » de libre choix d'activité	265

Chapitre 15 : L'assurance invalidité et décès des régimes sociaux 267

L'assurance invalidité liée au travail	267
L'assurance invalidité des salariés du secteur privé	268
L'assurance invalidité des travailleurs indépendants	271
L'assurance invalidité des agriculteurs	273
L'assurance invalidité des fonctionnaires civils	274
L'assurance invalidité des militaires	275
L'assurance décès des régimes obligatoires	279
L'assurance décès des salariés du secteur privé	279
L'assurance décès du RSI	280
L'assurance décès des professions libérales	282
L'assurance décès des fonctionnaires civils	282
L'assurance décès des militaires	283

Chapitre 16 : L'assurance chômage obligatoire des salariés 287

Les salariés concernés	287
Dans le secteur privé	288
Les salariés du secteur public	288
Le montant des allocations chômage	289
L'allocation de retour à l'emploi (ARE)	290
Démission et droit aux allocations chômage	291
Le montant de l'allocation de retour à l'emploi	293
Les cotisations fiscales et sociales sur les allocations chômage	294
La durée d'indemnisation	294
Les autres allocations chômage	295
La prime de 500 €	295
L'allocation équivalent retraite	296
L'allocation de préretraite licenciement	296
Le dispositif Cats	298
Les allocations de solidarité	300

Chapitre 17 : L'assurance retraite des régimes obligatoires 305

L'assurance retraite des salariés du secteur privé	308
La retraite de base	308
La retraite complémentaire des salariés	310
L'assurance vieillesse des travailleurs indépendants	311
L'assurance vieillesse du RSI	312
La retraite des professions libérales	314
Le régime des agriculteurs	318
L'assurance retraite des fonctionnaires	319
La durée d'assurance	319
Le montant de la pension	319
La retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP)	319

Sixième partie : Les assurances collectives pour la santé et la prévoyance 321**Chapitre 18 : Les assurances complémentaires santé 323**

Les avantages des complémentaires santé	323
Contrat collectif, contrat individuel	324
Les complémentaires santé d'entreprise	326
La négociation annuelle obligatoire	327
L'obligation d'information des salariés	327
Les avantages des complémentaires santé d'entreprise	327
Les frais remboursés	328
Le principe du contrat « responsable »	329
La question de la fin du contrat de travail	331
Bien choisir sa complémentaire santé	332

Les différents niveaux de couverture	332
Les tarifs des contrats	332
Les taux de remboursement	333
Comment comparer?	334
Les éléments pour choisir sa complémentaire santé	334
Les délais de carence	335

Chapitre 19 : La prévoyance collective 337

Le principe de la prévoyance collective	337
À quoi ça sert?	338
Les avantages des contrats de prévoyance collective	338
Le régime spécial des cadres	339
La garantie arrêt de travail des contrats de prévoyance collective	339
La garantie invalidité des contrats de prévoyance collective	341
La garantie décès	342
Et la garantie dépendance?	343
Les contrats de retraite d'entreprise	343
Les contrats de retraite « catégoriels »	344
La retraite à prestations définies (article 39 du CGI)	345
La retraite à cotisations définies	346
L'épargne salariale et l'épargne retraite	350
Les accords collectifs de participation et d'intéressement	350
L'abondement de l'entreprise	352
Les plans d'épargne salariale	353
Les plans d'épargne entreprise (PEE) ou interentreprise (PEI)	354
Le plan d'épargne retraite collectif (Perco)	355
Le plan d'épargne retraite d'entreprise (PERE)	357
Le plan d'épargne retraite populaire (Perp)	357
Les frais liés à la gestion de l'épargne salariale	359
L'épargne retraite des fonctionnaires	360

Septième partie : La partie des Dix 363

Chapitre 20 : Les contrats d'assurance en dix points clés 365

L'assurance permet de couvrir un risque	365
Le risque doit être « assurable »	366
Le contrat est la preuve que l'assuré est couvert	366
La proposition d'assurance	366
Les conditions du contrat	367
La note de couverture	367
La prise d'effet du contrat	367
Les obligations de l'assuré	368
Les obligations de l'assureur	368
Les possibilités de résiliation	368

Chapitre 21 : Les dix choses à savoir en cas de litige entre l'assuré et l'assureur	369
L'assureur augmente les cotisations	369
L'assuré demande une extension de ses garanties	370
L'assuré demande une diminution de ses garanties	370
L'assuré fait une fausse déclaration non intentionnelle	371
L'assuré cesse de verser ses primes	371
L'expertise préalable	372
La contre-expertise	372
L'assuré est responsable d'un grave sinistre	373
Le refus d'assurance	373
Le médiateur des assurances	373

Huitième partie : Annexes **375**

Annexe A : Lexique	377
---------------------------	------------

Annexe B : Modèles de lettres	381
--------------------------------------	------------

Annexe C : Références réglementaires et législatives	391
---	------------

La responsabilité civile	391
Les obligations de l'assureur et de l'assuré	392
Les pays membres du système Carte verte	393
Valeur du point d'indice des pensions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre	397

Annexe D : Carnet d'adresses	399
-------------------------------------	------------

Les institutions de l'assurance	399
L'assurance maladie obligatoire	400
Les mutuelles des fonctionnaires	400
Les mutuelles étudiantes	400
L'assurance chômage	401
L'assurance chômage obligatoire des salariés	401
L'assurance chômage volontaire	401
L'assurance retraite	402

Index	403
--------------	------------

Introduction

Il y a les assurances obligatoires et les assurances facultatives ; celles qui sont gérées par l'État et celles qui dépendent du secteur privé. Comment ça marche ? Combien ça coûte ? À qui s'adresser pour souscrire un contrat ? Que faire en cas de sinistre ? Comment s'en sortir en cas de litige ? Autant de questions qui nécessitent des réponses claires, précises et concises.

Le principe de l'assurance n'est pourtant pas très compliqué : l'assureur propose un contrat à l'assuré, par lequel ce dernier commence par verser des primes régulières. En échange de quoi, lorsque le sinistre, l'incident ou l'accident redouté se produit, l'assureur rembourse à l'assuré ses soins ou ses réparations.

De cette relation simple découlent ensuite toutes sortes de questions :

- ✓ Que doit contenir le contrat ?
- ✓ Que ne peut-il ou ne doit-il pas contenir ?
- ✓ Comment sont fixées les primes d'assurance par rapport aux risques à couvrir ?
- ✓ Quelles sont les obligations des assurés ?
- ✓ Y a-t-il des délais à respecter pour déclarer un sinistre ?
- ✓ Comment sont calculées les indemnisations ?
- ✓ Peut-on les remettre en cause et comment ?
- ✓ Peut-on modifier son contrat ?
- ✓ Comment changer d'assureur ?

À quoi s'ajoute la législation, qui a rendu obligatoires au fil des années toutes sortes d'assurances pour couvrir de plus en plus de risques : les risques sociaux (maladie, maternité, invalidité, chômage, décès et bientôt peut-être la dépendance), les risques civils (si l'on blesse autrui, il faut le dédommager), les risques automobiles, sans parler des risques climatiques et technologiques et de multiples autres.

Tant et si bien que l'assurance est progressivement devenue un labyrinthe dans lequel les assurés se perdent dès qu'il leur arrive quelque chose et alors qu'ils pensent s'être prémunis en versant des cotisations et des primes.

Pour en sortir, il convient d'abord de retenir quelques grands préceptes : être capable de différencier soi-même ce qui est obligatoire de ce qui est facultatif, comparer les offres entre elles, savoir utiliser les possibilités offertes aujourd'hui par Internet et, par-dessus tout, lire le contrat (jusqu'à la dernière ligne!) avant de le signer.

Pour tout le reste, la lecture de ce livre devrait vous suffire...

À propos de ce livre

L'Assurance pour les Nuls examine une à une toutes les grandes familles de contrats d'assurance : responsabilité civile, automobile et deux-roues, multirisque habitation, une très grande partie des possibilités d'assurances individuelles facultatives (assurance vie et décès, assurance voyage, crédit, accidents de la vie, chômage, retraite, dépendance, obsèques), ainsi que l'ensemble des assurances sociales obligatoires, les complémentaires santé et la prévoyance de groupe ou d'entreprise.

L'objectif de ce livre est d'expliquer à la fois comment fonctionnent les garanties de ces contrats, les possibilités ou non d'indemnisation, mais aussi les démarches en cas de litige.

Vous y trouverez également des conseils pour adapter au mieux vos contrats d'assurance à vos besoins :

- ✓ En choisissant l'assureur qu'il vous faut ;
- ✓ En étudiant bien toutes les clauses des contrats d'assurance ;
- ✓ En faisant la chasse aux doublons, qui coûtent cher et ne servent quasiment jamais.

Bref, ce livre se veut un outil très efficace pour être un assuré averti.

Les conventions utilisées dans ce livre

Ce livre indique les chiffres disponibles les plus récents au moment de sa rédaction. Au besoin, le lecteur est invité à vérifier si ces données sont toujours valables auprès de l'administration concernée ou de son assureur ; il pourra encore se rendre sur les sites internet mentionnés dans le carnet d'adresses, à la fin de l'ouvrage, pour accéder aux données en vigueur au moment de la lecture.

Comment ce livre est organisé

L'Assurance pour les Nuls s'ouvre sur un panorama complet du marché de l'assurance en France aujourd'hui. Puis il développe les particularités de chaque grande famille de contrats : assurances de biens, assurances de personnes, assurances obligatoires et facultatives pour protéger sa famille, ses loisirs, sa santé, ses revenus.

Première partie : Le b.a.-ba de l'assurance

Le marché de l'assurance occupe aujourd'hui une place prépondérante dans l'économie française. Le premier chapitre de cette partie en dresse un panorama complet, à savoir les sociétés qui y évoluent et leurs instances de régulation, mais aussi les chiffres clés de plusieurs grandes familles de contrats : l'assurance automobile, l'assurance des dommages aux biens des particuliers (qui indemnise notamment les dégâts provoqués par les tempêtes) et l'assurance des personnes (santé, prévoyance, obsèques). Sans oublier l'assurance vie et l'assurance décès, qui sont aussi, ne l'oublions pas, des contrats d'assurance.

Le chapitre 2 est consacré au principe de l'assurance lui-même, divisé en deux catégories : les assurances obligatoires et les assurances facultatives ou optionnelles. Chaque famille se subdivise ensuite entre les assurances destinées à couvrir les biens – le logement, les meubles, les véhicules et tous les autres objets plus ou moins précieux – et les assurances chargées de protéger les personnes. Celles-ci recouvrent d'abord la notion de protection ou de sécurité sociale, mais aussi les questions de prévoyance ou d'accidents de la « vie ». Enfin et surtout, nous y étudions la couverture, tout à fait fondamentale, de la responsabilité civile.

Le chapitre 3 est consacré au contrat d'assurance lui-même : sa forme, ce qu'il doit contenir et les obligations qu'il impose, en particulier à l'assuré.

Cette partie se conclut sur les litiges éventuels entre assureur et assuré, et les possibilités de médiation.

Deuxième partie : L'assurance auto et moto

Avant de prendre le volant ou le guidon d'un véhicule « terrestre à moteur », auto ou moto, pour conduire sur la voie publique, la souscription d'un contrat d'assurance est une obligation légale absolue. L'objectif est de pouvoir garantir au moins la responsabilité civile du conducteur, pour qu'il puisse indemniser les dommages matériels ou corporels qu'il pourrait causer à autrui, piéton ou véhicule. Cette assurance minimale obligatoire est l'objet

du chapitre 4, qui détaille également l'ensemble des possibilités d'assurances facultatives, non obligatoires certes, mais pour certaines fortement conseillées, comme l'assurance du conducteur et celle de son véhicule.

C'est aussi dans ce chapitre que nous étudions en détail le fonctionnement du bonus-malus en assurance (qui, comme chacun sait, n'a rien à voir avec le bonus-malus écologique, mais il est toujours bon de le rappeler!).

Le chapitre 5 est consacré aux conseils qui permettront à tout conducteur de souscrire un contrat à la mesure exacte de ses besoins d'assurance : conduite occasionnelle, exclusive, débutante, sportive, etc.

Enfin, le chapitre 6 est consacré aux sinistres automobiles, à la manière de les déclarer et aux possibilités d'indemnisation, notamment les accidents de la circulation et le vol du véhicule ou de ses accessoires.

Troisième partie : L'assurance multirisque habitation

Pour un particulier, l'assurance multirisque habitation est LE contrat d'assurance de sa vie quotidienne : non seulement il protège son logement et tous les biens qu'il contient, mais en plus il protège sa responsabilité civile et celle de sa famille. C'est en effet ce contrat qui couvre tous les dommages causés par l'un ou l'autre de ses membres. Fondamental, donc.

Le chapitre 7 étudie d'abord les règles générales de ce type d'assurance : les obligations des locataires, celles des propriétaires et des copropriétaires, ainsi que les procédures en cas de sinistre.

Après quoi le chapitre 8 passe en revue toutes les garanties que recouvre l'appellation de « multirisque habitation » : le vol, les dégâts des eaux, les catastrophes naturelles ou technologiques, l'incendie, le bris de glace, etc.

Le chapitre 9 détaille les garanties de la responsabilité civile, de la protection juridique et la garantie défense recours, incluses dans l'assurance multirisque habitation : à quoi ça sert ? comment ça marche ?

Quatrième partie : Les assurances individuelles

Parallèlement aux contrats d'assurance qui protègent les biens, d'autres assurances servent à protéger les personnes. Leur domaine d'intervention est très vaste, puisqu'elles peuvent couvrir les assurés et leur famille de leur plus jeune âge à leur décès.

Les plus connus sont l'assurance vie, qui compte tenu de sa très grande popularité et de ses spécificités fait l'objet d'un chapitre complet : le chapitre 10. Le chapitre 11 quant à lui est entièrement consacré à l'assurance décès, que l'on confond souvent avec l'assurance vie. À tort, vous allez le comprendre.

Vient ensuite le chapitre 12, qui détaille toutes les autres possibilités d'assurance individuelle, destinées à couvrir absolument tous les aspects de la vie quotidienne : les voyages, les accidents de la vie, la préparation de la retraite, le chômage, la dépendance et même les obsèques.

Cinquième partie : La protection sociale obligatoire

Les assurances obligatoires ne concernent pas seulement la responsabilité civile, les logements ou les véhicules. Elles concernent aussi tous les risques que l'on appelle « sociaux » : maladie, maternité, chômage, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité, retraite.

Bien que ce ne soit pas (encore) les compagnies d'assurances qui en sont chargées, ce sont bien des assurances obligatoires pour tous les actifs français. Des travailleurs que les différents régimes de sécurité sociale appellent d'ailleurs des « assurés » sociaux.

Le rôle de cette protection sociale obligatoire, hier comme aujourd'hui, est tout à fait fondamental, en particulier pour atténuer les chocs économiques que traverse régulièrement la société. À chacune est donc consacré un chapitre entier de cette cinquième partie, pour passer en revue les personnes qu'elles couvrent réellement, et sur quelle base se font les indemnisations.

Sixième partie : Les assurances collectives

Voici la partie des « mutuelles », ou plutôt des assurances complémentaires santé et de prévoyance. Elles auraient pu être étudiées juste après les assurances individuelles, mais comme leur rôle est surtout de venir compléter, voire parfois épauler les régimes de sécurité sociale, elles sont traitées juste après les assurances sociales obligatoires.

En outre, ce sont en général des contrats de groupe, dont le fonctionnement est donc assez proche de l'assurance maladie ou de l'assurance retraite obligatoire.

Septième partie : La partie des Dix

Tous les livres « Pour les Nuls » se terminent traditionnellement par un ensemble de courts chapitres, résumant dix idées et quelques conseils pratiques. Vous pouvez vous y reporter si au cours de votre lecture vous avez besoin d'une ou plusieurs réponses à certaines interrogations que vous aurez à ce moment-là. Vous pouvez aussi vous en servir comme un rappel des notions importantes à retenir en matière d'assurance.

Huitième partie : Annexes

Comme tout bon ouvrage de référence, ce livre comporte des annexes. Celles-ci s'ouvrent sur un lexique destiné à éclairer le vocabulaire de l'assurance, qui n'est pas toujours évident. Puis vous trouverez quelques modèles de lettres, pour simplifier vos échanges avec votre assureur.

Vous pouvez aussi y consulter quelques textes de référence de la réglementation, notamment en ce qui concerne la responsabilité et les obligations de l'assuré.

La partie se clôt par un carnet d'adresses, qui permet d'approfondir ses connaissances, en consultant notamment les sites internet des différents organismes cités dans le livre.

Les icônes utilisées dans cet ouvrage

Des icônes placées dans la marge vous permettront tout au long de ce livre de repérer d'un coup d'œil le type d'informations proposées selon les passages, les encadrés, les tableaux... Elles peuvent ainsi guider votre lecture selon vos envies.



Ce symbole signale un problème délicat, une confusion possible, une question importante à régler rapidement.



Guettez cette icône, elle indique des cas expliqués en détail.



Vous souhaitez approfondir tel ou tel aspect de la réglementation ? Cette icône signale une référence ou un chiffre à connaître.



Cette icône pointe les éléments à retenir et les bons conseils venus du terrain.

Et maintenant, par où commencer ?

Chaque partie, et même chaque chapitre, peut être prise indépendamment des autres, de manière à répondre à n'importe quelle interrogation et à n'importe quelle logique particulière.

Ainsi, ceux qui préparent un voyage à l'étranger commenceront par lire le chapitre 12, sur les assurances en voyage, ou le chapitre 5, s'ils partent à l'étranger avec leur voiture ou à moto. Ou encore le chapitre 13, sur l'assurance maladie française en Europe.

Ceux qui souhaitent souscrire un contrat d'assurance vie liront d'abord le chapitre 10. Quant aux jeunes conducteurs qui viennent d'avoir leur premier petit accrochage, ils ouvriront tout de suite le livre au chapitre 6...

Et puis il y a ceux qui n'ont pas d'*a priori* : ils pourront donc simplement suivre la table des matières telle qu'elle leur est proposée ici.

Le seul objectif que tous devront partager, c'est d'avoir fait le tour des questions d'assurance qui les préoccupent, pour pouvoir profiter de la vie en sachant que, quoi qu'il arrive, ils trouveront sûrement le contrat d'assurance dont ils ont besoin.

Première partie

Le b.a.-ba de l'assurance



Dans cette partie...

Le principe de l'assurance est assez simple : les versements des assurés permettent de constituer un fonds, qui sert à indemniser un assuré lorsqu'il lui arrive quelque chose, si le sinistre est couvert par son contrat d'assurance.

Sur cette racine commune, au gré des développements de nos sociétés humaines, a poussé un arbre aux multiples ramifications, issues de tous les nouveaux risques, qui ont engendré de nouveaux besoins de protection.

C'est ce que nous allons voir dans cette partie, après un premier chapitre consacré au poids économique considérable du marché de l'assurance en France aujourd'hui. Notamment en matière d'assurance automobile, d'assurance dommages et d'assurance vie (qui est aussi un contrat d'assurance).

Le chapitre 2 est consacré au principe de l'assurance lui-même, que l'on peut diviser en deux grandes branches : les assurances obligatoires et les assurances facultatives ou optionnelles. Chaque branche se divise ensuite entre les assurances destinées à couvrir les biens – le logement, les meubles, les véhicules et tous les autres objets plus ou moins précieux – et les assurances chargées de couvrir les personnes. Celles-ci recouvrent d'abord la notion de protection ou de sécurité sociale, mais aussi les questions de prévoyance ou d'accidents de la vie. Enfin, et surtout, nous étudierons l'assurance, tout à fait fondamentale, de la responsabilité civile.

Le chapitre 3 est consacré au contrat d'assurance lui-même : sa forme, ce qu'il doit contenir et les obligations qu'il impose à l'assuré mais aussi à l'assureur.

Cette partie se conclut sur les litiges éventuels entre assureur et assuré et les possibilités de médiation.

Chapitre 1

Tour d'horizon de l'assurance en France aujourd'hui

Dans ce chapitre :

- La structure et les grandes instances de l'assurance en France
 - Les chiffres clés de l'assurance
 - La protection sociale
 - La prévoyance
-

L'assurance française se place au troisième rang européen, derrière la Grande-Bretagne et l'Allemagne, et au cinquième rang mondial, derrière les États-Unis, le Japon, la Grande-Bretagne et l'Allemagne.

C'est un marché fortement concurrentiel : un millier de sociétés ou de groupes y interviennent. La France se caractérise également par la variété de ses réseaux de distribution, parmi lesquels règne aussi une forte concurrence : agents généraux et courtiers d'assurances, bureaux des sociétés sans intermédiaires, réseaux bancaires.

La structure de l'assurance en France

Trois grandes « familles » d'organismes sont autorisées à opérer sur le marché français de l'assurance. Il s'agit des :

- ✓ Sociétés d'assurances régies par le Code des assurances ;
- ✓ Mutuelles d'assurances qui relèvent du Code de la mutualité ;
- ✓ Institutions de prévoyance, réglementées par le Code de la sécurité sociale et dans certains cas le Code rural.

Les sociétés d'assurances

Les sociétés d'assurances opérant sur le marché français sont des sociétés anonymes ou de sociétés d'assurance mutuelle. Sociétés de capitaux, elles ont vocation à réaliser des bénéfices et à les redistribuer à leurs actionnaires. Au nom de l'équité actuarielle, elles proposent des tarifs différenciés qui peuvent varier selon l'âge, le sexe, le lieu d'habitation ou le risque que présente l'assuré, mesuré par le questionnaire médical.

Sur le marché français de l'assurance peuvent également intervenir :

- ✓ Des sociétés étrangères en libre établissement disposant de succursales ;
- ✓ Des sociétés de l'Espace économique européen (EEE) autorisées à opérer en libre prestation de service (LPS), c'est-à-dire à proposer des contrats aux assurés français directement à partir de leur pays d'origine.



Les « sociétés d'assurance mutuelle » (par exemple Maaf, Macif, MMA) ne sont pas des mutuelles. Elles ont un statut de société civile sans but lucratif, mais elles sont régies par le Code des assurances.

Le nombre total de sociétés d'assurances en France ne traduit pas la réalité du marché, car un même groupe rassemble plusieurs entités juridiques. En particulier, lorsqu'il exerce les activités d'assurance de dommages et des activités d'assurance vie, il doit le faire au sein de deux entreprises juridiquement distinctes.

Tableau 1-1 : Nombre de sociétés d'assurances (fin 2007)

<i>Sociétés agréées en France</i>	<i>Vie</i>	<i>Mixtes</i>	<i>Dommages</i>	<i>Total</i>
Sociétés françaises	68	40	240	348
Succursales hors EEE	1	—	7	8
Succursales de l'EEE	16	2	87	105
Total des sociétés établies en France	85	42	334	461
Sociétés de l'EEE autorisées à opérer en France en libre prestation de service (LPS)	177	43	719	939

En 2007, les opérations de fusion et d'acquisition se sont poursuivies, concernant toujours des sociétés de taille moyenne ou petite. Des sociétés se sont également rapprochées pour mettre des moyens en commun.

Cependant, en France, la concentration dans l'assurance est inférieure à celle de la plupart des autres secteurs d'activité. Elle est comparable à la moyenne européenne du secteur de l'assurance :

- ✓ Les cinq premiers groupes consolidés représentent 50,5 % du marché français ;
- ✓ Les dix premiers représentent 78,9 %.

La concentration des sociétés est légèrement plus marquée en assurance vie qu'en assurances de dommages.

Les mutuelles d'assurances

En droit français, une mutuelle désigne une société de personnes à but non lucratif, immatriculée au Registre national des mutuelles et soumise aux dispositions du Code de la mutualité. Elle ne rémunère pas d'actionnaires et se finance essentiellement au moyen des cotisations de ses membres. Fondée sur la solidarité, elle ne sélectionne pas ses clients, en particulier selon des critères d'état de santé. En effet, son objet est d'établir une solidarité entre ses membres dans un domaine précis.



La société mutuelle a des points communs avec les sociétés coopératives et les associations loi 1901 : leurs clients (et parfois leurs employés) sont en même temps leurs associés. En revanche, elles ne sont ni un service public ni des sociétés commerciales ou des organismes caritatifs ou humanitaires : elles n'apportent un service ou une assistance qu'à leurs propres membres, dans la limite de leur participation.

Les sociétés mutuelles interviennent toujours par des prestations financières : prime, indemnisation, prêt. Ces domaines sont donc les mêmes que ceux des assurances commerciales, des caisses de retraite et du crédit bancaire.



Un certain nombre de sociétés d'assurances commerciales utilisent abusivement le terme de « mutuelle » pour désigner les contrats d'assurance complémentaires santé qu'elles commercialisent.

Les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes de droit privé. Elles sont régies par le Code de la sécurité sociale et sont soumises aux mêmes règles techniques que toute entreprise d'assurances.

Elles se différencient des autres intervenants – sociétés d'assurances et mutuelles – par leur gestion paritaire. Elles sont en effet créées par

accord entre les partenaires sociaux des entreprises ou des branches professionnelles. Elles fonctionnent sur la base d'une égalité de représentation entre eux. Leur conseil d'administration est constitué de représentants des employeurs et des salariés, réunis en collèges. Ensemble, ils partagent la responsabilité du suivi et de l'évolution des garanties et des services qu'elles proposent. Comme les mutuelles, elles exercent leur métier au seul profit de leurs participants (les entreprises) et de leurs adhérents (les salariés).



Jusqu'à la fin des années 1990, chaque corporation, voire chaque métier, avait sa propre institution de prévoyance, chargée essentiellement de gérer les questions de retraite complémentaire des salariés de sa branche d'activité.

Conscientes de devoir moderniser ce système relativement archaïque, les institutions se sont engagées dans un long processus d'unification. Les différentes caisses ont progressivement fusionné, pour former aujourd'hui un ensemble d'une vingtaine de grands groupes pluridisciplinaires en matière de protection sociale tels que Malakoff-Médéric, Vauban Humanis ou AG2R-La Mondiale. Ils proposent principalement des contrats collectifs en matière de santé, de retraite et de prévoyance (étudiés au chapitre 18).

Comme toute entreprise d'assurances, les institutions de prévoyance sont soumises à des obligations réglementaires en matière de provisionnement et de sécurité financière. Comme elles n'ont pas de capital à rémunérer, leurs résultats doivent servir à renforcer la sécurité de leurs engagements, à améliorer le niveau de leurs garanties et à financer leur développement. Elles peuvent aussi proposer des actions sociales.

Les instances dirigeantes du secteur de l'assurance française

Selon leur statut, les sociétés d'assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance sont regroupées en fédérations, qui elles-mêmes se réunissent pour former des instances destinées à établir des perspectives et à faire évoluer les offres par rapport aux besoins de la société et des assurés.

La Fédération française des sociétés d'assurances

La Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) a été créée en 1937. Son rôle est de représenter les intérêts des assureurs auprès de ses interlocuteurs, publics et privés, nationaux et internationaux.

En 2009, elle représentait 254 entreprises adhérentes, soit 90 % du marché français de l'assurance. Les 10 % restants correspondent à certaines des entreprises d'assurance mutuelle sans intermédiaires, adhérant au



Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema, voir ci-dessous), et à quelques sociétés qui n'adhèrent à aucune organisation professionnelle.

Les sociétés d'assistance, qui pratiquent une activité différente de l'assurance, adhèrent à une organisation professionnelle spécifique.

Les 254 entreprises adhérentes de la FFSA se répartissent ainsi : 161 sociétés anonymes françaises ; 52 sociétés françaises d'assurance mutuelle ; 41 succursales de sociétés étrangères.

À noter pour finir que la FFSA est aussi une instance de concertation avec ses différents partenaires. L'évaluation des risques repose en partie sur ses études de l'ensemble du marché et elle participe à la réflexion sur les grands enjeux de société.

Enfin, elle est une source importante d'information de l'assurance, par le biais du Centre de documentation et d'information de l'assurance (CDIA).

Le Gema

Créé en 1964, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema) est le syndicat professionnel des mutuelles d'assurances qui répondent aux valeurs et principes mutualistes : sociétés de personnes à but non lucratif, sans capital social ni actionnaires à rémunérer. Leurs sociétaires sont individuellement assurés et collectivement assureurs, et ils participent aux assemblées générales selon le principe : un homme, une voix.

Les 50 adhérents du Gema assurent plus de 23,1 millions de personnes en assurance de dommages (auto, habitation) et plus de 3,8 millions de personnes en assurance vie.

L'Association française de l'assurance

L'Association française de l'assurance (AFA) a été créée en juillet 2007, de la volonté commune de la FFSA et du Gema d'assurer ensemble une meilleure représentativité du secteur de l'assurance, sur les sujets d'intérêt commun.

Les principaux sujets abordés au sein de l'AFA sont par exemple : le dommage corporel, les catastrophes naturelles, le changement climatique, le développement durable, la prévention routière, la protection sociale (notamment les questions de santé et de dépendance), la protection juridique, le projet de statut de mutuelle européenne, la formation, les réformes comptables.

Toutefois, les membres fondateurs, FFSA et Gema, conservent leur indépendance, leur structure, leur organisation et leurs spécificités.

La Mutualité française

C'est ainsi qu'on appelle couramment la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Sa création remonte à 1902. Elle regroupe aujourd'hui la quasi-totalité des mutuelles de santé de France, soit 823 mutuelles, qui assurent 38 millions de Français. Elle gère aussi 2 200 services de soins et cliniques.

La FNMF est organisée en Unions départementales (UD), qui gèrent ces centres de soins, et en Unions régionales (UR), qui assurent la promotion de la santé. Chaque échelon a aussi un rôle de représentation du mouvement à son niveau territorial.



En janvier 2002, la Fédération des mutuelles de France (FMF), qui regroupe des mutuelles plus militantes, a adhéré à la Fédération nationale de la mutualité française. Cet acte marque la réunification du mouvement mutualiste en France.

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) est une autorité publique indépendante, créée en 2003 pour contrôler les sociétés du secteur de l'assurance. Elle analyse les risques et les perspectives des organismes d'assurances pour le compte de l'État, pour vérifier la capacité des sociétés à remplir à tout moment leurs engagements envers les assurés.



L'Acam est l'un des trois piliers de la régulation du secteur financier français, avec la Commission bancaire et l'Autorité des marchés financiers.

Elle peut être amenée à préconiser des recommandations ou des mesures de sauvegarde, et en cas d'urgence à prendre des mesures de redressement et, si nécessaire, à appliquer des sanctions. Elle bénéficie d'une indépendance, assurée par la loi, d'une autonomie financière et de larges pouvoirs d'investigation.

Par ailleurs, l'Acam joue un rôle d'information auprès des assurés. Son département de droit du contrat et des relations avec les assurés peut être sollicité à tout moment par toute personne en situation de litige avec un organisme assureur.

La plupart des saisines proviennent de particuliers, mais aussi d'associations de consommateurs, de conciliateurs de justice, de notaires, voire d'assureurs ou d'intermédiaires d'assurances. L'objectif est de faire respecter les droits des assurés.

Le Fonds de garantie des assurances de personnes

Le FGAP a été créé en 1999 par la loi, pour faire face à l'éventuelle défaillance d'une société d'assurances de personnes, pour les assurés. L'adhésion au FGAP est obligatoire pour toutes les entreprises d'assurances de personnes régies par le Code des assurances agréées en France, y compris les entreprises étrangères non communautaires pour leurs opérations en France.

La décision de recourir au FGAP appartient à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam).

Lorsqu'elle estime qu'une société d'assurances n'est plus en mesure de faire face à ses engagements envers les assurés et qu'elle a épuisé les moyens dont elle dispose, elle saisit le FGAP, et la société concernée en informe chaque assuré. L'Acam lance ensuite un appel d'offres pour la reprise du portefeuille de l'entreprise en difficulté, afin d'éviter sa liquidation. Si la procédure de transfert n'aboutit pas, les assurés sont indemnisés à la demande du liquidateur par un versement du Fonds à leur profit, à hauteur de 70 000 €. Ce montant s'élève à 90 000 € pour les rentes de prévoyance (décès, incapacité, invalidité).

Le Fonds de garantie des assurances obligatoires

Depuis 2003, il s'appelle Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO). Auparavant, il s'appelait Fonds de garantie automobile (FGA). Mais son objet n'a pas beaucoup changé depuis qu'il a été créé, en 1951 : il sert à indemniser les victimes, lorsque l'assureur de la partie adverse fait défaut. Dans les accidents de la circulation, pour que le Fonds puisse intervenir, les dommages subis par la victime doivent résulter d'un accident dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur en circulation (sur le sol et non sur rails), une personne ou même un animal.

- ✓ Pour les véhicules terrestres à moteur, l'accident doit survenir en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- ✓ Pour les personnes et les animaux, l'accident doit se produire dans un lieu ouvert à la circulation publique (les lieux privés sont donc exclus), en France métropolitaine, dans les Dom, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon (les autres collectivités d'outre-mer sont exclues de la compétence du FGAO dans ce cas).

Pour faire une demande d'indemnisation, les victimes doivent justifier que le responsable de l'accident n'a pas pu être identifié, qu'il n'est pas assuré ou que son assureur est insolvable.

Elles doivent également justifier que l'accident ne donne droit à aucune indemnisation à un autre titre.

Les chiffres clés de l'assurance en France

Le chiffre d'affaires du secteur de l'assurance en France s'est nettement replié en 2008, du fait de la crise économique et financière. Le chiffre d'affaires directes, hors réassurance, affiche une baisse de 6,4 %. Un coup d'arrêt lié à celui de l'assurance de personnes, qui pèse environ les trois quarts des revenus de la profession et affiche un recul de 8,9 %. Principale activité de l'assurance de personnes, l'assurance vie a connu un exercice difficile, marqué notamment par une collecte divisée quasiment par deux (– 47,5 %).

Tableau 1-2 : Les chiffres clés de l'assurance française en 2007 et 2008 (en milliards d'euros)

	2007	2008
Chiffre d'affaires	195,4	183,3
– Assurances de personnes	151,6	138,5
– Assurances de biens et responsabilité	43,8	44,8
Prestations attribuées aux assurés	170,9	154,8
– Assurance aux personnes	139,5	123,6
– Assurances de biens et responsabilité	31,4	31,2
Versements au titre de la protection sociale	17,7	19,6
Actifs gérés par les sociétés d'assurances	1 491,1	1 409,4
– Investissements en actions	365	255
– Investissements dans les PME innovantes	22	25,6

Source : FFSA.

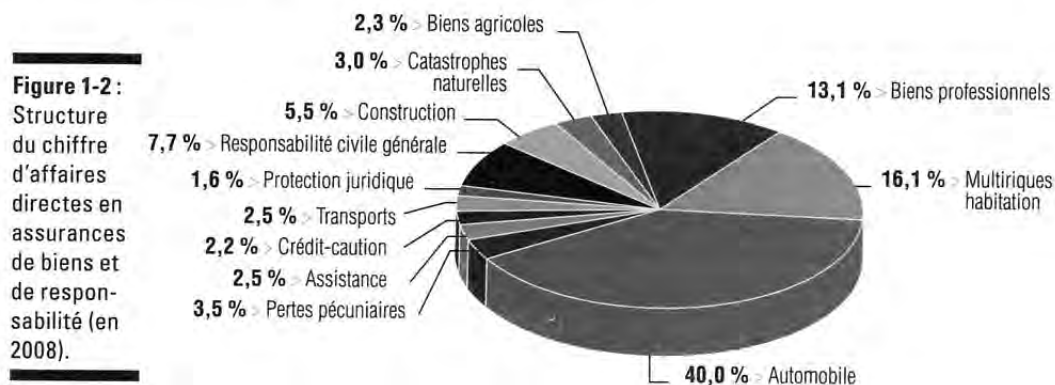
L'aggravation de la crise financière a massivement détourné de l'assurance vie les Français, qui lui ont préféré des produits à plus court terme, comme le livret A. Les contrats d'assurance vie dits « en unités de compte », dont les performances dépendent davantage des marchés financiers que les

traditionnels contrats en euros, ont fait les frais de cette désaffection, avec des cotisations en baisse de 41 %.



Source : FFSA.

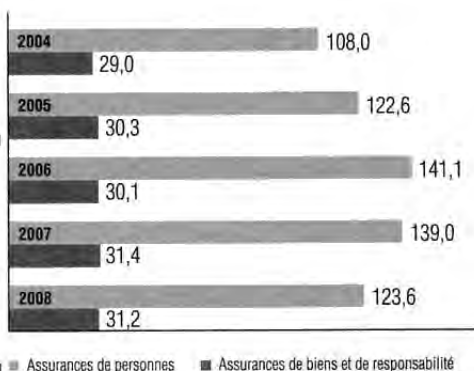
L'assurance de biens et de responsabilité, ou assurance dommages, a tout de même fait preuve d'une certaine résistance, avec un chiffre d'affaires en hausse de 2,5 %. La croissance est largement assurée par l'assurance habitation, qui augmente de 6,4 % et compense, pour partie, le fort ralentissement de l'assurance construction (+ 0,2 % contre + 8,9 % en 2007) et la modeste progression de l'assurance auto (+ 1 %).



Source : FFSA.

Durant l'année 2008 et les six premiers mois de 2009, le montant des prestations est également en baisse par rapport à l'année précédente.

Figure 1-3 :
Évolution
des sommes
attribuées
aux assurés
(en milliards
d'euros).

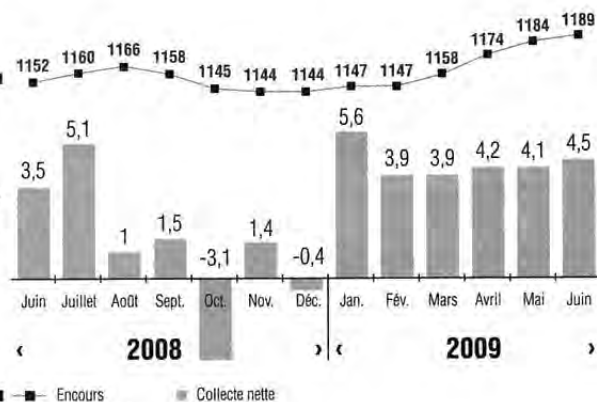


Source : FFSA.

Pourtant, la collecte nette cotisations/prestations reste positive : fin juin 2009, elle s'établissait à 27,1 milliards d'euros, soit une progression de 19 % par rapport au premier semestre 2008.

À la même date, l'encours des contrats d'assurance vie et de capitalisation était également en progression de 3 % sur un an.

Figure 1-4 :
Collecte nette
(cotisations-
prestations)
et encours
(affaires
directes)
en milliards
d'euros.



Source : FFSA.

La place de l'assurance automobile

Le chiffre d'affaires de l'assurance automobile – 17,9 milliards d'euros en 2008 – représente 40 % de l'ensemble des cotisations des assurances de dommages aux biens et de responsabilité civile.



Dans un environnement marqué par la résistance du secteur automobile bénéficiant de la prime à la casse, le marché de l'assurance automobile reste proche de la stabilité.

En matière d'assurance automobile, les sociétés d'assurances (avec intermédiaires) représentent 43 % du marché, les mutuelles 36 %, les « bancassureurs » 8 % et les assurances directes 4 %.

Les véhicules bien assurés

À parc automobile constant, l'année 2008 se caractérise par une légère hausse des cotisations automobiles (+ 0,3 %) après deux années de baisse.

Avec 6,8 milliards d'euros de cotisations (en baisse de 0,6 % par rapport à 2007), la couverture obligatoire de la responsabilité civile représente 38 % des cotisations de l'assurance automobile.

Quant aux cotisations liées aux garanties facultatives, elles augmentent de 2 % en 2008. Cette hausse traduit l'augmentation des souscriptions de ces garanties facultatives. Ainsi, le taux de couverture de la garantie dommages au véhicule atteint 62 % des véhicules en 2008.

Tableau 1-3 : Niveau de cotisations moyennes HT selon les différentes garanties (en 2008)

	<i>Cotisation moyenne (en euros)</i>	<i>Taux de souscription de la garantie</i>
Ensemble des garanties	423 €	–
<i>Dont :</i>		
Responsabilité civile	141 €	100 %
Dommages tous accidents	182 €	62 %
Vol et incendie	46 €	82 %
Bris de glace	40 €	89 %

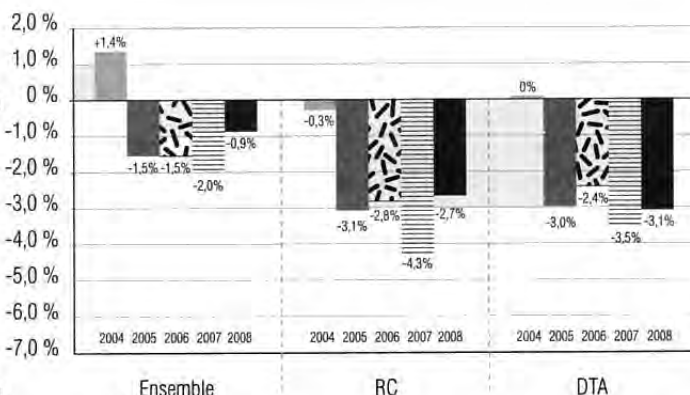
Source : FFSA.

Pour la quatrième année consécutive, la prime moyenne de la garantie responsabilité civile (RC dans le graphique) est en baisse : – 2,7 % en 2008 et – 4,3 % en 2007). La même tendance est observée pour la garantie dommages tous accidents (DTA dans le graphique), dont la prime moyenne baisse de 3,1 % en 2008.



Cette diminution s'est traduite par des baisses de tarif pratiquées depuis quatre ans par les sociétés d'assurance automobile.

Figure 1-5 :
Évolution
des coti-
sations
moyennes
selon les
différentes
garanties
(en 2008).



Source : FFSA.

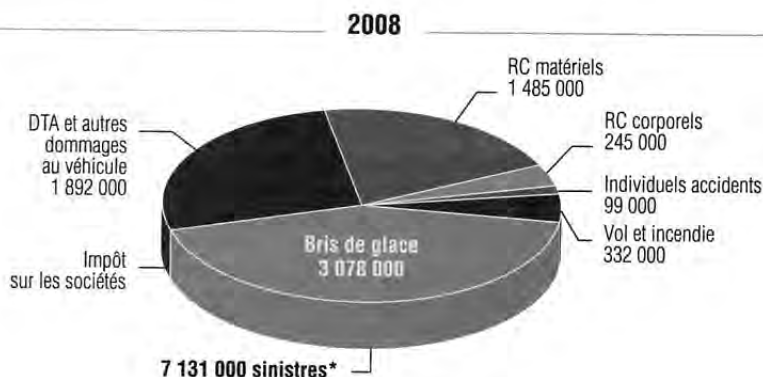
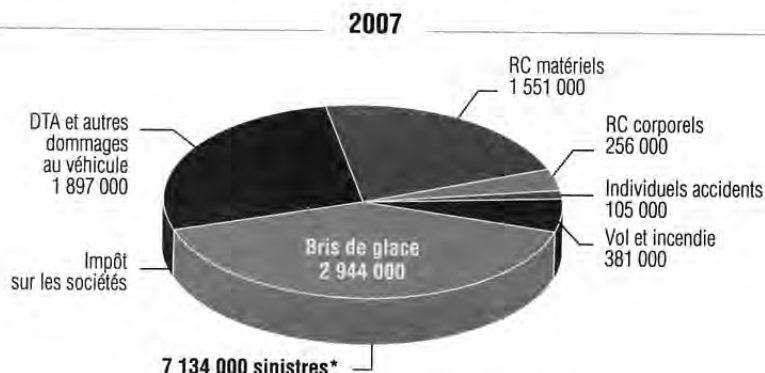
Les sinistres automobiles : accidents, vol, bris de glace

En 2008, près des deux tiers des assurés avaient un bonus de 50 % (c'est-à-dire la réduction maximale). Et, globalement, 97 % de la population des assurés avaient un bonus, quel que soit le coefficient.

L'année 2008 a aussi montré une baisse sensible de la fréquence des sinistres automobiles, qu'il s'agisse des sinistres purement matériels (- 4,9 %) ou des sinistres corporels (- 5 %).



L'origine de cette amélioration est due essentiellement à la baisse de la circulation enregistrée en 2008, conséquence directe du prix très élevé des carburants sur le premier semestre 2008.



* calculé à partir du parc au 1^{er} juillet des véhicules 2 et 4 roues

Figure 1-6 :
Estimation
du nombre
de sinistres
avec suite*.

Source : FFSA.

Cependant, le bénéfice de la baisse du nombre de sinistres a été partiellement atténué par la hausse de leur coût. Le coût moyen des sinistres bris de glace enregistre ainsi une hausse sensible de 3 %, traduisant l'évolution technologique des pare-brise et la hausse du coût des matières premières. À quoi s'ajoute une tendance à la hausse du coût moyen des sinistres corporels, qui est de l'ordre de 6,5 % par an sur les dix dernières années. Seul le coût moyen des sinistres de responsabilité civile matériels est en baisse (-2,6 %).



En 2008, les vols de voiture ont baissé de 13 %. En revanche, le pourcentage des véhicules non retrouvés s'est sensiblement détérioré. Il est à son niveau le plus élevé depuis dix ans, avec 48,1 % des véhicules volés en 2008, soit plus de 77 000 véhicules (selon le ministère de l'Intérieur).

En 2009, le montant des sinistres reste en forte dégradation : les indemnités sont en hausse de 8 %.

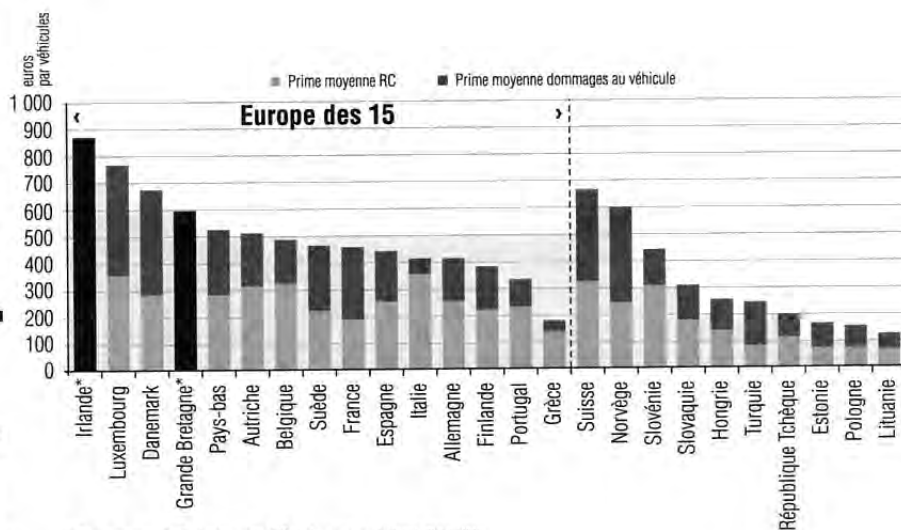
En outre, le début d'année a connu un climat très rigoureux et de violentes averses de grêle qui ont endommagé de nombreux véhicules en mai. De ce fait, la fréquence de bris de glace est en hausse de 9 %.

Par ailleurs, en matière de sécurité routière, alors que le nombre de morts était en baisse constante, la tendance s'est inversée au cours de l'été 2009. Ainsi, sur les huit premiers mois de 2009, le nombre de morts a augmenté de 0,2 %, selon l'Observatoire interministériel de la sécurité routière. Un relâchement des comportements, la baisse des prix du carburant et une reprise de la circulation en sont les principales raisons.

Le niveau des primes d'assurance automobile

En matière d'assurance automobile en France, la prime moyenne globale se situait ces dernières années aux environs de 450 € par véhicule. Sur ce critère, la France arrive en neuvième position des pays de l'Union européenne. En ne prenant en compte que les garanties de responsabilité civile, la France est le pays dont la prime moyenne est la plus faible, à l'exception de la Grèce.

Figure 1-7 :
Prime
moyenne
d'assurance
automobile
en 2005 en
Europe.



*Pour ces pays, la distinction entre RC et dommages n'est pas disponible.

Source : CEA 2005.

L'assurance des autres biens

Dans la continuité des années 2006 et 2007, le total des cotisations dommages aux autres biens des particuliers, essentiellement couverts

par les contrats multirisques habitation, progresse de 6,4 % en 2008, pour atteindre 7,2 milliards d'euros.

Tableau 1-4 : Répartition des garanties au sein des contrats multirisques habitation (en 2007)

<i>Dommage</i>	<i>Répartition</i>
Incendie	22 %
Dégâts des eaux	20 %
Vol	16 %
Responsabilité civile	13 %
Catastrophes naturelles	10 %
Tempête, grêle, neige	9 %
Bris de glace	3 %
Dommages électriques	3 %
Autres	4 %

Source : FFSA.

Grâce à des conditions climatiques plutôt favorables, la fréquence des sinistres sur les principales garanties de l'assurance multirisque habitation a d'abord enregistré une baisse en 2008. De plus, l'été 2008 et le début de l'année 2009 ont été particulièrement marqués par plusieurs événements naturels de grande ampleur : 715 000 sinistres ont été déclarés par des particuliers ou des professionnels, pour un coût total de 1,5 milliard d'euros (selon les dernières estimations de la FFSA).

Le poids des catastrophes naturelles

34 milliards d'euros, c'est le coût des événements naturels indemnisés par les assureurs français de 1988 à 2007. Ces derniers distinguent deux types d'événements :

- ✓ Les événements « locaux » : fréquents, localisés et d'une intensité relative. Ils représentent 60 % des indemnités versées par les assureurs au titre des aléas naturels.
- ✓ Les événements « extrêmes », particulièrement dévastateurs, caractérisés par une très forte intensité et une faible fréquence. Ils représentent 40 % des indemnités versées par les assureurs, réparties de la manière suivante : 60 % pour les tempêtes, 20 % pour la sécheresse, 20 % pour les inondations.

Tableau 1-5 : Les catastrophes naturelles en France

<i>Année</i>	<i>Événement</i>	<i>Coût en euros</i>	<i>Période de retour estimée*</i>
1988	Inondations dans le Gard	521 millions	50 ans
1990	La tempête Daria balaie une grande partie de l'Europe occidentale	1,5 milliard	18 ans
1992	Inondations à Vaison-la-Romaine	381 millions	50 ans
1999	Les tempêtes Lothar et Martin	6,9 milliards	120 ans
2002	Inondations dans le Gard	810 millions	75 ans
2003	Inondations allant de la Loire aux Pyrénées, en passant par le Sud-Est et plus particulièrement Arles	769 millions	100 ans
2003	Canicule entraînant de nombreux dégâts aux bâtiments sur l'ensemble de la France	1,3 milliard	20 ans

* La « période de retour » correspond à la fréquence à laquelle les météorologues estiment qu'un tel événement peut se reproduire.

Source : FFSA.

Les assurances de personnes

En 2008, les cotisations d'assurances de personnes se sont établies à 138,5 milliards d'euros, en baisse de 9 % par rapport à 2007. Elles représentaient 76 % des cotisations de l'assurance française.

Responsabilité civile et protection juridique

La progression du chiffre d'affaires de l'assurance responsabilité civile, hors automobile, s'est poursuivie en 2008 (+ 3,3 %).

Quant à la protection juridique, les cotisations encaissées par les assureurs s'élèvent à 0,7 milliard d'euros, en progression de 13,9 %. Cette évolution devrait s'accroître dans les années à venir compte tenu de l'intérêt croissant que marquent les particuliers pour cette garantie qui facilite la résolution des conflits.

Tableau 1-6 : Les assurances de biens et de responsabilité (en 2008)

	<i>Cotisations 2008 en milliards d'euros</i>	<i>Variation en %</i>
Automobile	17,9	+ 1,0
Multirisque habitation	7,2	+ 6,4
Biens professionnels	5,9	+ 1,0
Bien agricoles	1,0	+ 8,5
Catastrophes naturelles	1,4	+ 0,6
Construction	2,5	+ 0,2
Responsabilité civile générale	3,4	+ 3,5
Protection juridique	0,7	+ 8,0
Transports	1,1	+ 5,1
Crédit-caution	1,0	+ 0,3
Assistance	1,1	+ 7,7
Pertes pécuniaires	1,6	+ 1,1
Total des affaires directes	44,8	+ 2,5

Source : FFSA.

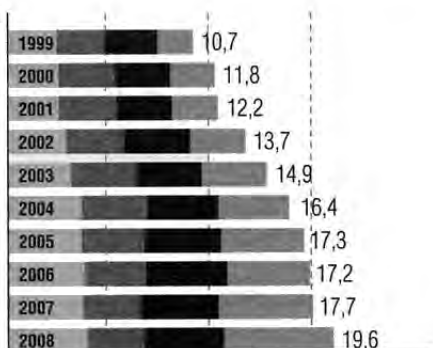
L'assurance complémentaire santé

Après trois années de ralentissement, la croissance des cotisations (+ 7 % entre 2007 et 2008) résulte de plusieurs facteurs : une progression du nombre des nouveaux assurés mais aussi des augmentations tarifaires, compte tenu du vieillissement de la population ainsi que des transferts du régime général.

À l'autre bout de la chaîne, les prestations versées par les assureurs atteignent 9,7 milliards d'euros à la fin de l'année 2008 : + 8 % en un an contre + 4 % en 2007 ; 5,9 milliards d'euros concernent les garanties soins de santé et 3,8 milliards les garanties incapacité, invalidité et dépendance.

Les prestations des sociétés d'assurances en matière de santé évoluent donc plus vite que les remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Figure 1-8 :
Prestations
versées au
titre de la
protection
sociale par
les sociétés
d'assu-
rances de
1999 à 2008
(en milliards
d'euros).



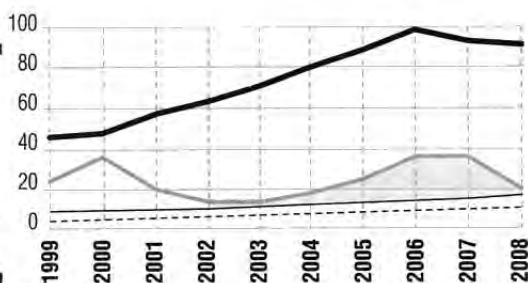
■ Frais de soins ■ Incapacité-invalidité ■ Décès ■ Retraite

Source : FFSA.

L'assurance vie et l'assurance décès

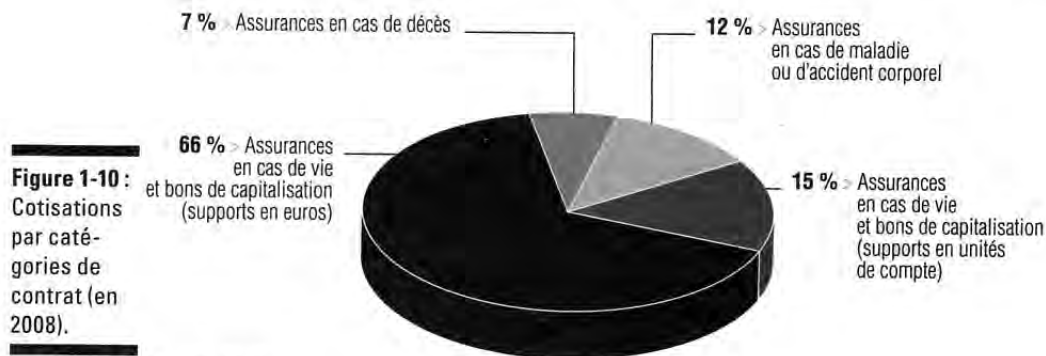
L'assurance vie représente aujourd'hui 35 % du patrimoine financier des ménages. Toutefois, la crise financière et économique a fait très nettement reculer le marché de l'assurance vie en 2008.

Figure 1-9 :
Évolution
des coti-
sations de
1999 à 2008
(en milliards
d'euros).



Source : FFSA.

- Assurances en cas de vie (support euros)
- Assurances en cas de vie (support unités de compte)
- Assurances en cas de maladie ou d'accident corporel
- Assurances en cas de décès



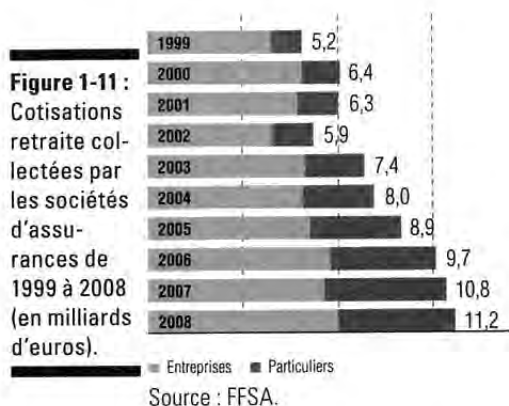
Source : FFSA.

L'assurance retraite

Compte tenu des évolutions démographiques, la baisse prévisible du montant de la retraite issu de ces régimes crée un besoin croissant d'assurances complémentaires. Les contrats de retraite proposés par les sociétés d'assurances ont pour objet de garantir, à partir de l'âge de la retraite, le versement d'un revenu régulier jusqu'au décès du retraité (ou de son conjoint, en cas de réversion). Ils peuvent être souscrits :

- ✓ Par les entreprises pour leurs salariés : contrats à prestations ou à cotisations définies, contrats en sursalaire, contrats d'indemnités de fin de carrière, plans d'épargne retraite d'entreprise (PERE) ;
- ✓ Par les particuliers : contrats relevant de la loi Madelin pour les indépendants, contrats retraite réservés à certaines professions (agriculteurs, fonctionnaires, etc.) et plans d'épargne retraite populaire (Perp).

En 2007, les sociétés d'assurances ont collecté 10,8 milliards d'euros au titre de ces contrats et versé 4,9 milliards d'euros à leurs assurés. Les assureurs prennent en charge environ 80 % des prestations retraite versées par l'ensemble des organismes complémentaires.



Pour les travailleurs indépendants, les contrats « Madelin » sont aussi en augmentation : fin 2008, le nombre d'adhésions nouvelles Madelin prévoyance s'établissait à 212 000, en progression de 10 % en un an. Le nombre total d'adhésions en cours atteint 1 396 000, en augmentation de 9 % en un an, et la collecte correspondante représente 1 180 millions d'euros, en hausse de 11 %.

L'assurance prévoyance, les contrats obsèques

Quant à l'assurance dépendance, que les assureurs appellent pudiquement la « prévoyance », à la fin de l'année 2008, elle couvrait (seulement) 1,9 million de personnes, soit un nombre en hausse de 4 % en un an. Une petite progression, identique à celle observée en 2007.

Les cotisations collectées en 2008 ont progressé de 9 % en un an et représentent un montant global de 387 millions d'euros. Quant au montant des prestations versées par les assureurs, il atteint 112 millions d'euros en 2008 et connaît une augmentation importante (+ 48 % en un an).

Enfin, s'agissant des contrats obsèques, fin 2008, près de 2,3 millions de contrats d'assurance obsèques étaient en cours dans les sociétés d'assurances (+ 11 % en un an), dont 357 400 contrats souscrits au cours de l'année 2008 seulement.

Le montant des cotisations collectées au cours de l'année 2008 atteint 857,3 millions d'euros, soit une progression de 8 % en un an, inférieure au taux exceptionnel de + 23 % enregistré en 2007.

Chapitre 2

Le principe de l'assurance

Dans ce chapitre :

- ▶ Les assurances sociales obligatoires
- ▶ Les assurances privées obligatoires
- ▶ Les assurances facultatives ou optionnelles

En France, certaines assurances sont rendues obligatoires par la loi : la protection contre les risques « sociaux » (maladie, accidents du travail, chômage, invalidité, vieillesse) et la protection contre le risque, pour chacun, de porter atteinte à autrui. C'est ce qu'on appelle la « responsabilité civile ».

Parallèlement, les assureurs proposent de multiples possibilités d'assurances facultatives, destinées à protéger tel ou tel risque individuel.

Les assurances sociales obligatoires

Depuis les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, qui ont institué le principe de la sécurité sociale pour tous les Français, le système de protection sociale repose sur cinq grands régimes et une dizaine de caisses autonomes. À cela s'ajoute un régime dit « de solidarité » – c'est-à-dire non lié au versement de cotisations par les assurés sociaux – et destiné aux personnes dans le besoin.

Cet ensemble couvre ainsi toute la population française sans exception, quel que soit le niveau de ressources individuel.

Les différentes branches d'assurance obligatoire

La protection sociale française est un arbre à trois branches : la branche maladie, la branche retraite et la branche famille. Elles sont gérées par différents régimes, selon le secteur d'activité de l'assuré social. À cela s'ajoutent plusieurs ramifications pour couvrir la maternité, le chômage, les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'invalidité, le décès.

La branche maladie maternité

C'est cette branche que les Français appellent généralement « la Sécu » (alors que la Sécurité sociale regroupe l'ensemble de la protection sociale des salariés du secteur privé en France). Pour les salariés de l'industrie, du commerce et des services, son nom officiel est désormais l'Assurance maladie.

Dans le monde agricole, c'est la Mutualité sociale agricole (MSA) qui en est chargée. Et le Régime social des indépendants (RSI) gère celle des « non non », les travailleurs non salariés, non agricoles (ces régimes sont étudiés plus loin dans ce chapitre).

Des mutuelles spécifiques quant à elles sont chargées par l'État de gérer l'assurance maladie maternité des fonctionnaires.

Quel que soit le régime de gestion, le principe de base est le même pour tout le monde : en cas de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tout actif doit pouvoir rester chez lui, à se soigner et à se reposer, sans travailler pendant un certain temps.

Pour cela, les assurés et leurs entreprises versent une cotisation obligatoire calculée sur la base de leurs revenus d'activité. Et lorsque l'assuré tombe malade, l'assurance maladie prend en charge ses soins et ses médicaments.

Par ailleurs, sous certaines conditions de durée de cotisations, elle lui verse aussi une indemnité journalière, destinée à remplacer provisoirement sa rémunération, puisque celle-ci est suspendue le temps de sa convalescence.

L'assurance maladie obligatoire est étudiée en détail au chapitre 13.



Début 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un classement des systèmes de santé, pays par pays. Le système français était classé à la première place. À titre de comparaison, les États-Unis occupaient le 37^e rang.

Parallèlement, ce sont aussi les caisses d'assurance maladie qui gèrent l'assurance maternité. Elles prennent donc en charge les examens pré- et postnataux de la mère et de l'enfant. Et si la mère exerce une activité, selon

les conditions propres à chaque régime, la caisse lui verse une indemnité journalière pour remplacer son revenu durant le congé de maternité (c'est l'objet du chapitre 14).

La branche retraite

Les régimes sociaux français ont tous une branche retraite, qui gère également en partie le décès. Elle est désormais obligatoire pour tous les actifs sans exception, y compris pour les conjoint, concubin ou partenaire de pacs des travailleurs indépendants (artisan, commerçant ou agriculteur, par exemple), même s'ils ne participent que bénévolement à l'activité.

À quelques exceptions près, tous les régimes ont deux piliers :

- ✓ Une assurance vieillesse de base, comptabilisée par trimestres de cotisations ;
- ✓ Une assurance vieillesse complémentaire, comptabilisée par points acquis au cours de la carrière.



Les pensions de retraite françaises peuvent être versées partout dans le monde, quel que soit le lieu de résidence.

Le principe de l'assurance vieillesse obligatoire est détaillé au chapitre 17. Les possibilités d'assurance volontaire pour améliorer sa retraite sont traitées aux chapitres 12 sur les assurances individuelles et 19 sur la prévoyance de groupe.

La branche famille

Contrairement aux autres assurances sociales, les aides à la famille ne sont pas forcément liées au versement de cotisations. Chaque année, sous le contrôle de l'État, un budget est attribué à la branche famille pour verser les aides dont elle a la charge, *via* les différents régimes de protection sociale.

Dans le secteur privé, par exemple (hormis le secteur agricole), cette branche est gérée par la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) et les caisses d'allocations familiales (CAF) installées dans les départements. Ces caisses sont des organismes de droit privé qui assurent une mission de service public régie par le Code de la sécurité sociale.

Comme son nom l'indique, la branche famille est en charge des aides aux familles ; mais pas seulement. C'est aussi elle qui verse les aides au logement et les aides à la réinsertion sociale.

Les aides à la famille

C'est ce que les Français appellent les « allocs ». Pour tout le monde en France, actif ou non, français ou étranger, à partir de la naissance ou de l'adoption du

deuxième enfant, la caisse verse en effet une aide forfaitaire mensuelle non imposable. Cette aide s'appelle les « allocations familiales ».

Elles sont versées à toutes les familles résidant en France, sans condition de nationalité ou de revenu. Pour y avoir droit, il faut juste résider habituellement en France et avoir à charge une famille de plus de deux enfants. D'où sa très grande notoriété : aux yeux de tous, les allocations familiales sont un exemple de solidarité nationale envers les familles vivant en France.

Par ailleurs, cette fois en fonction des revenus du foyer, les caisses d'allocations familiales peuvent aussi verser d'autres prestations familiales.

Ce sont, par exemple, des aides au moment de l'arrivée d'un bébé ou d'un jeune enfant dans un foyer :

- ✓ Prime à la naissance;
- ✓ Allocation de base;
- ✓ Complément de libre choix du mode de garde;
- ✓ Complément de libre choix d'activité.

Pour les familles modestes ou démunies, elles peuvent ajouter d'autres prestations comme :

- ✓ Le complément familial;
- ✓ L'allocation de rentrée scolaire;
- ✓ L'allocation journalière de présence parentale;
- ✓ L'allocation de soutien familial.

Enfin, les caisses d'allocations familiales s'occupent de la future retraite des parents qui restent à la maison pour garder eux-mêmes leurs enfants. Et elles peuvent pallier les problèmes de recouvrement de pension alimentaire entre parents divorcés.

Les aides au logement

Les aides au logement – l'allocation logement et l'aide personnalisée au logement – sont réservées aux familles modestes et aux jeunes aux ressources très faibles.

Les caisses peuvent aussi leur verser une prime en cas de déménagement. Et elles peuvent accorder des prêts pour aider les ménages modestes à financer l'entretien ou la rénovation de leur logement.

La solidarité et l'insertion

Ce sont aussi les caisses d'allocations familiales qui versent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation adulte handicapé.

En matière d'aide à l'insertion, la CAF verse la Prime de retour à l'emploi et les Prêts jeunes avenir. Et comme c'est également elle qui gère le Revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation parent isolé, c'est donc elle qui s'occupe désormais du Revenu de solidarité activé (RSA).

Le financement de la protection sociale

Depuis 1945, il a connu de nombreuses modifications. Le principe de départ veut que les cotisations sociales soient assises sur la masse salariale, avec une part versée par l'assuré et une autre versée par son entreprise. C'est aujourd'hui encore la principale ressource des régimes.

Le problème est que, au fil des années, les données ont changé. La démographie s'est inversée : moins d'actifs, plus d'inactifs (chômeurs et retraités notamment). À cela se sont ajoutées les crises économiques successives, qui déséquilibrent chaque fois un peu plus la gestion des régimes. Et met périodiquement tout le système en péril.

C'est pourquoi, à partir de 1993, la loi a institué d'autres sources de recettes. Au départ, elles devaient être provisoires, mais elles tendent à devenir définitives...

- ✓ La contribution sociale généralisée (CSG) et quelques autres taxes fiscales, assises non seulement sur l'ensemble des revenus d'activité, mais aussi sur les revenus du patrimoine et dans une moindre mesure sur les revenus de remplacement (retraites, indemnités de maladie, de chômage, etc.);
- ✓ La contribution sociale de solidarité à la charge des entreprises et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), instituées en 1996.

Quant à leur taux de prélèvement, au départ il était quasi symbolique, mais il s'alourdit lui aussi d'année en année, pour faire face aux dépenses de plus en plus lourdes.

Les régimes d'assurances sociales obligatoires du secteur privé

Dans le secteur privé, l'assurance sociale repose sur deux grandes institutions que l'on ne présente plus : la Sécurité sociale et la MSA. La troisième, le RSI, est un peu moins connue, car toute récente.

Le régime général de la Sécurité sociale

L'honorable institution, qui a fêté ses 60 ans en 2005, est, en quelque sorte, une fierté française. Elle assure la couverture sociale de toutes les personnes salariées de l'industrie, du commerce et des services. Ce qui représente un peu plus de 16 millions de personnes, sans compter leur famille et leurs proches à charge, qu'elle appelle dans son jargon des ayants droit.

Parallèlement, une très grande partie de la solidarité nationale repose aussi sur elle. C'est pourquoi, en France, le « trou de la Sécu » est aussi célèbre que « la Sécu » elle-même.

Le rôle des Urssaf

Les Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales ont été créées en 1960. Elles représentent en fait une quatrième branche de la Sécurité sociale : celle, tout à fait cruciale, du recouvrement.

Ce sont les Urssaf qui se chargent donc de recueillir toutes les cotisations patronales et salariales, CSG, CRDS, prélèvements, taxes et autres ressources destinées à financer la protection sociale obligatoire : les soins médicaux, allocations familiales, indemnités d'accident du travail, chômage, retraites, etc.

Pour cela, la branche dispose d'un réseau de 101 Urssaf en métropole, quatre caisses générales de Sécurité sociale pour les départements d'outre-mer et une caisse spéciale réservée au régime des marins (voir pages suivantes).

L'objectif est de transférer le plus rapidement possible aux régimes sociaux concernés les ressources collectées auprès des cotisants, soit près de 6,5 millions de comptes cotisants.

Parallèlement, compte tenu de son efficacité redoutable – et redoutée! –, le réseau des Urssaf s'est progressivement vu confier le recouvrement des recettes d'organismes tels que :

- ✓ L'Ircem, qui gère la retraite complémentaire des salariés à domicile;
- ✓ Le Fonds de solidarité vieillesse;
- ✓ La Caisse d'amortissement de la dette sociale;
- ✓ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie;
- ✓ Les autorités organisatrices de transport;
- ✓ L'Unédic, chargée de la gestion de l'assurance chômage jusqu'en 2012.

À compter de cette date, les ANPE et les Assedic auront fini de fusionner dans le nouveau Pôle emploi. Les Urssaf assureront donc toujours le recouvrement des cotisations d'assurance chômage, mais pour le compte de l'assurance chômage redéfinie.



L'Acos

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est la caisse nationale des Urssaf. C'est un établissement public national à caractère administratif créé en 1967, en même temps que l'organisation de la Sécurité sociale en quatre branches autonomes.

L'Acos assure à la fois la gestion commune et centralisée des ressources et de la trésorerie, et l'individualisation de la trésorerie de chacune des branches.

En 2007, les Urssaf et l'Acos ont encaissé 331,2 milliards d'euros. Pour 100 € encaissés, le coût du recouvrement était de 0,34 €.



La Mutualité sociale agricole (MSA)

C'est le deuxième régime de protection sociale français. Il gère l'ensemble de la couverture sociale des actifs du monde agricole, qu'ils soient salariés, chefs d'exploitation ou aides familiaux.

Lorsque la Sécurité sociale a été créée, en 1945, la MSA a été maintenue, car elle avait déjà une belle longueur d'avance : les premières assurances sociales agricoles ont en effet été instituées dès 1900, grâce à plusieurs lois qui ont rendu obligatoire la protection des salariés agricoles, pour prendre en charge leurs risques sociaux : maternité, maladie, vieillesse, décès.

À partir de 1940, la MSA s'est vu attribuer la mission de gérer l'ensemble des risques sociaux, non plus seulement des salariés mais aussi des exploitants agricoles. Pour ces derniers, l'assurance vieillesse telle qu'ils la connaissent aujourd'hui date de 1952, l'assurance maladie de 1961, l'assurance accidents de 1966.

Ainsi, sur toutes les questions de sécurité sociale obligatoire, la MSA est donc le seul et unique interlocuteur de l'ensemble de la population agricole (exploitants, salariés, conjoints, enfants et aides familiaux).

C'est un organisme à la fois de recouvrement des cotisations et de versement des prestations : maternité, allocations familiales, chômage, maladie, accidents du travail, invalidité, retraite et décès.

Le Régime social des indépendants (RSI)

Le RSI est un régime obligatoire de sécurité sociale auquel sont rattachées toutes les personnes exerçant, à titre personnel, une activité artisanale, commerciale, industrielle ou libérale, ainsi que certains dirigeants ou associés de société.

Il gère l'ensemble de leur protection sociale obligatoire, sauf l'assurance vieillesse, invalidité et décès des professions libérales, qui reste gérée de manière autonome par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, la CNAVPL).



Le RSI couvre près de 5 millions d'assurés sociaux ainsi que leurs ayants droit, c'est-à-dire leur conjoint, concubin ou compagnon de pacs, et leurs enfants.

Créé par une ordonnance du 31 mars 2005 et opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2006, le Régime social des indépendants est donc le régime français de protection sociale le plus récent. Il est issu de la fusion de trois régimes qui géraient jusque-là les assurances maladie maternité de tous les indépendants (sauf les agriculteurs, nous venons de le voir), ainsi que les assurances vieillesse, invalidité, décès des commerçants, industriels et artisans. Ces régimes, qui ont fusionné pour former le RSI, sont :

- ✓ Canam, la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes ;
- ✓ Organic, l'Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce ;
- ✓ Cancava, la Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale.

Bien sûr, si les caisses ont fusionné, les régimes eux-mêmes n'ont pas été modifiés. L'objectif de la réforme était seulement de simplifier la gestion administrative de la couverture sociale des indépendants. Par conséquent, les droits qu'ils ont acquis dans chaque régime avant 2005 ont été intégralement conservés. De même, le calcul des cotisations et le versement des prestations n'ont pas été modifiés. **Truc !**



Depuis le 1^{er} janvier 2008, le RSI est devenu l'interlocuteur social unique pour l'ensemble de la protection sociale des indépendants de l'industrie, du commerce et de l'artisanat. En effet depuis cette date, le RSI a repris à son compte le recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la CSG et de la CRDS des commerçants, artisans et industriels. Dans les faits, ce sont les Urssaf qui s'en chargent au nom et pour le compte du RSI.

Les régimes d'assurance sociale obligatoire du secteur public

Dans le secteur public, les assurances sociales sont obligatoires de la même manière que dans le privé, mais les risques sociaux ne sont pas tous gérés de manière homogène.

La Mutuelle de la fonction publique

Pour la maladie et la maternité, c'est la Mutuelle de la fonction publique (MFP) qui gère le régime obligatoire de plus de 1,4 million de fonctionnaires.

Elle fédère en fait 30 mutuelles obligatoires, qui se répartissent la protection sociale des trois fonctions publiques : nationale, territoriale et hospitalière.

Par ailleurs, c'est aussi la Mutuelle de la fonction publique qui assure la gestion du régime d'assurance santé complémentaire. Cette branche est composée de 19 mutuelles, dont les adhérents (1,1 million) sont fonctionnaires. Comme toutes les complémentaires santé, elles sont facultatives et proposent un ensemble de prestations couvrant tous les aspects de leur vie et de celle de leur famille.

Les régimes publics de retraite

L'assurance vieillesse obligatoire des fonctionnaires : une dizaine de régimes en sont chargés selon que les assurés appartiennent à la fonction publique nationale civile ou militaire, territoriale, hospitalière.

Enfin, une dizaine de régimes « spéciaux » assurent la protection sociale obligatoire des salariés qui travaillent dans une entreprise publique ou semi-publique (RATP, SNCF, etc.).

Le chapitre 17 est consacré entièrement à l'assurance vieillesse des Français.

Le régime des étudiants

Dès leur inscription dans une faculté, une grande école, une classe préparatoire, dans un institut universitaire ou en BTS, les élèves entrent dans le régime étudiant. Ce régime se compose de deux « piliers » :

- ✓ Un régime obligatoire : le Centre 617, gère les mutuelles étudiantes pour le compte de la Sécurité sociale ;
- ✓ Une complémentaire santé facultative, proposée par ces mêmes mutuelles étudiantes mais aussi toute autre compagnie ou mutuelle d'assurances.

La sécurité sociale étudiante est détaillée au chapitre 13 sur l'assurance maladie.

Les assurances privées obligatoires

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les assurances obligatoires ne sont pas si nombreuses. Elles ne concernent que la responsabilité civile, l'assurance automobile et certaines assurances pour couvrir des risques très spécifiques (remontées mécaniques, chasse, par exemple).

L'assurance de la responsabilité civile

Toute personne majeure et en bonne santé mentale est considérée comme responsable de ses actes. Pour réparer d'éventuels dommages, elle doit souscrire obligatoirement certains contrats d'assurance.

Qu'est-ce que la responsabilité civile ?

Elle s'appelle responsabilité « civile » par opposition à la responsabilité « pénale ». La responsabilité civile englobe à la fois :

- ✓ La responsabilité « contractuelle », c'est-à-dire lorsqu'il existe un contrat entre l'auteur du dommage et la victime ;
- ✓ La responsabilité « délictuelle » ou « quasi délictuelle », lorsqu'il n'y a pas de contrat entre l'auteur du dommage et la victime.



La faute délictuelle est liée à un acte volontaire réalisé sciemment, et cause d'un préjudice, tandis que la faute quasi délictuelle résulte d'une erreur de comportement, génératrice d'un dommage, qui n'aurait pas été commise par une personne avisée.

Plusieurs articles du Code civil posent les principes généraux applicables en matière de responsabilité civile. L'assuré est en effet responsable :

- ✓ Des dommages causés par sa propre faute, par imprudence ou par négligence (articles 1382 et 1383) ;
- ✓ Des actes commis par ses enfants mineurs ou par ceux qu'il garde (article 1384) ;
- ✓ Des actes commis par la personne qui fait le ménage ou garde les enfants (article 1384) ;
- ✓ Des dommages dus aux objets qu'il détient, aux choses qui lui appartiennent, qu'il a empruntées ou louées (article 1384) ;
- ✓ Des dommages causés par ses animaux ou par ceux qu'il garde (article 1385) ;
- ✓ Des dommages dus à son appartement ou à sa maison (article 1386).

(Le texte intégral de ces articles est reproduit dans l'annexe B-2.)

La responsabilité civile implique donc l'obligation de réparer le tort causé à autrui : autant que possible, la victime doit être replacée dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu.

Quant au montant de l'indemnisation, il dépend de l'importance des dommages provoqués, sans limite : la somme à payer n'est pas liée à la gravité de la faute ou à l'imprudence commise mais à l'importance des dommages.

C'est ainsi que, en général, les moyens financiers du responsable de la faute ne le lui permettent pas d'indemniser la ou les victimes. Par conséquent, la loi impose à quiconque d'assurer sa responsabilité civile, de manière à permettre à l'assureur de se substituer à l'assuré pour prendre en charge l'intégralité de l'indemnisation.

Les limites de l'intervention de l'assureur

L'assureur ne peut intervenir que si l'assuré est reconnu responsable. À défaut d'assurance, le responsable doit dédommager lui-même la ou les victimes.

En outre, l'assureur n'intervient pas systématiquement dès que la responsabilité de son assuré est reconnue. En effet, les sanctions de la responsabilité pénale ne sont jamais couvertes.

L'assureur peut néanmoins prendre en charge les dommages et intérêts civils auxquels le juge pénal a condamné l'auteur de l'infraction.

L'assurance des véhicules terrestres à moteur

Lorsque l'on conduit un véhicule « terrestre à moteur » (auto, moto, camion et tout engin à moteur, y compris les Solex ou les vélos électriques), souscrire un contrat d'assurance est obligatoire. Outre l'assurance responsabilité civile garantie par le contrat pour réparer les dommages causés aux autres au volant du véhicule, ce même contrat peut aussi garantir les dommages encourus par le véhicule lui-même et son conducteur. Mais là, le niveau de couverture est optionnel : vol, incendie, avec ou sans bris de glace, jusqu'à « tous risques » (cet ensemble est étudié dans la deuxième partie de ce livre).



Les contrats d'assurance comportent en général une protection juridique, permettant d'être aidé par un juriste en cas de procédure judiciaire.

L'assurance scolaire

En principe, cette assurance n'est pas classée parmi les assurances obligatoires : en France, les activités scolaires obligatoires sont gratuites lorsqu'elles se déroulent pendant le temps scolaire, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

Néanmoins, dans les faits, elle l'est tout de même un peu, puisque les élèves ne peuvent participer aux activités et aux sorties scolaires facultatives que si leurs parents justifient d'avoir souscrit un contrat d'assurance scolaire.



Pour les activités fixées par les programmes scolaires, l'assurance scolaire n'est pas obligatoire. En effet, la loi du 10 août 1943, qui instituait une assurance scolaire obligatoire, n'est jamais entrée en vigueur, faute de publication de l'arrêté d'application. L'inscription d'un enfant dans un établissement scolaire ne peut donc pas être subordonnée à la présentation d'une attestation d'assurance. Toutefois, plusieurs circulaires du ministère de l'Éducation nationale rappellent que cette assurance peut être exigée lorsque l'enfant participe à certaines activités facultatives organisées par l'école, telles que sorties et voyages collectifs, séjours linguistiques, classes de découverte...

L'assurance scolaire est souvent comprise dans les contrats d'assurance multirisques habitation mais pas forcément. Elle peut faire l'objet de contrats distincts. Elle couvre d'abord la responsabilité civile des élèves dans l'enceinte de leur établissement, c'est-à-dire les conséquences des dommages que l'enfant pourrait causer à autrui.

Elle couvre également ses propres dommages corporels sous la forme d'un contrat « garantie des accidents de la vie » ou d'une assurance « individuelle accidents ».

- ✓ La garantie des accidents de la vie (GAV) intervient à partir d'un certain taux d'invalidité (5 %, 10 %, 30 %, par exemple, voir chapitre 12) ;
- ✓ La garantie individuelle accidents prévoit le versement d'un capital en cas d'invalidité ou de décès de l'enfant. Elle peut également inclure le remboursement des frais de soins (éventuellement des frais de prothèse) en complément des organismes sociaux. Le capital indiqué dans le contrat est versé qu'il y ait ou non un responsable de l'accident. Il s'ajoute aux sommes payées par un éventuel responsable ou son assureur.

Les assurances individuelles facultatives

Les propositions d'assurances facultatives sont aussi variées que la vie quotidienne elle-même ! Tous les assureurs disposent de gammes complètes de contrats, destinées à protéger absolument tout...

On peut les classer en plusieurs grandes catégories.

Les assurances pour protéger la personne ou la « famille »

Dans cette catégorie, outre la responsabilité civile obligatoire pour chaque membre de la famille et l'assurance scolaire, il y a les contrats destinés à prendre en charge :

- ✓ Les assurances complémentaires santé ;
- ✓ L'assurance des accidents corporels : accidents de la route et accidents de la « vie » ;
- ✓ L'assurance vie ;
- ✓ L'assurance décès ;
- ✓ L'épargne retraite ;
- ✓ L'assurance dépendance ;
- ✓ Les assurances pour protéger les animaux domestiques ;
- ✓ Les assurances pour les loisirs : essentiellement le sport, les vacances et les voyages.

Les assurances emprunteur

Et puis il y a la (longue, très longue) liste des assurances à souscrire dans le cadre d'un emprunt : immobilier, auto ou moto, consommation, loisirs, travaux, etc.

Là encore, ces assurances sont dites « facultatives », puisque la loi ne les impose pas. En revanche, elles sont rendues obligatoires par les banques et les établissements de crédit, à défaut de quoi l'emprunt ne peut pas être souscrit.

L'assurance emprunteur est une assurance temporaire, limitée à la durée du crédit, qui garantit le remboursement de celui-ci en cas de décès. Elle est le plus souvent complétée par des garanties d'assurance de personnes couvrant les risques d'incapacité, d'invalidité et éventuellement de perte d'emploi.

Toutes ces possibilités d'assurances facultatives sont étudiées dans la quatrième partie de ce livre.

Chapitre 3

Le contrat d'assurance

Dans ce chapitre :

- ▶ Souscrire un contrat d'assurance
- ▶ Les obligations de l'assuré
- ▶ Les obligations de l'assureur
- ▶ Les possibilités de médiation en cas de litige

Un contrat d'assurance est une convention qui permet de transférer tel ou tel risque encouru par l'assuré vers sa compagnie d'assurances. Le risque se définit comme la possibilité de réalisation d'un événement, contraire aux attentes ou à l'intérêt de l'assuré. L'assurance propose donc de lui fournir une prestation lorsque survient le risque. Cette prestation est le plus souvent financière et prend alors la forme d'une indemnisation. Mais elle n'est versée à l'assuré qu'en échange du paiement d'une cotisation.



Pour être assurable, le risque doit être indépendant de la volonté des parties. Les événements certains, impossibles ou dépendants de la volonté de l'assuré ne sont donc pas assurables.

Souscrire un contrat d'assurance

Avant de souscrire un contrat d'assurance, il faut choisir son assureur. Après cela, il faut décider avec lui quels risques couvrir, à quel prix, pour obtenir une certaine couverture. Tout cela est encadré par une procédure assez stricte.

Quel assureur choisir ?

Toute personne qui cherche à s'assurer peut s'adresser directement à une compagnie d'assurances. Elle peut aussi contacter un agent général d'assurances, un représentant, une compagnie d'assurances ou un courtier – celui-ci n'est pas lié à une compagnie, il peut choisir le contrat le mieux adapté aux besoins de son client (moyennant finances).

Ces différentes possibilités sont développées aux chapitres 1 (sur les différents statuts des assureurs) et 10 (sur les différentes possibilités de souscription des contrats d'assurance, en particulier *via* Internet).

La proposition d'assurance

Pour établir le contrat, l'assureur demande au souscripteur de remplir un questionnaire, qui va lui permettre d'apprécier les risques et de fixer un tarif d'assurance. Ce document est très officiel. Il s'intitule « proposition d'assurance », et celle-ci n'engage ni l'assuré ni l'assureur.



Lorsque le contrat comprend des garanties décès ou invalidité, le questionnaire porte aussi sur l'état de santé du souscripteur (cette question est examinée en détail au chapitre 11).

En fonction des réponses apportées au questionnaire, l'assureur peut décider d'accorder les garanties telles qu'elles sont demandées. Ou alors il peut les accepter partiellement, en limitant sa couverture ou en excluant certains risques qu'il refuse de prendre en charge.

Il peut aussi refuser purement et simplement d'assurer ce client (cette éventualité et les possibilités de recours sont développées à la fin de ce chapitre).

La fiche d'informations

Si l'assureur doit être informé des besoins du client il doit, en retour informer le client des conditions d'assurance qu'il propose. Il doit donc lui fournir soit un projet de contrat avec ses pièces annexes, soit une note d'information, distincte des conditions générales du contrat, qui résume les dispositions essentielles du futur contrat, notamment le prix et les garanties de l'assuré.



Lorsqu'il s'agit d'un contrat de responsabilité civile, la fiche d'information doit expliquer le fonctionnement des garanties dans le temps, notamment les délais de déclaration qui permettent de faire fonctionner le contrat.

La note de couverture

L'assureur peut être amené à établir un contrat provisoire, soit en attendant d'étudier le risque de façon plus approfondie, soit le temps d'établir un contrat définitif. Il délivre alors un document appelé « note de couverture ». Il y met fin en établissant le contrat définitif.

Et si finalement le contrat n'est pas conclu, la note de couverture cesse ses effets à la date prévue.

Le contrat d'assurance définitif

À l'ancienne, on l'appelle aussi « police d'assurance ». Le contrat est LE lien juridique qui unit les parties : il constitue la preuve que l'assuré est couvert.

Il doit être lisible et rédigé en français et doit indiquer les coordonnées de l'assureur et celles de l'assuré. Il doit aussi mentionner clairement la chose assurée. S'il y a des exclusions, elles doivent également être parfaitement lisibles.

Le contrat d'assurance comporte deux volets :

- ✓ **Les conditions générales** communes à l'ensemble des assurés garantis auprès de la même société. Elles expliquent le fonctionnement du contrat et détaillent l'ensemble des garanties ;
- ✓ **Les conditions particulières**, qui personnalisent le contrat en l'adaptant à la situation spécifique de chaque assuré. Elles mentionnent son nom et son adresse, les garanties choisies, le montant des éventuelles franchises, sa cotisation.



Les conditions particulières prévalent toujours sur les conditions générales. Elles peuvent notamment modifier un ou plusieurs articles des conditions générales, accorder des garanties plus larges, supprimer des exclusions non imposées par la loi.

L'attestation d'assurance

S'agissant de certaines assurances obligatoires, notamment la responsabilité civile familiale et la responsabilité civile automobile, l'assureur doit délivrer une attestation d'assurance qui prouve que l'assuré a respecté l'obligation d'assurance.

La prise d'effet des garanties

En l'absence de toute indication contraire, le contrat prend effet dès qu'il est signé par les deux parties, c'est-à-dire par l'assureur et l'assuré. Autrement dit, tant que l'assuré ne l'a pas signé, même si l'assureur a signé sa partie, l'assuré n'est pas considéré comme engagé par le contrat d'assurance.



Le contrat peut être établi, mais la prise d'effet des garanties peut être reportée soit à une date convenue, soit à une formalité : par exemple, la signature de la police, mais plus souvent le paiement de la première prime, car l'assureur veut être sûr d'avoir été payé avant de garantir.

Par ailleurs, l'assureur peut aussi imposer un délai de carence, c'est-à-dire une période pendant laquelle, même s'il est à jour de cotisations, l'assuré

ne peut pas être indemnisé. Si tel est le cas, pour être valables, les délais de carence doivent être inscrits en toutes lettres dans le contrat d'assurance.

La durée et les possibilités de résiliation du contrat

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police d'assurance. Elles doivent aussi être mentionnées en caractères très lisibles, de même que la durée de la tacite reconduction, qui ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

L'assuré détient le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance.

L'assureur a le droit de faire la même chose.

Les obligations de l'assuré

Ayant signé le contrat, l'assuré est automatiquement couvert par l'assureur. Mais pour cela il est tenu à quelques obligations, qu'il doit respecter à la lettre. À défaut de quoi son assureur peut refuser de l'indemniser en cas de sinistre.

Payer ses primes d'assurance

En signant le contrat d'assurance, l'assuré s'engage d'abord à payer ses cotisations selon le calendrier fixé par le contrat : une ou plusieurs fois par an.

L'avis d'échéance ou appel de cotisation est un imprimé par lequel l'assureur précise le montant de la cotisation à verser et la date d'échéance, à partir de laquelle l'assuré doit la payer (date d'échéance).

Les éléments de la cotisation

La cotisation d'assurance comporte plusieurs éléments :

- ✓ **La cotisation nette** : somme permettant de payer les sinistres et les frais de fonctionnement de la société y compris, le cas échéant, les commissions des intermédiaires (agents généraux et courtiers);



✓ **Les frais (ou « accessoires »)** : somme couvrant certains frais de gestion comme l'établissement des avis d'échéance. Si la société d'assurances établit un avenant pour modifier le contrat, elle peut percevoir des accessoires supplémentaires ;

✓ **L'indice** : si le contrat souscrit est indexé, l'avis d'échéance comporte le montant de l'indice. L'indice choisi est généralement un indice extérieur à l'assurance, mais il reste lié au risque : par exemple, l'indice du coût du bâtiment pour les assurances de l'habitation, le prix de la journée d'hospitalisation pour l'assurance maladie ;

Cette indexation permet de réajuster automatiquement, dans la même proportion, le montant des cotisations et celui des garanties. Elle est importante, notamment pour l'assurance de biens dont la valeur augmente au cours des années. Sans indexation, la valeur du bien assuré finit par ne plus correspondre à la valeur garantie par l'assureur. L'indemnité versée à l'assuré risque de ne pas lui convenir.

✓ **Les taxes** : ce sont les sommes reversées par les assureurs au Trésor public. Elles varient suivant les risques pris en charge : 30 % pour le risque incendie des particuliers, 9 % pour le dégât des eaux... La taxe de l'assurance obligatoire automobile (18 %) est majorée de certaines contributions (à la Sécurité sociale, au Fonds de garantie). Toutes les taxes sont calculées sur la base de la cotisation nette, frais ou accessoires compris.

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement ?

Tout assuré dispose de dix jours après la date d'échéance pour régler sa cotisation. Si ce délai est dépassé, l'assureur envoie une lettre recommandée. Trente jours après, le contrat est suspendu et l'assuré n'est plus garanti. Ce délai est calculé à partir du jour du dépôt à La Poste de la lettre recommandée (les jours fériés et chômés sont exclus de ce calcul).

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de 30 jours, si la cotisation n'a toujours pas été réglée.



Les dispositions décrites ci-dessus ne concernent pas l'assurance vie, pour laquelle l'assureur ne peut pas obliger l'assuré à payer sa cotisation.

De même, pour les contrats à cotisations périodiques, l'assureur doit adresser une lettre recommandée, au plus tôt dans les dix jours suivant la date d'échéance, pour indiquer que, à défaut de paiement dans les 40 jours, le contrat sera réduit ou résilié. Et même si le contrat est réduit, il se poursuit jusqu'à son terme avec des garanties réduites.

Le paiement juste avant la résiliation

Si le contrat n'a pas encore été résilié par l'assureur, la couverture reprend le lendemain du jour du paiement de la cotisation, à midi. Autrement dit,

l'assureur refusera d'indemniser les sinistres éventuellement survenus entre la date de suspension du contrat et celle de sa remise en vigueur.

Le paiement après la résiliation du contrat

Le paiement de la cotisation ne remet pas le contrat en vigueur. En outre, la cotisation impayée reste due intégralement à l'assureur, même quand le contrat est résilié.

Si l'assureur augmente les cotisations

La plupart des contrats comportent une clause « révision des cotisations » ou « adaptation des cotisations » autorisant l'assureur à majorer ses tarifs.

À partir du moment où l'assuré prend connaissance de l'augmentation, il dispose de 15 jours ou un mois (selon les contrats), pour demander, par lettre recommandée, la résiliation de son contrat pour cause d'augmentation des tarifs.



Certains contrats n'autorisent cette possibilité de résiliation que si un taux minimal d'augmentation est dépassé. À vérifier dans votre contrat.

En cas de demande de résiliation par l'assuré, le contrat prend fin un ou deux mois après la date d'envoi ou de réception de la lettre (toujours selon les contrats). L'assureur peut néanmoins demander le paiement de la partie de cotisation due, au prorata de la période d'assurance déjà écoulée, mais dans ce cas calculée selon l'ancien tarif.



Si le contrat ne comporte pas de clause de révision des cotisations, l'assureur n'a pas le droit de modifier son tarif sans l'accord de l'assuré. Dans ce cas, l'assuré peut refuser l'augmentation de cotisation et exiger de payer l'ancien tarif (en tenant compte, le cas échéant, de l'indexation, voir page précédente). Mais dans cette hypothèse, c'est l'assureur qui a le droit de résilier le contrat à l'échéance annuelle suivante.

À noter que l'augmentation d'une cotisation peut être liée à l'application d'un malus automobile ou à une modification des taxes, à la suite d'une décision légale ou réglementaire. Dans ce cas, l'assuré doit payer, sans possibilité de demande de résiliation.

Remplir les conditions fixées par le contrat

L'assureur accorde ses garanties mais en posant des conditions : par exemple, l'installation de barreaux ou de volets aux fenêtres d'une maison ou le garage d'une voiture dans un lieu clos et couvert.

Si l'assuré ne se plie pas à ces conditions, en cas de sinistre, l'assurance ne fonctionnera pas correctement.



En cas de litige, l'assuré devra prouver que les conditions exigées par l'assureur étaient effectivement remplies (cette question est développée dans la troisième partie sur l'assurance multirisque habitation).

Tenir son assureur informé de sa situation

L'assuré qui a signé un contrat d'assurance est également obligé de fournir régulièrement à l'assureur toutes les informations susceptibles d'avoir une incidence sur le contrat : un changement de situation, l'aggravation ou au contraire la diminution du risque, qui peuvent avoir certaines conséquences sur le contrat lui-même ou sur le montant de la prime.



En cas de fausse déclaration ou d'omissions intentionnelles, le contrat peut être résilié de plein droit par l'assureur, sans restitution des primes déjà versées. Il peut même exiger des dommages et intérêts.
Que se passe-t-il...

... en cas de fausse déclaration intentionnelle ?

L'assureur doit apporter la preuve que la fausse déclaration était intentionnelle. S'il le prouve et que la fausse déclaration (ou le silence intentionnel) change l'appréciation du risque pour l'assureur, le contrat d'assurance est annulé, peu importe que le risque dissimulé n'ait aucune incidence sur le sinistre.

En outre, l'assureur a le droit de conserver les primes d'assurance déjà payées, qui restent acquises. Et bien sûr, en cas de sinistre, il peut refuser d'indemniser l'assuré.

... si la fausse déclaration n'est pas intentionnelle ?

Dans ce cas, l'assureur peut décider de maintenir le contrat, tout en augmentant les primes. Il peut aussi résilier le contrat, dix jours après une notification adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception. Mais dans ce cas il doit restituer la quote-part de prime déjà payée par l'assuré, pour le temps où l'assurance ne va plus courir.

Autre possibilité, si le sinistre se produit et que l'assureur découvre à cette occasion que les informations données par l'assuré étaient erronées. Dans cette hypothèse, il a le droit de réduire l'indemnité en proportion du taux des primes qui auraient dû être payées, si le risque avait été correctement apprécié.

Le principe de l'aggravation du risque

Lorsqu'un contrat d'assurance prévoit de couvrir certains risques et que l'assuré souhaite étendre cette couverture à d'autres risques ou à d'autres

personnes, on parle d'« aggravation du risque » (article L. 113-4 du Code des assurances). Dans ce cadre, la loi autorise l'assureur à :

- ✓ Résilier le contrat : il a le droit de refuser d'assurer ces personnes dans ces conditions ;
- ✓ Accepter de couvrir ce nouveau risque, au prix d'une surprime.

De son côté, l'assuré dispose de 30 jours (à compter de la notification des nouvelles conditions) pour accepter le nouveau tarif, ou alors le refuser et soit revenir aux termes du contrat précédent, soit le résilier et chercher un autre assureur.



Le courrier de l'assureur doit rappeler cette procédure.

La diminution du risque

Si la nouvelle situation de l'assuré constitue une diminution du risque, l'assuré a la possibilité de la déclarer à son assureur. Si cela conduit l'assureur à diminuer le montant de la cotisation, il doit le faire. S'il refuse, l'assuré a le droit de résilier le contrat. Et dans ce cas la résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation faite par l'assuré (article L. 113-4 du Code des assurances).

Déclarer le sinistre dans les délais

En cas de sinistre, les délais de déclaration à l'assureur sont relativement courts et absolument impératifs. Le Code des assurances prévoit en effet un délai qui ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés, à partir de la date du sinistre ou du moment où l'assuré en a connaissance (article L. 113-24 du Code des assurances).

Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol (et à 24 heures en cas de mortalité du bétail).



Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes (ils sont tous détaillés, sinistre par sinistre, au cours des chapitres qui suivent).

Les obligations de l'assureur

De son côté, l'assureur a aussi des obligations à tenir envers l'assuré. Tout d'abord, il doit l'informer de ses droits, compte tenu de ce que prévoit son contrat.

En outre, après un sinistre déclaré par l'assuré, il est tenu d'agir dans des délais raisonnables, pour manifester clairement son intention de garantir l'assuré ou au contraire de refuser de le couvrir en totalité ou partiellement.

Si l'assureur garde le silence, il peut être sanctionné par un juge sur le fondement d'un manquement à l'obligation de loyauté à l'égard de l'assuré.

Enfin, en matière d'indemnisation, l'article L. 113-5 du Code des assurances stipule que, « lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat ». Sinon, il y a fraude.

En matière d'assurance vie, les assureurs sont soumis à des obligations très spécifiques, notamment d'information (détails au chapitre 10).



Les litiges et les possibilités de médiation

Si le contrat d'assurance correspond bien aux besoins de l'assuré et de sa famille, les litiges avec l'assureur seront rares. Voici néanmoins quelques situations qui peuvent survenir et créer un litige entre eux.

L'assureur résilie le contrat

Un contrat d'assurance est conclu pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction : si aucune des parties ne contacte l'autre deux mois avant cette échéance, le contrat se poursuit sans changement. Toutefois, l'assureur a le droit de mettre fin au contrat dans différentes circonstances.

L'assuré ne paie pas ses primes

Tout assuré est tenu de régler sa prime d'assurance dans les dix jours qui suivent la date d'échéance du contrat. À défaut, l'assureur envoie une lettre pour en exiger le paiement dans les 30 jours. Passé ce délai, si l'assuré ne verse toujours pas sa prime, le contrat est suspendu pour encore dix jours : si un sinistre survient durant cette période, il ne sera donc pas pris en charge.

Après quoi, toujours sans paiement, le contrat est résilié.

Si l'assuré paie sa prime entre la suspension et la résiliation de son contrat, sa couverture entre en vigueur le lendemain du jour du paiement.

À noter également que, même si le contrat est résilié, la prime reste intégralement due : pour la percevoir, l'assureur peut poursuivre l'assuré en justice.



L'assuré est responsable d'un grave sinistre

L'assureur peut par exemple résilier le contrat d'assurance auto ou moto, lorsque l'assuré est à l'origine d'un accident alors qu'il était en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants.

Il peut également le faire si le permis de conduire de l'assuré a été suspendu pendant au moins un mois ou annulé à la suite d'une infraction.

Sachez néanmoins que, pour être valable, ce cas de résiliation doit être inscrit sur le contrat d'assurance.



Si l'assureur opte pour la résiliation du contrat d'assurance auto, de son côté, l'assuré a le droit de demander la résiliation de tous les autres contrats éventuellement souscrits auprès de sa compagnie.

Le refus d'assurance

Les assureurs ne sont pas obligés d'accorder leurs garanties à quiconque le leur demande. Ils peuvent, par exemple, refuser d'assurer un véhicule lorsque le conducteur a eu :

- ✓ Un défaut de paiement de la prime d'assurance;
- ✓ Plusieurs accidents, même non responsables, sur une période rapprochée;
- ✓ Une condamnation pour conduite en état d'ivresse ou sous l'effet de stupéfiants.

Pour autant, l'assurance responsabilité civile est obligatoire : les conducteurs doivent pouvoir rouler sans contrevenir à la législation.

Le rôle du BCT

La loi a prévu une solution de secours : le Bureau central de tarification (BCT), c'est-à-dire une autorité administrative indépendante, composé paritairement de représentants d'assurés et d'assureurs. Son rôle exclusif est de décider à quelles conditions un assureur choisi par un assuré, mais qui lui a opposé un refus, peut être contraint à l'assurer.



En revanche, le BCT ne désigne jamais un assureur pour lui imposer un assuré.

Quant à sa compétence, elle se limite strictement à fixer la tarification de la garantie de responsabilité civile obligatoire. Il n'a aucune compétence en matière de garanties complémentaires.

Comment le saisir ?

La procédure est fixée par le Code des assurances. Elle doit être scrupuleusement respectée.

1. **Avoir saisi au moins deux sociétés d'assurances, pratiquant effectivement la couverture du risque, par lettre recommandée avec avis de réception, d'une demande de garantie de responsabilité civile.**

Conserver une copie de ce questionnaire rempli.

Adresser ces demandes au siège social ou à la délégation régionale de ces sociétés (et non à une de leurs agences ou à un courtier).

2. **Si ces deux sociétés ont refusé de vous garantir, vous pouvez saisir le BCT.**

Le refus de ces sociétés peut être :

- Soit explicite (elles vous envoient une lettre de refus) ;
- Soit implicite : les textes précisent que le refus est implicite si la société n'a pas répondu au courrier précédent dans les 45 jours qui suivent sa réception (voir la date portée sur l'avis de réception).

3. **Attention, sous peine d'irrecevabilité, vous devez saisir le Bureau au plus tard dans les 15 jours qui suivent le refus du dernier assureur sollicité (si refus explicite) ou à la fin du délai de 45 jours (si refus implicite).**

Le BCT doit être saisi également par lettre recommandée avec avis de réception.

4. **Vous devez lui fournir tous les éléments d'information en votre possession, et nécessairement :**

- Les copies des lettres de refus, devant dater de moins de 15 jours, des deux sociétés si vous les avez reçues (refus explicite) ;
- La lettre de résiliation du précédent assureur ;
- Si les sociétés d'assurances n'ont pas répondu (refus implicite), les copies de vos demandes et de l'avis de réception ;
- La copie du questionnaire de proposition envoyé aux sociétés d'assurances ;
- Si c'est un mandataire, notamment un courtier, qui mène les démarches pour votre compte, la preuve de l'existence du mandat que vous lui avez donné (une lettre de l'assuré est suffisante).

Le choix du mandataire est libre.



Le BCT a le moyen de contrôler toutes les informations communiquées. N'omettez donc pas de lui déclarer des accidents, sous peine de voir votre dossier catégoriquement refusé.

Les possibilités de médiation en assurance

Depuis 1993, la FFSA a mis en place un dispositif permettant aux particuliers, assurés ou tiers, de bénéficier d'une procédure de médiation, en cas de litige persistant portant sur un contrat d'assurance.

Le dispositif est construit de façon à favoriser en priorité le traitement des réclamations par les sociétés d'assurances, le recours au médiateur n'intervenant qu'en dernier ressort, comme alternative à un procès.

La relation entre l'assuré et la société d'assurances concernée est privilégiée : l'assuré s'adresse d'abord au service clientèle de l'assureur, qui s'attache à résoudre le problème. Si aucune solution n'est trouvée à ce niveau, l'assuré soumet son cas au médiateur des assurances, dont les coordonnées lui sont communiquées par la société d'assurances.

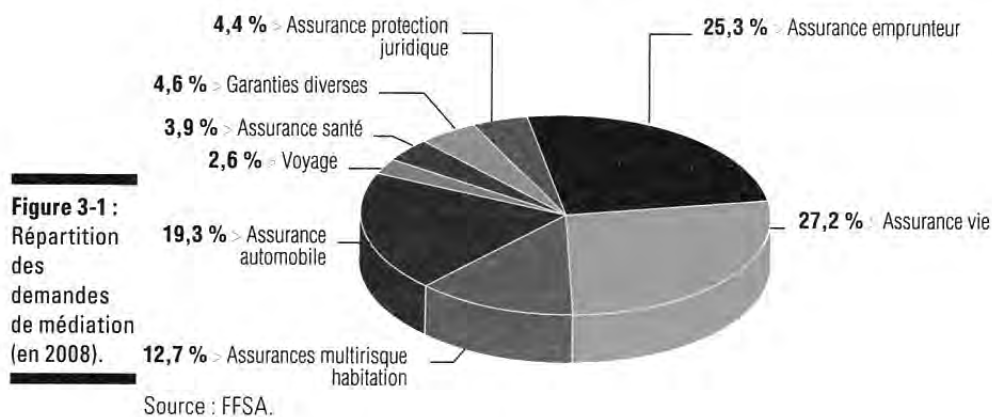


Le médiateur de l'assurance est l'un des plus anciens dispositifs de médiation en France. Il repose sur une charte de la médiation, signée par l'ensemble des entreprises d'assurances adhérentes de la FFSA et à laquelle ont été associés les organisations de consommateurs et les pouvoirs publics.

Le médiateur de la FFSA est désigné pour un mandat de trois ans renouvelable à l'unanimité d'un collège composé :

- ✓ Du président de l'Institut national de la consommation (INC);
- ✓ Du président du Comité consultatif du secteur financier;
- ✓ Du président de la FFSA.

Le médiateur de la FFSA publie un rapport annuel (disponible sur les sites Internet de la FFSA et de l'INC). Ainsi, en 2008, 4081 demandes de médiation ont été formulées auprès des différents services de médiation mis à la disposition des assurés; 59 % des dossiers concernaient les assurances de personnes et 41 % les assurances de biens et de responsabilité. Les contrats d'assurance vie ont représenté 27,2 % des litiges et les assurances liées à des emprunts, toujours source importante de conflits, 25,3 %. En assurances de biens et de responsabilité, 19,3 % des dossiers concernaient l'assurance automobile et 12,7 % l'assurance multirisque habitation.



Les sociétés adhérentes à la FFSA ont également la possibilité de nommer leur propre médiateur, qui se coordonne alors avec le médiateur de la FFSA et intervient dans les conditions fixées par la charte.

Deuxième partie

L'assurance auto et moto



Dans cette partie...

Lorsque l'on conduit un véhicule, avoir d'abord souscrit un contrat d'assurance est absolument obligatoire. Au moins pour garantir la responsabilité civile de l'assuré, pour les dommages matériels et corporels qu'il pourrait causer aux autres, piétons et véhicules.

Le contrat d'assurance automobile ou moto peut garantir aussi les propres dommages de l'assuré. Mais là, les options sont entièrement facultatives : assurance du conducteur, vol du véhicule, incendie, bris de glace sont les plus courants, mais il y en a beaucoup d'autres.

Chapitre 4

Les règles générales de l'assurance auto et moto

Dans ce chapitre :

- Les garanties obligatoires
- Les garanties facultatives
- La protection juridique de l'assurance auto ou moto
- Le principe du bonus-malus
- Les justificatifs d'assurance

En matière d'assurance auto et moto, il y a un « degré zéro » d'assurance, qui comprend un certain nombre de garanties, obligatoires pour tous leurs conducteurs et tous les véhicules.

Parallèlement, les assureurs proposent une large palette de garanties facultatives. L'idée est d'adapter au mieux le contrat à la fois au véhicule, à son conducteur et à leur environnement.

L'assurance minimale obligatoire

La loi est claire : tout conducteur d'un véhicule à moteur est en demeure de pouvoir indemniser autrui s'il cause un accident et provoque des dommages ou des blessures. Pour être sûr qu'il le pourra financièrement, la loi lui impose de souscrire un contrat auprès d'une compagnie d'assurances agréée. Si le véhicule n'en porte pas l'attestation, collée bien en évidence, il s'expose à de lourdes sanctions.

La responsabilité civile des conducteurs

Même minime, un accident de la circulation peut provoquer des dégâts matériels très coûteux. Au point, parfois, de rendre les véhicules en cause totalement inutilisables. Sans oublier que les victimes peuvent aussi subir des dommages corporels, qui correspondent à un préjudice physique et moral. La loi impose également de les indemniser. C'est ce qu'on appelle la « responsabilité civile des conducteurs », ou plus couramment « assurance au tiers » – le tiers étant la victime du conducteur responsable de l'accident.

L'assurance au tiers est la seule et unique assurance obligatoire avant de conduire sur la voie publique. Les dommages couverts par cette garantie sont ceux qui résultent d'un accident provoqué par le conducteur mais aussi de l'incendie ou de l'explosion de son véhicule en son absence.



L'obligation d'assurance des conducteurs de véhicules terrestres à moteur a été instituée par la loi n° 58-208 du 27 février 1958. Elle correspond aujourd'hui aux articles L. 211-1 et suivants, ainsi qu'à l'article R. 211-1 et suivants du Code des assurances. C'est aussi la loi qui fixe les montants de garantie.

Le fait de conduire sans être assuré est un délit puni d'une amende pouvant aller jusqu'à 3 750 €. Par ailleurs, compte tenu des circonstances, des peines complémentaires peuvent être appliquées (voir pages suivantes).

Qui est concerné par l'obligation d'assurance automobile ou moto ?

Toutes les personnes physiques et toutes les personnes morales détenant ou conduisant un véhicule sont concernées par l'obligation d'assurance automobile au tiers, ainsi que toute personne ayant la garde ou la conduite du véhicule, y compris si elles n'y sont pas officiellement autorisées par son propriétaire.

En revanche, sont exclues de l'obligation d'assurance :

- ✓ Les passagers du véhicule ;
- ✓ Les professionnels chargés de sa vente ;
- ✓ Les professionnels chargés de son dépannage, de sa réparation ou de son contrôle.

Ces derniers doivent assurer leur propre responsabilité professionnelle ainsi que celle de leurs employés.



En cas d'accident, les membres de la famille de l'assuré (ou du conducteur) sont considérés comme des tiers, au même titre donc que les autres victimes. Il en est de même pour les élèves des écoles de conduite, qu'ils soient en cours de formation ou en cours d'examen.

Qui est exclu ?

L'assurance responsabilité civile ne couvre jamais les dommages subis par le conducteur responsable de l'accident, qu'il soit propriétaire du véhicule ou non. Pour bénéficier de cette garantie, il peut souscrire la « garantie dommages corporels du conducteur » (étudiée plus loin) mais, dans ce cas, par choix et non par obligation.

Quant aux dommages intentionnels, c'est-à-dire provoqués sciemment par le conducteur, ils sont également totalement exclus de l'assurance responsabilité civile.



En cas de vol d'une voiture (ou d'un autre engin à moteur) régulièrement assuré par son propriétaire, le contrat d'assurance de ce dernier couvre obligatoirement les dommages causés par son véhicule volé. En revanche, il ne couvre pas les dommages subis par les auteurs du vol ni par les coauteurs ou les complices. C'est assez logique, mais il est toujours mieux de le préciser !

Les autres dommages exclus de l'assurance au tiers sont les dommages causés :

- ✓ Aux personnes transportées dans des conditions de sécurité insuffisantes ;
- ✓ Aux passagers s'ils sont responsables de l'accident, c'est-à-dire lorsqu'ils ont commis une faute inexcusable qui a causé ce dernier ;
- ✓ Aux passagers transportés à titre onéreux ;
- ✓ Durant le chargement ou le déchargement du véhicule ;
- ✓ À tout objet, chose ou animal confiés ou loués à l'assuré ou au conducteur, sauf les vêtements des personnes transportées, lorsqu'il y a accident corporel.

Les véhicules concernés

Absolument tous les véhicules « terrestres à moteur » sont concernés par l'obligation d'assurance au tiers. Qu'est-ce qu'un véhicule terrestre à moteur ? Au sens de la loi, c'est un « véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée ». C'est-à-dire :

- ✓ Les voitures : toutes les marques, tous les modèles, y compris les prototypes ;
- ✓ Les deux-roues : moto, scooter, mobylette, Solex ;
- ✓ Les quads, les scooters-tricycles ;
- ✓ Les camions, bus, engins (de chantier et autres) ;

- ✓ Les remorques ou semi-remorques, même non attelées ;
- ✓ Les tracteurs et autres engins agricoles ;
- ✓ Les motoculteurs et tondeuses à gazon autoportées (qui comportent un siège) ;
- ✓ Les fauteuils roulants ;
- ✓ Les trottinettes à moteur et les voitures-jouets à moteur sur lesquelles un enfant peut s'asseoir sont également assujettis à l'assurance automobile obligatoire, si elles dépassent une certaine puissance. Sinon, elles sont couvertes par la responsabilité civile familiale (voir chapitre 8).



Tout véhicule doit être régulièrement assuré, y compris s'il ne roule pas, autrement dit s'il est en stationnement dans la rue ou dans un garage, provisoirement ou en panne. En effet, même immobilisé ou hors d'usage définitif ou non, il peut provoquer des dégâts : le frein qui lâche, un incendie, etc. Ce sont des dégâts qu'il faut aussi pouvoir rembourser.

La zone géographique de l'assurance au tiers

L'assurance responsabilité civile s'étend :

- ✓ À l'ensemble des États membres de la Communauté européenne ;
- ✓ Aux États tiers pour lesquels les États membres se portent individuellement garants du règlement des sinistres survenus sur leur territoire et provoqués par la circulation des véhicules ayant leur stationnement habituel dans l'un de ces États.

(Nous verrons plus loin l'assurance durant un voyage avec son véhicule, et lorsqu'un conducteur percute, en France, un véhicule étranger.)

Les autres risques couverts

Si l'assurance auto ou moto au tiers est l'assurance minimale, elle couvre tout de même automatiquement quelques risques supplémentaires.

Le tractage d'une remorque ou d'une caravane

Elles figurent dans la liste des véhicules concernés par l'obligation d'assurance : toute remorque doit être assurée indépendamment du véhicule qui la tracte. Cela concerne donc également les caravanes.

Mais la garantie est accordée gratuitement et sans déclaration préalable auprès de l'assureur, lorsque le poids total de la remorque ou de la caravane n'excède pas 750 kg.



Si vous tractez occasionnellement un véhicule en panne, votre assurance au tiers vous couvre aussi automatiquement durant le trajet, s'il arrive quelque chose. En revanche, les dommages subis à cette occasion par votre véhicule, ou par celui que vous remorquez, ne sont pas couverts. Ce sera à vous de financer les réparations...

Les objets transportés

Si l'assurance au tiers ne couvre pas les objets ou les animaux transportés dans le véhicule, elle couvre en revanche les accidents provoqués par ces objets, s'ils tombent du véhicule lui-même, de la remorque ou de la caravane qu'il tracte.



Tout sinistre provoqué par le transport de matières inflammables, corrosives, explosives ou comburantes est automatiquement exclu de l'assurance responsabilité civile. De ce fait, si vous devez transporter ce type de produits, il faudra en parler à votre assureur, pour souscrire éventuellement une garantie spécifique.

En revanche, vous avez le droit de transporter des huiles ou des essences minérales (c'est-à-dire dérivées du pétrole), à condition que la charge globale, approvisionnement du réservoir du véhicule inclus, n'excède pas 500 kg ou 600 litres.

Le prêt du véhicule

Tout contrat d'assurance automobile au tiers garantit obligatoirement les dommages causés par le véhicule :

- ✓ Même s'il n'est pas conduit par le titulaire du contrat ;
- ✓ Même si le conducteur n'a pas été formellement autorisé à le conduire par l'assuré en prévenant son assureur ;
- ✓ Même s'il s'agit d'un voleur.

L'objectif est toujours d'indemniser les victimes éventuelles d'un accident et de protéger un assuré trompé ou volé.



En revanche, si un assuré prête sa voiture ou sa moto à quelqu'un sans prévenir son assureur, en cas d'accident, la garantie fonctionnera bien pour la victime, mais l'assureur se retournera contre l'assuré pour se faire rembourser les frais d'indemnisation.

Les essais en vue d'une vente

Vous avez acheté un nouveau véhicule, mais vous n'avez pas encore vendu l'ancien. Vous avez contacté votre assureur pour qu'il transfère votre contrat de l'ancien véhicule au nouveau. L'ancien n'est donc, en principe, plus assuré, sauf si votre contrat comporte une clause qui stipule qu'il vous couvre encore

un peu, le temps de faire essayer votre véhicule à vendre à vos acheteurs potentiels. En général, la couverture dure un mois. Renseignez-vous !

Les amendes en cas de défaut d'assurance

Conduire n'importe quel véhicule sans être assuré au tiers est un délit jugé par le tribunal correctionnel. Sans parler du fait qu'ensuite peu d'assureurs accepteront d'assurer un tel conducteur. Ou alors à prix d'or.

L'amende encourue s'élève à 3 750 € au maximum, assortie éventuellement d'un travail d'intérêt général (par exemple dans un hôpital pour grands blessés de la route).

En cas de récidive, la sanction peut s'accompagner d'une peine de prison, avec ou sans sursis.

Selon les circonstances du défaut d'assurance, ces sanctions peuvent aussi s'accompagner de :

- ✓ La confiscation ou l'immobilisation du véhicule ;
- ✓ La suspension, voire l'annulation, du permis pendant trois ans au maximum (mais pas de retrait de points) ;
- ✓ L'interdiction de conduite de tout véhicule terrestre à moteur, y compris ceux qui ne nécessitent pas de permis spécifique ;
- ✓ L'obligation d'accomplir, aux frais du contrevenant, un stage de sensibilisation à la sécurité routière.



La même sanction s'applique si vous oubliez d'assurer votre remorque ou votre caravane si elle dépasse les 750 kg.

Du côté des victimes en revanche, pas de problème (si l'on peut dire, compte tenu des circonstances qui peuvent être dramatiques). Si le conducteur responsable n'est pas assuré, les victimes sont prises en charge par le Fonds de garantie automobile, alimenté obligatoirement par les compagnies d'assurances pour cela.

Ensuite, le Fonds cherchera à obtenir le remboursement intégral, par le conducteur fautif, de toutes les sommes versées aux victimes et à leurs ayants droit. Des sommes qui peuvent être astronomiques.

Conduire sans permis

Une très mauvaise surprise attend également les conducteurs qui conduisent sans permis et qui ont un accident. En effet, même s'ils sont régulièrement assurés, leur responsabilité civile ne fonctionnera pas. Cela signifie qu'ils devront rembourser tous les frais versés à leurs victimes. Ensuite, ils n'auront peut-être plus d'assureur, puisque, dans ces conditions,

celui-ci a le droit de résilier purement et simplement le contrat.

Il en est de même pour les personnes qui conduisent un véhicule sans avoir passé le permis correspondant, par exemple le permis moto ou le permis poids lourd.

Les assurances facultatives

Comme son nom l'indique, l'assurance au tiers ne couvre que les dommages causés aux autres par l'assuré. Pour étendre cette garantie minimale obligatoire, il faut souscrire plus de garanties. Et là, le choix est très large, avec deux axes :

- ✓ L'indemnisation des blessures corporelles du conducteur ;
- ✓ L'indemnisation des dommages causés à son véhicule.



Pour chacune des garanties qui suivent, un conseil préliminaire : en lisant le contrat que l'assureur vous propose, étudiez le montant des franchises, c'est-à-dire de la somme qui reste à votre charge, quelle que soit la garantie souscrite. Un paragraphe spécial est consacré aux franchises de l'assurance auto ou moto au chapitre suivant.

L'assurance individuelle du conducteur

Si l'assurance responsabilité civile couvre les dommages subis par les passagers d'un véhicule, elle ne couvre jamais ceux du conducteur. Pour qu'il soit également assuré, il doit souscrire une garantie spécifique : la garantie individuelle du conducteur, que l'on appelle aussi « protection du conducteur ».

La garantie individuelle du conducteur couvre les blessures qu'il subit lors d'un accident :

- ✓ Dont il est personnellement responsable ;
- ✓ Provoqué fortuitement, par exemple à cause d'une chaussée glissante ou du brouillard.



Selon les contrats, cette garantie peut également couvrir les membres de la famille de l'assuré, lorsqu'ils conduisent sa voiture.

Les personnes qui conduisent en état d'ivresse, ou sans permis de conduire ou encore sans l'accord du propriétaire du véhicule, sont exclues de cette garantie en cas d'accident.

Les frais pris en charge par le contrat sont en général :

- ✓ Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ;
- ✓ Les frais d'hospitalisation ;
- ✓ Les prothèses ;
- ✓ Le préjudice financier lié à un arrêt de travail ou à une incapacité permanente ;
- ✓ L'invalidité partielle ou totale permanente, avec toutefois un « plancher » entre 10 et 15 % d'invalidité, sous lequel l'assuré ne touche rien ;
- ✓ Le décès : un capital est versé à la famille du conducteur.

L'indemnisation peut être calculée de deux manières :

- ✓ À hauteur du montant des frais réels ;
- ✓ Selon un barème forfaitaire : le contrat est moins cher, mais l'assuré touche une somme fixe déterminée à l'avance par l'assureur.

En outre, le contrat peut prévoir des plafonds d'indemnisation, c'est-à-dire un versement maximal au-delà duquel l'assuré ne touche plus rien. À vérifier également.



Dans tous les cas, l'assurance n'intervient toujours qu'à partir d'un certain niveau de gravité des dommages corporels. Avant de souscrire un contrat, toutes les clauses sont donc à étudier de très près, et à comparer ensuite avec celles d'autres compagnies d'assurances.

L'assurance dommages

Lors d'un accident de la circulation, que vous en soyez totalement ou partiellement responsable, si vous n'êtes assuré qu'au tiers, vous n'obtiendrez aucune indemnisation pour les dommages causés à votre véhicule. Et ce sera la même chose pour tous les autres dommages qui peuvent le détériorer, par exemple une tempête de grêle ou un incendie.

Par conséquent, si vous le souhaitez, votre assureur peut vous proposer différents contrats, destinés à vous prémunir contre l'un de ces risques... ou contre tous à la fois.

La garantie dommages collision

C'est le premier niveau d'assurance du véhicule, pour les petits budgets. Elle s'appelle aussi « tierce collision », puisque son rôle est d'indemniser une collision avec un « tiers », c'est-à-dire un autre véhicule, mais aussi un cycliste, un piéton ou même un animal, si son propriétaire est connu.



Cette garantie ne fonctionne qu'en cas de collision avec un tiers bien identifié.

Autrement dit, l'assuré ne sera pas indemnisé :

- ✓ Si un véhicule non identifié le percute et prend la fuite ;
- ✓ S'il percute un obstacle (un arbre ou un mur) ou s'il fait une sortie de route tout seul ;
- ✓ S'il percute un animal dont le propriétaire est inconnu, par exemple un animal sauvage.

Dans tous ces cas, les réparations seront à sa charge exclusive.

L'assurance dommages collision ne couvre pas non plus les dommages causés aux marchandises et aux objets transportés dans le véhicule. Pour les couvrir, il faudra donc souscrire un contrat plus avantageux.

La garantie dommage tous accidents

Elle s'appelle aussi « dommage tous risques », à ne pas confondre avec l'« assurance tous risques », étudiée plus loin.

La garantie dommages tous accidents est un peu plus chère que la garantie dommages collision, car elle intervient chaque fois que le véhicule est endommagé, sans qu'un tiers soit nécessairement impliqué. Elle permet donc d'être indemnisé y compris si l'on percute un animal sauvage ou un panneau de signalisation. Ou si quelqu'un endommage le véhicule en stationnement et s'enfuit sans laisser ses coordonnées.

La garantie fonctionne également en cas :

- ✓ De catastrophe naturelle (tempête, grêle, inondation, voir les conditions plus loin) ;
- ✓ D'incendie ou d'explosion (à la suite d'émeutes ou d'un attentat, par exemple) ;
- ✓ De catastrophe technologique.

Pour fixer leur tarif, certains assureurs tiennent compte de l'âge du véhicule. Une option intéressante pour les voitures de plus de cinq ans, à condition qu'elles aient peu de kilomètres au compteur.



Le vol

Si vous avez un véhicule neuf ou quasiment neuf, voici une garantie indispensable. Elle est prévue pour indemniser le vol de ce véhicule ou de ses organes de direction. Elle fonctionne que ce dernier soit garé sur la voie publique ou en stationnement dans un garage.

L'assurance vol couvre aussi la tentative de vol, à condition qu'il y ait effraction et que des preuves matérielles puissent être relevées : une serrure forcée, le contact électrique arraché, par exemple.



Les conditions dans lesquels le vol s'est produit sont évidemment très importantes.

Car si vous n'avez pas verrouillé les portes ou le coffre de la voiture, ou si vous avez laissé les vitres ouvertes et vos clés dans le pare-soleil ou sous un siège, l'assureur refusera d'appliquer la garantie.

Pour ce qui est des objets laissés à l'intérieur de la voiture (ou du top-case d'une moto), puis volés indépendamment du véhicule, lisez bien ce que prévoit le contrat. Car leur vol est rarement indemnisé. Le mieux est donc de ne jamais rien laisser en partant.

Si toutefois le contrat prévoit une prise en charge, elle peut être limitée par une franchise ou un plafond d'indemnisation. À vérifier.

Quant à l'autoradio, les accessoires ou les équipements, ils sont en général indemnisés s'ils sont installés en série (le catalogue constructeur faisant foi). Sinon, ils ne seront couverts que si vous les déclarez à votre assureur, et que celui-ci les inclut dans le contrat, *via* une extension de garantie (payante bien sûr). Dans ce cas, attention aux conditions qui peuvent limiter fortement les garanties, donc au bout du compte ne pas être forcément rentables.

Idem si vous avez du matériel professionnel à transporter et à laisser le soir dans le véhicule. Attention, là encore il peut y avoir une franchise ou un plafond d'indemnisation. Il se peut aussi que l'assureur impose que le véhicule soit garé dans un endroit clos (garage ou box) ou qu'il ait bien été fracturé.

Le bris de glace

C'est une garantie destinée à prendre en charge les frais de réparation ou de remplacement des surfaces vitrées d'une voiture : pare-brise, vitres latérales et lunette arrière.

Cependant, de nombreux contrats d'assurance proposent d'étendre la garantie à toutes les autres surfaces vitrées de la voiture :

- ✓ Les blocs optiques des phares ;

- ✓ Les rétroviseurs ;
- ✓ La vitre du toit ouvrant.

Mais si c'est le cas, le contrat doit le stipuler précisément.

Dans tous les cas, faire jouer la garantie bris de glace n'a aucune incidence sur le taux de malus.



Selon les contrats, la garantie peut être accompagnée d'une franchise. Cela signifie alors qu'une partie de ces frais n'est pas remboursée par l'assureur et reste donc à la charge de l'assuré.

Autre question, faut-il réparer ou remplacer ? Sachez d'abord que seul un pare-brise peut éventuellement être remis en état. Les vitres latérales et la lunette arrière ne se réparent pas : en cas d'impact, il faut impérativement les faire remplacer.

Quant au pare-brise, pour être réparable, il faut que l'impact remplisse plusieurs conditions :

- ✓ Ne pas être dans le champ de vision du conducteur ;
- ✓ Être éloigné de 4 cm des bords du pare-brise ;
- ✓ Son diamètre doit être inférieur à 3 cm.

Si la réparation est possible, l'assurance bris de glace peut rembourser les frais, avec ou sans franchise selon ce que prévoit le contrat.

L'incendie et l'explosion

Cette garantie couvre les frais de réparation dus à :

- ✓ La combustion spontanée (sans flamme) ;
- ✓ La foudre (qui n'est donc pas classée par les assureurs comme une catastrophe naturelle).

En revanche, la garantie incendie et explosion ne couvre jamais :

- ✓ Les dommages causés par une brûlure de cigarette ;
- ✓ Les dommages causés par un mauvais entretien du véhicule ;
- ✓ Les dommages électriques consécutifs à un court-circuit provoqué par l'usure, sauf si le véhicule est entièrement détruit ;
- ✓ Les effets personnels qui se trouvaient dans le véhicule au moment de l'incendie, sauf si l'assuré a expressément demandé à les inclure dans le contrat.



Bien sûr, tout incendie intérieur comme extérieur et toute explosion du véhicule ne sont indemnisés que s'ils sont absolument involontaires.

Les garanties contre les effets du vent, les catastrophes, les attentats

C'est une garantie un peu spéciale, car elle ne va jamais seule : elle accompagne automatiquement toute souscription d'une garantie du type « dommages » (collision ou tous accidents), ou « incendie et explosion ».



Les véhicules assurés au tiers, c'est-à-dire uniquement en responsabilité civile, ne bénéficient donc pas de l'assurance catastrophe naturelle.

Comme pour tout sinistre, il y a toujours des délais de déclaration à respecter. Pour la plupart des sinistres, les délais sont fixés à cinq jours. Passé ce délai, l'assureur peut refuser l'indemnisation. Lisez toujours ce que prévoit votre contrat à ce sujet et conformez-vous à la lettre à la procédure.

Autre réflexe à avoir : prendre tout de suite des photos du sinistre, pour prouver vos déclarations.

Les effets du vent : tempêtes, ouragans, cyclones

Les effets du vent sur les véhicules, quel qu'ils soient, sont toujours dévastateurs. Si votre voiture est récente, mieux vaut donc prendre une assurance dommages ou incendie, de manière à être aussi couvert contre les tempêtes. D'autant que, en général, elle fonctionne sans franchise (à vérifier quand même dans le contrat).

En revanche, pour ce qui est des deux-roues, contre les tempêtes et autres effets du vent, l'idéal reste... un bon garage!



Durant une tempête, un arbre s'abat sur votre voiture. Lorsqu'il s'agit d'un cas de force majeure, la responsabilité du propriétaire de l'arbre (un voisin, la municipalité ou autre...) ne peut pas être engagée. Ce n'est donc pas la peine d'exiger réparation, sauf rares exceptions, ils n'y sont pas tenus (voir chapitre 8). D'où l'intérêt d'être correctement assuré. Car écrasée par un arbre, votre voiture risque d'être requalifiée en... épave.

À noter aussi que les contrats d'assurance auto ou moto proposent également une garantie appelée « forces de la nature » ou « événements climatiques ». Celle-ci joue en cas d'événements naturels non officiellement déclarés en catastrophes naturelles. C'est le cas par exemple pour un éboulement ou des dommages dus au gel ou à la neige. Dans certaines régions « à risque », elle peut être intéressante. À voir avec son assureur.

Les catastrophes naturelles

Selon le Code des assurances, sont considérés comme les effets des catastrophes naturelles « les dommages matériels directs non assurables,

ayant eu pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel, lorsque les mesures habituelles à prendre pour prévenir ces dommages n'ont pu empêcher leur survenance ou n'ont pu être prises » (article L. 125-1, alinéa 3). Il peut s'agir d'une inondation, d'une avalanche, d'un tremblement de terre.

La garantie s'applique à condition que l'épisode climatique soit qualifié de « catastrophe naturelle » par un arrêté ministériel publié au *Journal officiel*, pour déterminer précisément la zone et la nature des dommages. C'est le point de départ de toute démarche officielle.



Sachez que, si les vents dépassent 145 km/h en moyenne pendant dix minutes, ou s'ils dépassent 215 km/h en rafales, une « tempête » sera reclassée en « catastrophe naturelle » (les détails concernant l'assurance des catastrophes naturelles figurent au chapitre 8).

Les catastrophes technologiques

Cette garantie couvre les dommages résultant des catastrophes technologiques ayant également fait l'objet d'un arrêté au *Journal officiel*. La catastrophe peut résulter, par exemple, de l'accident d'un véhicule transportant des matières dangereuses ou d'un accident technologique dans une usine (par exemple, dans l'usine AZF à Toulouse en 2001, voir les détails de cette garantie au chapitre 8).

Le coût de la réparation du véhicule, si elle est possible, ou le coût de son remplacement, est pris en charge dans la limite de la valeur de remplacement d'un véhicule équivalent sur le marché local.



Dans tous les cas, les franchises et les taux de vétusté ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'indemnisation.

Les attentats et les actes de terrorisme

L'article L. 126-2 du Code des assurances stipule que les dommages résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats ne peuvent pas être exclus d'un contrat d'assurance auto ou moto « dommages » ou « incendie ». Par conséquent, ce risque doit être obligatoirement couvert par l'assureur.

En revanche, pour que la garantie s'applique, le contrat impose en général trois conditions :

- ✓ Que l'événement ait lieu en France;
- ✓ Qu'il soit classifié en attentat ou acte de terrorisme (ils sont définis par les articles 421-1 et 421-2 du Code pénal);
- ✓ Que le véhicule ait été endommagé par incendie ou explosion.



Pour éviter des discussions sur les limites entre « attentat » et « émeute », il a été demandé aux assureurs d'inclure une garantie émeutes et mouvement populaire à la garantie attentats.

De ce fait, si durant une manifestation votre voiture ou votre moto sont retournées ou incendiées par les manifestants, prévenez tout de suite votre assureur pour qu'il applique la garantie.

L'assistance en cas de panne

Cette garantie recouvre deux types de prestation : l'assistance au véhicule et l'assistance aux personnes. Elle permet d'être dépanné ou remorqué en cas de panne ou d'accident.

Attention toutefois, il peut y avoir des conditions d'éloignement du domicile (par exemple plus de 25 ou de 50 km de chez soi). Si vous souhaitez être dépanné y compris depuis chez vous, la garantie est souvent plus chère. Une question à poser avant !

Par ailleurs, la garantie dépannage peut aussi prévoir de rapatrier conducteur et véhicule en cas d'accident ou de maladie à l'étranger. À vérifier aussi si vous partez en voyage avec votre voiture ou votre moto (l'assurance des voyages est étudiée au chapitre 6).



Dans tous vos déplacements, n'oubliez pas d'avoir toujours sur vous les coordonnées de votre assureur et du service d'assistance ainsi que le numéro de votre contrat.

L'assurance « tous risques »

Outre la responsabilité civile obligatoire, comme son nom l'indique l'assurance tous risques comprend toutes les garanties énumérées ci-dessus :

- ✓ La responsabilité civile de tous les conducteurs du véhicule, quels qu'ils soient ;
- ✓ Les dommages corporels du conducteur ;
- ✓ Les dommages sur le véhicule de l'assuré à la suite d'un accident de la circulation ;
- ✓ Les vol, incendie, bris de glace, tempête, catastrophe naturelle et technologique, attentat ;
- ✓ Le dépannage.

Compte tenu de cette très large couverture, parmi tous les contrats d'assurance auto ou moto, l'assurance tous risques est évidemment le contrat le plus cher. Il est donc plutôt conseillé aux propriétaires de véhicules neufs.

La protection juridique du contrat auto ou moto

Les différents contrats d'assurance auto ou moto proposent souvent une garantie complémentaire : la protection juridique.



Même si elle est souscrite conjointement à l'assurance du véhicule, elle doit faire l'objet d'un contrat séparé. À lire évidemment dans le détail avant de le signer.

Son rôle est le suivant :

- ✓ Délivrer une information à l'assuré sur ses droits concernant un litige lié à son véhicule ;
- ✓ Intervenir lorsqu'il existe un différend entre l'assureur et l'assuré ;
- ✓ Intervenir dans un conflit lié au véhicule, en vue d'un règlement amiable : par exemple, une réparation mal effectuée par un garagiste ou un litige au cours de la vente ou de l'achat du véhicule, ou la réclamation d'une indemnisation à la suite d'un accident ;
- ✓ Prendre en charge les frais d'avocat en cas de procès.

Chaque contrat comporte des plafonds de garantie et d'intervention différents (l'assurance de la protection juridique est traitée plus en détail au chapitre 12).

La garantie défense recours

C'est une garantie optionnelle qui se souscrit avec la garantie de protection juridique d'un contrat d'assurance auto ou moto. Elle engage l'assureur à défendre l'assuré qui fait l'objet d'une action en réparations pécuniaires devant une juridiction civile, commerciale ou administrative pour des dommages causés à des tiers, ou devant une juridiction pénale s'il est poursuivi pour blessures ou homicide par imprudence.

La garantie a également pour objet d'exercer un recours à l'encontre de la personne responsable de dommages subis par l'assuré.

La garantie couvre les frais de constitution de son dossier, les frais et honoraires des experts nécessaires à l'évaluation des dommages et, s'il y a lieu, les frais d'avocat et de procès devant une juridiction civile ou pénale (par exemple, à la suite d'un délit routier), dans les limites fixées par le contrat.

Le principe du bonus-malus

Dans le langage des assureurs, le système du bonus-malus s'appelle « clause de réduction-majoration ». Il permet de faire varier, à la hausse ou à la baisse, le montant de la cotisation annuelle de l'assurance auto ou moto, en fonction de la bonne ou de la mauvaise conduite de l'assuré au volant ou au guidon de son engin à moteur.

Une fois le contrat d'assurance souscrit, le coefficient de bonus-malus est fixé à 1. Ensuite, il évolue en fonction de la conduite de l'assuré au cours des 12 mois consécutifs précédant de deux mois l'échéance annuelle du contrat.



Certains véhicules à moteur sont exonérés de bonus-malus :

- ✓ Les cycles, tricycles ou quadricycles à moteur dont la cylindrée est inférieure ou égale à 80 cm³ ;
- ✓ Les tracteurs agricoles et machines agricoles automotrices et leurs remorques ;
- ✓ Les matériels forestiers, les matériels de travaux publics ;
- ✓ Les matériels des services de secours et de lutte contre l'incendie.

Le coefficient de bonus

Tant que l'assuré n'a pas d'accident dont il est déclaré responsable, son coefficient de bonus augmente de 5 % par an.

Cela entraîne automatiquement une minoration de votre prime d'assurance. Pour calculer le montant de la nouvelle prime, il suffit de multiplier par 0,95 le coefficient de l'année précédente.



Pour la 1^{re} année : $1 - 5\% = 0,95$

Pour la 2^e année : $0,95 \times 0,95 = 0,90$

Pour 3^e année : $0,90 \times 0,95 = 0,85$ et ainsi de suite.

Au bout de 13 ans sans accident responsable, l'assuré bénéficie du coefficient de bonus maximal légal de 0,5, soit 0,50. Autrement dit, le montant de sa prime est réduit de 50 %.



Si vous êtes au bonus maximal depuis au moins trois ans, vous le conservez sans modification après le premier accident responsable. Par ailleurs, si votre véhicule est impliqué dans un accident après avoir été volé, et que vous avez régulièrement déclaré ce vol à votre assureur, votre bonus n'en subira aucune conséquence.

Tableau 4-1 : Barème du bonus

<i>Ancienneté</i>	<i>Calcul</i>	<i>Coefficient</i>
1 ^{re} année	$1 \times 0,95$	$= 0,95$
2 ^e année	$0,95 \times 0,95$	$= 0,90$
3 ^e année	$0,90 \times 0,95$	$= 0,85$
4 ^e année	$0,85 \times 0,95$	$= 0,80$
5 ^e année	$0,80 \times 0,95$	$= 0,76$
6 ^e année	$0,76 \times 0,95$	$= 0,72$
7 ^e année	$0,72 \times 0,95$	$= 0,68$
8 ^e année	$0,68 \times 0,95$	$= 0,64$
9 ^e année	$0,64 \times 0,95$	$= 0,60$
10 ^e année	$0,60 \times 0,95$	$= 0,57$
11 ^e année	$0,57 \times 0,95$	$= 0,54$
12 ^e année	$0,54 \times 0,95$	$= 0,51$
13 ^e année	$0,51 \times 0,95$	$= 0,50$

Le coefficient de malus

Dès que l'assuré se rend responsable d'un accident de la circulation, son coefficient de malus s'alourdit, et avec lui la prime d'assurance.

Si la responsabilité de l'assuré est totale

Le malus s'élève à + 25 % de la prime d'assurance. En pratique, au premier accident il faut donc multiplier la prime annuelle « normale » par 1,25. Le coefficient correspondant est $1 \times 25 \%$. Au deuxième accident, l'assureur multiplie par 1,56, soit un coefficient de $1,25 \times 1,25$. Ensuite, pour chaque malus supplémentaire, le coefficient précédent est à son tour multiplié par 1,25.

Si l'assuré multiplie ainsi les accidents responsables la même année d'assurance, il augmente d'autant son malus, avec un maximum de 350 %.

La prime annuelle « normale » du contrat d'assurance de référence s'élève à 420 €.



Au cours de la 1^{re} année de son contrat, l'assuré a un accident, dont il est déclaré responsable. Sa prime passe de 420 € à 525 € ($420 \text{ €} \times 1,25 = 525 \text{ €}$).

Si au cours de cette même année il a un second accident responsable, sa prime passe à 656,25 € ($420 \text{ €} \times 1,25 \times 1,25 = 656,25 \text{ €}$).



Le malus n'est pas applicable en cas de vol, incendie, bris de glace ou accident causé par un tiers non identifié au véhicule de l'assuré en stationnement.

Si la responsabilité de l'assuré est partielle

La majoration de prime est seulement de + 12,5 %, quel que soit le pourcentage de responsabilité de l'assuré dans l'accident. Cela se traduit, dès la première année, par un coefficient de 1,125. Concrètement, avec un tarif de base de 420 €, cela porte la prime à 472,50 €.



Après deux années sans accident, le coefficient de malus disparaît.

Pour certaines professions qui utilisent beaucoup leur véhicule, les taux de bonus ou de malus ne sont pas les mêmes que pour les particuliers. C'est le cas notamment pour les véhicules professionnels des médecins, des infirmières ou des chauffeurs de taxi. Pour eux, le bonus conduit à une réduction de cotisation de 7 % par an (au lieu de 5 %) et le malus conduit à une majoration de prime de 20 % (au lieu de 25 %).

Tableau 4-2 : Exemples de calcul

	<i>Coefficient</i>	<i>Montant de la prime de base*</i>	<i>Cotisation à payer</i>
	1	600 €	600 €
Bonus maxi	0,5	600 €	300 €
Malus maxi	3,5	600 €	2 100 €

* Les prix des assureurs sont libres, ces montants sont donc indicatifs.

Les majorations de malus

Le malus peut être alourdi si l'assuré responsable d'un accident était sous l'emprise de l'alcool et que :

- ✓ Son permis de conduire a été suspendu ou annulé;
- ✓ Il est coupable d'un autre délit, par exemple un délit de fuite.

Dans ce cas, sa prime de référence peut être majorée sans toutefois pouvoir dépasser 400 %. Autre possibilité accordée à l'assureur : refuser de continuer à assurer un tel conducteur, donc résilier purement et simplement son contrat d'assurance auto ou moto.



Après un accident, le permis de l'assuré est annulé pour alcoolémie et délit de fuite. La majoration maximale s'élève à 250 % : 150 % pour alcoolémie + 100 % pour délit de fuite.

Ces majorations sont calculées sur la cotisation de base puis ajoutées à la cotisation incluant le bonus-malus. Après deux années sans sinistre, les majorations sont supprimées.

Que devient mon bonus quand...

Dans certaines situations particulières, l'application du coefficient de bonus ou de malus peut poser un problème. Voici les principales réponses aux questions que vous vous posez peut-être.

... je change de voiture ou de moto ?

Le bonus ou le malus est alors automatiquement transféré sur le nouveau contrat d'assurance, à condition que le ou les conducteurs du nouveau véhicule soient les mêmes que ceux désignés au précédent contrat.

... je vends ma voiture pour acheter une moto ?

L'assuré qui vend sa voiture pour acheter une moto de plus de 80 cm³ retrouve pour l'assurance de cette dernière le taux de bonus-malus qu'il avait pour sa voiture.

... j'achète un véhicule supplémentaire ?

L'assureur transfère alors sur ce nouveau véhicule le coefficient de bonus ou de malus dans les mêmes conditions que ci-dessus. Cette règle s'applique aux véhicules nouvellement assurés.

Si l'assuré dispose déjà de plusieurs véhicules et qu'ils sont affectés de coefficients différents, c'est le coefficient moyen qui est appliqué au véhicule supplémentaire.

... je change d'assureur ?

Quand on change de compagnie ou de mutuelle d'assurances, le nouvel assureur calcule le coefficient de bonus ou de malus en tenant compte du précédent coefficient et des accidents qui se sont produits entre la dernière échéance du précédent contrat et la souscription du nouveau.

... je suspends mon contrat d'assurance ?

Si le contrat d'assurance est suspendu à la suite d'un changement de véhicule, d'une maladie ou encore d'un départ à l'étranger, le coefficient de bonus ou de malus reste acquis à l'assuré pour un temps déterminé par son contrat d'assurance. En général pour trois ans.

Le bonus-malus et l'Europe

Le dispositif du bonus-malus instauré en France mais aussi au Luxembourg a été plusieurs fois remis en cause par la Commission européenne. Elle voyait dans son caractère obligatoire une entrave à la libre commercialisation des produits d'assurance dans l'Union européenne.

Néanmoins, dans un arrêt rendu le 7 septembre 2004, la Cour de justice des Communautés européennes a validé les systèmes de bonus-malus français et luxembourgeois. Elle a considéré que ce dispositif favorisait au contraire le libre jeu de la concurrence et constituait un facteur d'incitation à la prudence. « Les législations française et luxembourgeoise instituant un

système de classement tarifaire en fonction de la sinistralité ne sont pas contraires à la liberté tarifaire », a indiqué la Cour. Selon la Fédération française des assurances (FFSA), « les assureurs français considèrent qu'en permettant la comparabilité des coefficients de réduction-majoration ce dispositif réglementaire garantit la transparence du marché et favorise le libre jeu de la concurrence. Le marché français est d'ailleurs reconnu comme l'un des plus concurrentiels d'Europe ».

Depuis ce jugement, la France et le Luxembourg continuent donc à utiliser leur dispositif de bonus-malus.

Les justificatifs d'assurance

Dans le cadre de n'importe quel contrôle routier, tout conducteur doit pouvoir justifier que sa responsabilité civile est assurée (article R. 211-14 du Code des assurances). Pour cela, chaque année, après le paiement des primes par l'assuré, l'assureur envoie un justificatif d'assurance, qui comporte plusieurs documents.

L'attestation d'assurance

C'est ce qu'on appelle aussi la « carte verte » : il faut l'avoir sur soi en permanence, avec le permis de conduire et la carte grise du véhicule. Elle mentionne :

- Le nom et l'adresse de la compagnie ou de la mutuelle d'assurances ;

- ✓ Les nom, prénoms et adresse de l'assuré ;
- ✓ La période de validité du contrat d'assurance ;
- ✓ Les caractéristiques du véhicule assuré.

(Le système Carte verte est détaillé au chapitre 12 sur les assurances voyage.)



Le défaut de présentation de l'attestation d'assurance est une contravention qui entraîne d'abord une amende de 35 €. Après ce premier procès-verbal, l'assuré dispose de cinq jours pour se présenter à la gendarmerie ou au commissariat de police et présenter son attestation d'assurance. S'il ne le fait pas, il encourt une amende forfaitaire de 135 €. Les amendes sont les mêmes si l'assuré a changé de véhicule sans prévenir son assureur et détient donc une attestation qui ne correspond pas au véhicule qu'il conduit.

Le certificat d'assurance

Il s'agit d'une petite vignette verte carrée qui doit être apposée bien en évidence sur le pare-brise de la voiture : l'assureur fournit d'ailleurs une pochette transparente à coller à l'intérieur de la voiture, sur la partie basse du pare-brise. Après cela, il n'y a plus qu'à glisser le certificat dans la pochette, recto tourné vers l'extérieur de la voiture, de manière à être lisible par tous.

S'il s'agit d'un véhicule à deux ou trois roues, le certificat doit être apposé sur une surface située à l'avant du plan formé par la fourche avant (articles A211-9 et A211-10 du Code des assurances).



L'absence de certificat d'assurance sur le véhicule fait encourir une amende de 35 €.

Chapitre 5

Bien choisir un contrat d'assurance auto ou moto

Dans ce chapitre :

- De l'assurance au tiers à l'assurance tous risques : comment choisir ?
- Le prix de l'assurance
- Le principe de la franchise
- S'assurer sur mesure

Que l'on roule sur deux, trois ou quatre roues, le choix d'une assurance n'est pas simple, car beaucoup de paramètres entrent en jeu, pour l'assuré comme pour l'assureur. Quand vaut-il mieux choisir un contrat au tiers ? Quand faut-il l'assortir de garanties supplémentaires ? Quand l'assurance tous risques est-elle intéressante ? Voici quelques pistes de réponses.

Du tiers au tous risques, comment choisir ?

En voiture ou à moto, la formule de base au tiers est le minimum obligatoire. À l'autre bout de l'offre d'assurance, on trouve l'assurance tous risques. Entre un contrat qui ne couvre que les autres et un autre qui couvre tout et tout le monde, les options sont variées, selon les besoins.

Voici un tableau présentant l'essentiel des garanties optionnelles proposées aux conducteurs (chacune d'entre elles est détaillée au chapitre précédent).

Tableau 5-1 : Panorama des garanties facultatives proposées aux conducteurs

<i>Garantie</i>	<i>Couverture</i>	<i>Ce qu'il faut vérifier dans le contrat</i>
<i>Dommages corporels de l'assuré</i>		
Dommages corporels	<p>Couverture des dommages corporels de l'assuré s'il est responsable ou si le responsable n'est pas identifié.</p> <p>Couverture supplémentaire selon les contrats : frais médicaux, arrêt de travail, décès.</p>	<p>Deux types d'indemnisation possibles lors de la souscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Forfaitaire ; un capital fixé dans le contrat est versé en cas de décès ou d'invalidité permanente ; – Indemnitaire : versement d'une indemnité globale pour tous les préjudices subis par l'assuré (attention, il y a parfois une franchise et un plafond).
<i>Dommages matériels causés au véhicule de l'assuré</i>		
Tous risques	Couverture de tous les dommages subis par le véhicule, quels que soient l'accident ou la responsabilité du conducteur.	Exclusion : conduite en état d'ivresse, sauf si l'assuré prouve que le sinistre n'avait aucune relation avec son état.
Dommages collision	Couverture de tous les dommages subis lors d'une collision avec un piéton, un autre véhicule ou un animal dont le propriétaire est identifié.	Exclusion : conduite en état d'ivresse, sauf si l'assuré prouve que le sinistre n'avait aucune relation avec son état.
Vol	Remboursement de la valeur du véhicule au moment du vol ou d'un montant défini à l'avance dans le contrat.	L'assureur peut exiger des mesures de prévention.
Bris de glace	Couverture des dommages subis par le pare-brise.	Selon les contrats, les autres accessoires vitrés peuvent être compris dans la garantie.
Incendie	<p>Couverture des dommages sur votre véhicule liés à un incendie (parfois à une explosion et à la foudre).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Indemnité égale à la valeur de votre véhicule le jour du sinistre ; – Ou à un montant fixé dans votre contrat. 	Exclut souvent les dommages résultant de brûlures causées par des fumeurs.

Tableau 5-1 : Panorama des garanties facultatives proposées aux conducteurs (suite)

Garantie	Couverture	Ce qu'il faut vérifier dans le contrat
Tempête	Couverture des dommages provoqués par le vent.	
Catastrophe naturelle	Couverture des dommages officiellement provoqués par une catastrophe naturelle. L'indemnisation n'est possible qu'après parution d'un arrêté au <i>Journal officiel</i> et après une franchise de 380 €.	Garantie liée à la garantie incendie.
Catastrophe technologique	Couverture des dommages liés à une catastrophe provoquée par des équipements technologiques. Pas de franchise.	En général, ces garanties sont automatiques, si l'assuré souscrit une garantie globale « dommages matériels du véhicule ».
Acte de terrorisme/attentat		
Émeute		
Contenu de la voiture	Remboursement des objets laissés dans le véhicule et des accessoires non inscrits sur les listes d'accessoires du constructeur.	Garanties supplémentaires à ajouter ou non au contrat.
Forces de la nature	Couverture des dommages non reconnus officiellement comme dus à une catastrophe naturelle.	
Dommages tous risques	Couverture des dommages causés aux tiers, aux passagers et aux véhicules impliqués dans le sinistre, que l'assuré soit responsable ou non de l'accident.	Attention, certains contrats prévoient de nombreuses exclusions.
Protection et assistance		
Protection juridique	Selon les contrats, la garantie couvre les frais : – De protection pénale et de recours en cas d'accident; – De protection juridique.	Attention, certains contrats prévoient de nombreuses exclusions.

Tableau 5-1 : Panorama des garanties facultatives proposées aux conducteurs (suite)

<i>Garantie</i>	<i>Couverture</i>	<i>Ce qu'il faut vérifier dans le contrat</i>
Assistance	En cas de panne ou d'accident, couverture des frais de remorquage, de dépannage du véhicule et de rapatriement du conducteur.	<p>Les contrats contiennent souvent une franchise kilométrique pour le dépannage en cas de panne.</p> <p>Options possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assistance voyage pour toute la famille; – Envoi de pièces détachées; – Hébergement de la famille; – Frais de récupération; – Paiement d'une caution à l'étranger.

Source : www.assurance-auto.comprendrechoisir.com

Une fois que vous avez identifié la couverture dont vous avez besoin, faites faire des devis par les différentes compagnies d'assurances ou mutuelles. Leurs sites internet proposent en général de faire une demande en ligne. Ensuite, comparez principalement les trois paramètres suivants :

- ✓ Le montant des primes d'assurance;
- ✓ Les franchises, les sommes qui restent à la charge de l'assuré en toutes circonstances;
- ✓ Les limitations de garantie et les exclusions.



Choisissez toujours une couverture qui corresponde parfaitement à vos besoins. Votre objectif doit être de payer pour ce qu'il vous faut, ni plus ni moins.

Les clauses et les exclusions

Comme tout contrat d'assurance, l'assurance auto ou moto ne fait pas exception à la règle : elle comporte des limites et des exclusions que l'assuré doit absolument lire avant de souscrire; par exemple :



- ✓ Pas d'assistance en cas de panne à moins de 50 km du domicile (voire pas de dépannage du tout);
- ✓ Seulement une assurance au tiers si le véhicule est conduit par une autre personne que l'assuré;

- ✓ Pas d'indemnisation des dommages matériels si le véhicule est volé (ou une franchise élevée);
- ✓ Une franchise importante en cas de vol du véhicule neuf;
- ✓ Pas d'indemnisation des accessoires ajoutés au véhicule s'ils sont volés;
- ✓ Paiement des primes en plusieurs fois, avec des frais.

Le prix de l'assurance auto ou moto

En matière d'assurance, quels que soient le bien ou la personne assurés, les tarifs ne sont pas réglementés : les primes sont fixées librement par chaque assureur. Ensuite, c'est au client de faire son choix.

Les critères de fixation des tarifs

Même si les assureurs se concurrencent sur leurs tarifs – et l'affirment à grand renfort de publicité –, ils utilisent tous à peu près les mêmes critères pour fixer le prix d'un contrat d'assurance auto ou moto.

Le principe est simple : moins l'assuré a eu et aura d'accidents responsables, moins il coûtera cher à son assureur. Cela conduit ce dernier à lui proposer un tarif intéressant. Ensuite, le principe du bonus-malus permet de faire du cas par cas (voir chapitre précédent), ainsi que les antécédents de l'assuré en tant que conducteur : nombre d'accidents responsables ou non.



Les conducteurs qui se sont rendus responsables d'accidents peuvent voir leur prime d'assurance augmenter jusqu'à 400 % au maximum. Néanmoins, ces majorations sont supprimées au bout de deux ans.

Le profil du conducteur

Pour évaluer combien va coûter un assuré, les statistiques des sinistres donnent quelques tendances, qui permettent de présumer que certains risques vont se réaliser plus vite pour certains conducteurs, moins pour d'autres. C'est ainsi que le sexe, l'âge, la situation familiale et l'ancienneté du permis de conduire sont des critères dont les assureurs tiennent compte pour fixer un tarif d'assurance auto ou moto.

- ✓ **Le sexe** : les femmes ont moins d'accidents graves que les hommes, essentiellement parce qu'elles conduisent en général de plus petites voitures, surtout en ville (donc à petite vitesse) et rarement sous l'emprise de l'alcool. Elles ont plus d'accrochages que les hommes, mais moins coûteux;

- ✓ **L'âge** : les jeunes de 18 à 25 ans ont plus d'accidents que leurs aînés, parce qu'ils sont moins expérimentés, conduisent des véhicules plus vétustes, un peu trop vite et plus souvent après avoir bu ;
- ✓ **La situation familiale** : les conducteurs chargés de famille conduisent en général plus prudemment que les conducteurs célibataires ou sans enfants ;
- ✓ **L'ancienneté du permis de conduire** : les « jeunes conducteurs » ont plus d'accidents graves dans la période qui suit immédiatement l'obtention de leur permis de conduire.



Les « jeunes conducteurs » qui s'assurent en leur nom propre paient, la première année, une surprime égale au maximum à 100 % du tarif de base. Celle-ci est diminuée de moitié la seconde année et disparaît totalement la troisième année. Néanmoins, elle peut être réduite de moitié si le conducteur a bénéficié d'un apprentissage anticipé de la conduite (c'est-à-dire de la conduite accompagnée).

À noter également que les assureurs considèrent comme « jeunes conducteurs » ceux qui ont leur permis depuis longtemps mais n'ont pas été personnellement assurés durant les trois années précédant la souscription du contrat.

Un ou plusieurs conducteurs ?

Les assureurs distinguent les conducteurs désignés au contrat, des conducteurs occasionnels du véhicule. Ceux qui figurent nominativement sur le contrat sont ceux qui utilisent régulièrement le véhicule. Ceux qui ne sont pas nommés ne peuvent le conduire qu'épisodiquement. Lorsqu'un conducteur occasionnel est appelé à utiliser le véhicule régulièrement, il doit être signalé comme tel à l'assureur, qui va le nommer au contrat. De cette manière, il bénéficiera des mêmes garanties que le conducteur officiel.

Soulignons que certaines mutuelles d'assurances autorisent tous leurs sociétaires à se prêter entre eux leurs véhicules, qu'ils soient ou non de la même famille et sans avoir de déclaration particulière à faire auprès d'elle.

À noter enfin que, lorsqu'une personne conduit le véhicule d'un assuré à son insu et se rend responsable d'un accident, le coefficient de bonus-malus de l'assuré n'est pas modifié.

Les antécédents du conducteur

Comme on s'en doute, plus le conducteur a eu d'accidents responsables, plus son tarif d'assurance grimpe. Pour évaluer ce paramètre, l'assureur utilise un relevé d'informations fourni par l'assureur précédent, intitulé « Déclaration d'antécédents ». Il comporte notamment les informations suivantes :

- ✓ La date de souscription du contrat ;
- ✓ Le numéro d'immatriculation du véhicule ;

- ✓ Les nom, prénoms, date de naissance des conducteurs désignés dans le contrat ;
- ✓ Le numéro et la date de délivrance de leur permis de conduire ;
- ✓ Le nombre, la nature, la date de survenance et la part de responsabilité retenue pour les sinistres que le conducteur a eus au cours des cinq ans précédents ;
- ✓ Le coefficient de bonus-malus dont il a bénéficié lors de la dernière échéance annuelle.

Ces informations figurent également dans les avis d'échéance annuels. En effet, ils indiquent systématiquement le montant de la prime de base et les coefficients de bonus-malus appliqués.



Lors de la résiliation d'un contrat d'assurance auto ou moto, l'ancien assureur l'envoie automatiquement. Mais, en dehors de toute résiliation, tout assuré peut le demander à son assureur, qui doit le lui fournir dans les 15 jours. C'est intéressant, par exemple, pour changer d'assureur : avec les antécédents du conducteur en main, le nouvel assureur peut établir un devis exact des tarifs qu'il lui propose.

Le modèle de véhicule

Assurer une grosse cylindrée à la marque prestigieuse coûte évidemment plus cher qu'assurer une petite citadine « banale ». Son âge et son niveau d'équipement comptent aussi dans le tarif de l'assurance.



- ✓ **Le modèle et la cylindrée** : plus le véhicule est puissant, plus il est cher à l'achat, et, pour l'assureur, plus il sera cher à rembourser en cas de vol. Certains modèles font d'ailleurs l'objet de surprimes. Par ailleurs, la puissance accroît aussi les possibilités de conduite trop rapide, donc de risques potentiels d'accident. Tout cela augmente le tarif de l'assurance.

En matière d'assurance deux-roues, la modification illégale de la puissance du moteur par l'assuré autorise son assureur à refuser de rembourser les frais consécutifs à un accident.

- ✓ **L'ancienneté du véhicule** : plus le véhicule est récent, plus il est cher à acheter, donc à rembourser s'il est volé. Il en est de même s'il est ancien ou rare (dans ce cas, mieux vaut alors se tourner vers un assureur spécialisé dans les véhicules de collection, voir pages suivantes) ;
- ✓ **Ses équipements** : intérieur cuir et ronce de noyer, toit ouvrant, jantes en aluminium, peinture métallisée font aussi gonfler le tarif de l'assurance pour deux raisons : d'une part, ils augmentent la valeur globale du véhicule, d'autre part, si un équipement est volé, il coûtera cher à rembourser.



Si vous conduisez plusieurs types de véhicule, par exemple une voiture et un scooter ou une moto, demandez à votre assureur de tenir compte du même coefficient de bonus pour les deux.

L'usage et la fréquence d'utilisation

Un assuré qui utilise tous les jours sa voiture ou sa moto pour aller travailler, voire pour exercer sa profession, court plus de risques de causer ou de subir un sinistre que s'il ne s'en sert qu'une ou deux fois par semaine, seulement à titre privé.

L'usage et la fréquence d'utilisation du véhicule sont donc des paramètres très importants pour fixer le tarif d'un contrat d'assurance : plus le risque de sinistre est élevé, plus le contrat est cher. Mais en échange la couverture garantie par le contrat sera bien adaptée aux besoins de réparation ou de remboursement potentiels.

Les contrats d'assurance auto ou moto proposent en général quatre possibilités :

- ✓ Déplacements privés ;
- ✓ Déplacements privés et trajet domicile/travail ;
- ✓ Déplacements privés, trajet domicile/travail, usage professionnel ;
- ✓ Tournées régulières, pour ceux qui utilisent leur véhicule pour des visites de clientèle (médecins, infirmières, VRP, etc.).

Dans tous les cas, l'usage professionnel de la voiture ou de la moto doit être clairement indiqué sur le contrat. Sinon, l'assureur a le droit de refuser de prendre en charge un sinistre qui ne correspond pas à la déclaration de l'assuré.



Si exceptionnellement vous devez utiliser votre véhicule personnel pour remplacer provisoirement, par exemple, votre voiture de fonction, prévenez votre assureur. Il adaptera votre contrat à cette situation provisoire. À moins que l'assureur de l'employeur ne se charge de cette couverture. À voir avec l'un et l'autre.

La zone de circulation

Autre paramètre pris en compte par les assureurs : la zone de circulation. Là encore les statistiques de sinistres parlent d'elles-mêmes : les risques d'accident, de vol ou de dommage ne sont pas les mêmes à la ville et à la campagne, dans les grandes métropoles, dans les petites villes ou les villages.

Par conséquent, quel que soit le lieu de résidence déclaré par l'assuré, si la zone où il va circuler avec son véhicule présente des risques potentiels de

sinistre, sa prime d'assurance sera plus élevée. Et sa couverture d'autant mieux adaptée.



Voie publique, parking extérieur privé, parking souterrain ouvert ou privatif, garage ou box fermé : l'endroit où est stationnée la voiture ou la moto, la nuit, est aussi un paramètre qu'il faut déclarer à l'assureur. Il vous proposera un contrat adapté aux risques que court (ou ne court pas) le véhicule, compte tenu des moyens de garage dont vous disposez.

Annulation de permis et assurance

Lorsque le permis de conduire est annulé, le mieux est d'en informer immédiatement son assureur, ne serait-ce que pour réduire le montant du contrat, si aucun autre conducteur ne conduit habituellement le véhicule. En effet, seules les garanties de la responsabilité civile, et éventuellement du vol, de l'incendie ou du bris de glace, restent intéressantes. Mais les dommages corporels du conducteur ou les dommages collision n'ont plus lieu d'être : l'assureur peut donc les suspendre.

Toutefois, l'annulation du permis de conduire d'un assuré autorise l'assureur à résilier le contrat avant échéance, si le contrat le prévoit. La résiliation prend alors effet un mois après l'information de l'assuré.

L'assureur connaît-il le nombre de points des assurés ?

L'information concernant le nombre de points restants sur un permis de conduire est destinée exclusivement au titulaire de ce permis. Aucune autre personne physique ou morale ne peut l'obtenir (si elle le fait en utilisant le nom

du titulaire du permis, elle risque une amende de 7500 €).

Et, dans tous les cas, les assureurs n'ont pas le droit d'utiliser cette information pour fixer un tarif ou imposer une surprime.

Le principe de la franchise

La franchise est une somme forfaitaire qui reste à la charge de l'assuré en cas de sinistre, quelle que soit l'étendue des garanties qu'il a choisies (y compris tous risques). Son rôle est de responsabiliser l'assuré : comme une certaine

somme ne lui est pas remboursée, il fait plus attention à ne pas faire courir de risques inconsidérés à son véhicule.

Les franchises selon les sinistres

Certains sinistres en prévoient, d'autres non. Là encore, la réglementation n'impose rien : les assureurs les fixent librement, sauf pour la garantie catastrophe naturelle, dont la franchise est fixée par un arrêté ministériel.

Tableau 5-2 : Les types de franchise selon les garanties

<i>Garantie</i>	<i>Franchise à vérifier dans le contrat d'assurance</i>
Responsabilité civile	En cas d'accident responsable.
Dommages collision	En cas d'accident responsable.
Dommages conducteur	Deux types de franchise possibles : – Franchise en jours ; – Franchise en pourcentage.
Dommages tous accidents	Franchise selon le cas de figure (jeune conducteur...).
Vol (véhicule, contenu...)	Les franchises varient selon le type d'infraction.
Catastrophe naturelle	Franchise de 380 € fixée par arrêté ministériel.
Bris de glace	– Réparation : en général pas de franchise ; – Remplacement : souvent une franchise.
Forces de la nature, tempête, incendie, vandalisme, terrorisme	Généralement pas de franchise.
Protection juridique	Définit un seuil minimal du montant du litige en dessous duquel l'assurance n'intervient pas.
Assistance	Franchise kilométrique en cas de panne (mais pas en cas d'accident).

Source : www.assurance-auto.comprendrechoisir.com



Si vous êtes un jeune conducteur, sachez que certains contrats doublent ou triplent la franchise, en échange d'une couverture plus étendue (par exemple tous risques). Cela peut être intéressant si le véhicule est neuf et luxueux. Une option à étudier.

Les différents modes de calcul des franchises

Les franchises peuvent être exprimées en euros ou en pourcentage.

Tableau 5-3 : Les différents calculs des franchises

Type de franchise	Mode de calcul
Franchise absolue (la plus courante)	Le montant de la franchise est déduit de l'indemnité versée par votre assureur.
Franchise simple ou relative	<ul style="list-style-type: none">– Si les dégâts sont inférieurs au montant de la franchise, l'assureur ne vous rembourse rien ;– Si les dégâts sont supérieurs au montant de la franchise, l'assureur rembourse la totalité des frais du sinistre, sans déduire la franchise.
Franchise proportionnelle	La franchise correspond à un pourcentage du montant des dommages inscrits au contrat, avec un minimum et un maximum.
Franchise en jours	La franchise est le nombre de jours au-delà duquel la garantie fonctionne.
Franchise kilométrique	La garantie ne fonctionne qu'au-delà d'un certain nombre de kilomètres au départ du stationnement habituel du véhicule.

Source : www.assurance-auto.comprendrechoisir.com



Comme toutes les franchises sont inscrites au contrat, elles représentent un excellent critère de comparaison pour choisir le meilleur contrat d'assurance auto et moto.

Sachez aussi qu'en général le montant du tarif d'assurance auto ou moto est d'autant moins élevé que la franchise est importante. C'est ainsi que certains assureurs communiquent en affirmant que leurs tarifs sont les moins élevés : pour le vérifier, il faut aussi examiner le montant de leurs franchises !

Inversement, pour l'assuré, il peut être intéressant de demander à réduire ou à supprimer certaines franchises, au prix d'une petite hausse de la cotisation. À négocier avec son assureur.

S'assurer sur mesure

En matière d'assurance auto ou moto, les contrats sont adaptables à toutes les situations, tous les types de véhicule et à peu près tous les budgets. Ainsi, pour les conducteurs qui savent définir exactement de quoi ils ont besoin, les assureurs peuvent faire du sur-mesure.

Voici quelques exemples, non exhaustifs, des possibilités offertes aujourd'hui par les compagnies ou les mutuelles d'assurances.

La conduite exclusive

C'est une clause qui peut être ajoutée au contrat d'assurance et qui stipule que le véhicule ne peut être conduit par personne d'autre que l'assuré. Elle est proposée en général aux très bons conducteurs, qui ont un coefficient de bonus maximal et souhaitent en profiter encore plus. Car, pour l'assureur, n'autoriser qu'un seul très bon conducteur signifie réduire très sérieusement les risques de sinistre.

Cela a deux conséquences :

- ✓ Comme les risques sont réduits, le tarif global du contrat peut être baissé;
- ✓ L'assuré peut tout de même exceptionnellement prêter son véhicule, mais au prix de franchises plus élevées.

L'utilisation du véhicule à titre onéreux

Lorsqu'un assuré utilise son véhicule pour le transport payant de personnes, il doit souscrire un contrat spécifique. En revanche, s'il prend un auto-stoppeur ou partage les frais d'essence avec un collègue ou un voisin, en cas de sinistre, son contrat d'assurance couvre tous les dommages prévus au contrat.

La conduite occasionnelle

La ou les personnes qui conduisent habituellement le véhicule sont désignées dans le contrat comme « conducteurs habituels ». Cependant, il se peut que ce ou ces conducteurs, par exemple deux conjoints, laissent occasionnellement l'un de leurs enfants (ou un autre proche) conduire la voiture ou la moto. Dans ce cas, pour que toutes les garanties du contrat le couvrent, il faut le déclarer à l'assureur en tant que « conducteur occasionnel ». S'il n'est pas novice et que son passé de conducteur est correct, cela ne changera rien au tarif du contrat.

À défaut, en cas de sinistre provoqué par ce conducteur non déclaré, les conducteurs habituels seront considérés comme responsables des dommages ; ils devront en rembourser tout ou partie à leur frais... et en subiront le malus.



Avant de prêter votre voiture à un ami ou à une connaissance, vérifiez toujours qu'il ou elle a bien obtenu son permis de conduire. À défaut, en cas d'accident, votre assureur indemniserait ses victimes et vous demanderait ensuite de lui rembourser tout ou partie de cette indemnisation.

Si finalement ce conducteur occasionnel devient habituel, déclarez-le comme tel à l'assureur, pour qu'il l'intègre au contrat et le garantisse de tous les dommages qu'il couvre. Ne pas le faire peut entraîner la nullité du contrat, pour cause de mauvaise foi de l'assuré.

Enfin, il est également possible de prévoir, dans le contrat, que le véhicule puisse être conduit par n'importe qui, sans avoir à en prévenir l'assureur. Cela augmente le tarif du contrat et/ou celui des franchises, mais cela permet aussi plus de souplesse. De cette manière, par exemple, une voiture, une moto ou un scooter peuvent servir d'appoint dans une maison de vacances détenue en commun par des amis ou des cousins : en cas de sinistre provoqué par n'importe lequel des conducteurs, y compris des invités de passage, l'assurance couvrira les dommages prévus au contrat.

S'assurer en tant que jeune conducteur

Vous venez d'avoir votre permis de conduire et vous avez acheté votre première voiture ou votre première moto. Il va falloir vous assurer. Or, on l'a vu, cela signifie : payer une surprime, destinée à compenser les risques importants pris par l'assureur, compte tenu des statistiques d'accident des nouveaux conducteurs.

Cette surprime peut atteindre jusqu'à 100 % de majoration du tarif de référence. Elle est ensuite réduite de moitié après chaque année passée sans accident responsable.

Tableau 5-4 : Surprime et conduite accompagnée

<i>Majoration maximale</i>	<i>Apprentissage normal</i>	<i>Apprentissage anticipé</i>
À la souscription	100 %	50 %
Après un an d'assurance sans accident	50 %	25 %
Après deux ans d'assurance sans accident	Plus de surprime	Plus de surprime

Source : FFSA.



Si avant d'avoir votre voiture personnelle vous avez conduit régulièrement la voiture de vos parents et qu'ils vous ont déclaré comme conducteur habituel ou occasionnel sur leur contrat d'assurance, une franchise reste généralement à votre charge en cas d'accident. Il est possible de la faire annuler en payant une cotisation plus élevée.

L'assurance au kilomètre

Aujourd'hui, ça s'appelle « pay as you drive » ou même « PAYD ». Le principe est simple : moins on roule, moins l'assurance est chère. Certains assureurs ajoutent des tarifs préférentiels en cas de conduite certains jours « creux » de la semaine ou durant un créneau horaire précis.

Pour cela, l'assuré commence par souscrire une formule annuelle d'assurance à un prix fixe, par exemple 120 € par an (12 € par mois).

Après cela, l'assureur lui fournit un boîtier électronique (type GPS) destiné à lui transmettre le nombre de kilomètres parcourus.

Selon les assureurs, les différents modes de tarification des offres sont :

- ✓ Un forfait mensuel de kilomètres, avec une réduction de la prime si ce forfait n'est pas parcouru. À l'inverse, au-delà du forfait, un prix est fixé par kilomètre parcouru en plus ;
- ✓ Une tarification réelle au kilomètre, sans forfait d'aucune sorte, par exemple entre 0,01 € et 0,04 € selon le profil, les antécédents et le bonus de l'assuré.



Ce nouveau type de contrat est globalement 20 à 25 % en dessous des prix du marché. Cela permet de faire des économies sur sa facture d'assurance, notamment lorsque l'on est un jeune conducteur ou que l'on utilise peu son véhicule.

Si le véhicule ne circule jamais

Si votre véhicule est remisé dans un garage et qu'il n'est pas assuré, tant qu'il ne circule pas, l'obligation d'assurance ne s'applique pas.

Pour autant, votre responsabilité civile reste entière : si le véhicule prend feu ou que ses freins se desserrent et qu'il provoque un sinistre, en tant que propriétaire, il faudra dédommager les victimes éventuelles. D'où l'intérêt de s'assurer au moins au tiers.

Assurer un véhicule de collection

Un véhicule de collection est une machine qui :

- ✓ A plus de 25 ans, sauf si le modèle est rare. Dans ce cas, il peut tout de même être déclaré « véhicule de collection » même s'il est moins ancien (par exemple 10 ou 15 ans);
- ✓ A une carte grise spéciale « véhicule de collection » (pour ceux qui en ont besoin);
- ✓ Ne passe plus de contrôle technique.

Comme les sorties du véhicule de collection sont en principe assez limitées, les risques aussi. Par conséquent, les tarifs sont plutôt raisonnables. Surtout si, par ailleurs, le propriétaire assure d'autres véhicules auprès de la même compagnie.



Comparez toujours les prix entre votre assureur « normal » et un assureur spécialisé en véhicules de collection, qui peut pratiquer des prix et fournir des services plus intéressants.

À noter également que certaines compagnies d'assurances exigent que l'assuré utilise un autre véhicule, plus récent, pour ses trajets quotidiens. Elles peuvent aussi demander que le conducteur du véhicule de collection ait plus de 21 ans et une certaine ancienneté de permis de conduire (en général deux ou trois ans).

L'assurance auto ou moto en voyage

Les assurés qui partent en voyage à l'étranger avec leur voiture ou leur moto doivent absolument se munir de leur permis de conduire et de leur « carte verte ». Celle-ci est en effet indispensable en voyage, car elle prouve que l'assuré a bien souscrit une assurance responsabilité civile obligatoire. Cela permettra à son assureur d'indemniser toute personne victime d'un accident qu'il causerait à l'étranger.



Un contrat français d'assurance auto ou moto couvre automatiquement – et sans surprime – la responsabilité civile pour les dommages corporels et matériels qui pourraient être provoqués dans n'importe quel pays de l'Espace économique européen (c'est-à-dire les pays de l'Union européenne ainsi que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège) ainsi qu'en Andorre, en Croatie et en Suisse.

Quant aux autres garanties (panne, vol ou tentative de vol, incendie, acte de vandalisme, accident matériel, perte ou vol de clé, etc.), tout dépend de ce que prévoit le contrat.

De même, vérifiez l'étendue géographique de ces garanties : au recto de la carte verte figure la liste des pays qu'elle couvre (au-dessous de l'identification du véhicule et de l'assuré). Au verso, à côté de chaque pays, est indiquée l'adresse du bureau local d'assurance à contacter en cas de problème.

Si certains pays sont barrés, c'est que le contrat d'assurance souscrit ne couvre pas les sinistres qui peuvent s'y produire. Dans ce cas, il y a deux possibilités :

- ✓ Souscrire une extension temporaire de garantie (moyennant finance) ;
- ✓ Ne rien souscrire mais prendre à sa charge les réparations et les indemnités éventuelles en cas d'accident durant le voyage.



Dans tous les cas, avant de partir, un coup de fil à l'assureur est toujours conseillé pour vérifier toutes ces questions. Quant aux démarches à effectuer en cas d'accident à l'étranger, elles sont détaillées au chapitre suivant (voir aussi « Les assurances pour les voyages », au chapitre 12).

Assurer un quad

Quad, est l'abréviation de « quadricycle à moteur ». C'est une moto à quatre roues. Seuls les modèles homologués peuvent être utilisés sur la voie publique. Sans cette homologation, un quad ne peut rouler que sur un terrain privé.

Les quads homologués

Comme pour tout engin à moteur, la réglementation s'applique : avant de rouler sur la voie publique, il faut être assuré en bonne et due forme. Les garanties sont les mêmes que pour tous les véhicules. La responsabilité civile est obligatoire, puis le propriétaire du quad a le choix entre l'assurance vol, l'assurance incendie, jusqu'à l'assurance tous risques. Le contrat d'assurance est adapté à l'engin, à l'utilisation prévue et au profil du conducteur.



Sur la voie publique, le port d'un casque est obligatoire, pour le conducteur comme pour son passager éventuel. Rouler sans casque les expose, en cas d'accident, à un refus de prise en charge par l'assureur des dommages corporels.

Soulignons aussi que le transport de passagers n'est autorisé que sur un siège fixé au véhicule et différent de celui du conducteur. La selle double ou la banquette sont assimilées à deux sièges. Elles peuvent donc accueillir un passager, muni de son casque.

Quel permis de conduire pour un quad ?

Les exigences en matière de permis sont à peu près les mêmes que pour les deux-roues. À partir de 16 ans, avec le brevet de sécurité routière (BSR), on peut conduire un « quadricycle léger à moteur », c'est-à-dire tout engin de moins de 50 cm³ ou ayant une puissance inférieure à 4 kW, avec une vitesse limitée par construction à 45 km/h, un poids à vide inférieur à 350 kg et une charge utile de 200 kg.

Le « quadricycle lourd à moteur » fait plus de 50 cm³, mais sa puissance est inférieure à 15 kW ; son poids à vide est de 550 kg. Pour le conduire, il faut avoir plus de 16 ans et être titulaire d'un permis B1 (quadricycle à moteur) ou d'une équivalence de permis A1 (moto légère), A (permis moto) ou B (permis voiture).

Le quad non homologué

Un quad non homologué ne peut se conduire que dans des chemins privés ou des terrains spécifiques. En cas d'accident, la responsabilité du conducteur entre en jeu : avant toute prise en charge, l'assureur examinera les circonstances et appliquera les clauses et les franchises prévues au contrat.



Si vous roulez sur la voie publique avec un quad non homologué, non seulement vous n'êtes pas assuré pour cela, mais en plus vous risquez une amende de 1 500 à 3 000 € et la confiscation de votre engin. Et si l'accident est grave, vous risquez une peine de prison de six mois à deux ans.

L'assurance pour participer à des compétitions ou des rallyes

En général, les contrats d'assurance auto et moto excluent la compétition de leurs garanties. En effet, le problème avec les sports mécaniques, ce sont les blessures du pilote (souvent graves) et la casse de son matériel, à peu près systématiques en cas d'accident. Ajoutées aux dommages subis indirectement par les autres pilotes et leur matériel, pour un assureur, tout cela coûte cher à rembourser. Beaucoup plus cher que ce que les primes « normales » d'une assurance auto ou moto permettent de couvrir.



Toute participation, ou tout essai, effectuée dans le cadre d'une course, d'une épreuve ou d'une compétition est également exclue du champ « normal » de la garantie de responsabilité civile.

En fonction du type de compétition à laquelle l'assuré souhaite participer, il lui faut donc une couverture spécifique. Plusieurs choix s'offrent à lui.

L'assurance liée à une licence sportive

Si le conducteur est licencié d'une association, d'une ligue ou d'une fédération de sports mécaniques, cette licence est toujours assortie d'un contrat d'assurance, relativement bien adaptée à la pratique du sport en question et aux compétitions organisées dans ce cadre.

À lire toujours attentivement et à rapprocher des garanties « normales » prévues par le contrat d'assurance auto ou moto. Il est possible que cet ensemble suffise à couvrir la pratique du sport.

L'ajout d'un avenant

Si le contrat d'assurance auto ou moto comprend déjà des garanties très étendues, il suffit peut-être d'en ajouter une ou deux, spécifiques au contexte de la compétition. Dans cette hypothèse, l'assureur exigera sûrement une surprime plus ou moins élevée selon la couverture nécessaire.



Si vous avez souscrit une garantie des accidents de la vie, sachez qu'elle couvre les dommages subis au cours de la pratique d'un sport. Cette garantie est détaillée au chapitre 13.

Souscrire un contrat spécifique

Pour être parfaitement couvert, il faudra peut-être souscrire un nouveau contrat auprès de son assureur ou d'un autre, spécialisé dans la couverture de gros risques. De cette manière, les garanties seront vraiment adaptées aux besoins d'un type de compétition (par exemple un rallye à l'étranger, voir encadré).



N'oubliez pas d'assurer également vos trajets pour vous rendre sur les lieux des compétitions et pour le retour. Si par exemple votre matériel est placé sur une remorque ou dans un camion et qu'un accident se produit, les réparations peuvent aussi coûter très cher.

L'assurance pour un rallye auto ou moto

Dans ce contexte, il est question d'assurer :

- ✓ Les dommages éventuels subis par les véhicules de course : auto, moto, camion, quad ;
- ✓ Les dommages des véhicules d'assistance ;
- ✓ Les phases de transport.

En principe, tous les risques possibles sont couverts par l'assurance. Cela comprend, par exemple, le vol ou les dommages causés aux équipements et aux accessoires installés sur ou dans le véhicule en compétition.

En revanche, les effets personnels laissés dans le véhicule sont en général exclus de la garantie contre le vol.

Pour le trajet aller-retour, le véhicule est couvert en « franc d'avaries particulières » (FAP), c'est-à-dire pour tous les dommages causés au véhicule. C'est le cas, par exemple, à la suite d'un naufrage, d'une voie d'eau, d'une chute (pendant l'embarquement), d'une inondation, d'un incendie, d'une explosion, d'une catastrophe naturelle (éruption volcanique, tremblement de terre, foudre, cyclone, etc.).

Les risques exclus : il s'agit en général des risques encourus par le matériel, le pilote et son staff, pour cause de guerre, émeute, acte de piraterie, capture ou détention par des autorités.

Ensuite, on exclut souvent les dommages causés par le matériel assuré, par le pilote lui-même et son staff, que ce soit fortuit ou intentionnel.

Néanmoins, la liste des dommages pris en compte ou exclus du contrat d'assurance auto est toujours négociable selon les contextes et surtout le budget dont on dispose. C'est donc ce sur quoi il faut passer le plus de temps. Autre avantage en cas de sinistre, les litiges avec l'assureur sont réduits.

Chapitre 6

Les accidents et les indemnisations

Dans ce chapitre :

- Que faire en cas d'accident de la circulation
 - Les procédures d'indemnisation
 - Le règlement des autres dommages
 - Que faire en cas de litige avec son assureur?
-

Être correctement assuré ne suffit malheureusement pas à éviter un sinistre. En revanche, lorsque l'un d'entre eux se produit, le fait d'avoir souscrit un bon contrat d'assurance, auprès d'un assureur sérieux, permet d'aborder les événements avec un peu plus de sérénité.

Les accidents de la circulation

Après un accident entre deux véhicules, les parties en présence n'ont pas beaucoup de questions à se poser. Leur rôle est assez simple : constater les faits et transmettre ces constatations à leur assureur respectif.

Et si l'accident est grave, il n'y a qu'un réflexe à avoir : appeler la police ou la gendarmerie pour que le constat soit établi par un tiers incontestable.

Remplir un constat amiable

C'est un petit formulaire intitulé « constat amiable européen », car il est valable sous cette forme dans toute l'Union européenne. Il est fourni gratuitement à tous les assurés par les compagnies et mutuelles d'assurances. Chaque conducteur est tenu d'en avoir en permanence un

exemplaire avec lui – par exemple dans la boîte à gants d'une voiture ou le top-case d'une moto ou d'un scooter.

Il se compose de deux feuillets autocopiants :

- ✓ L'un pour l'assureur d'une des parties ;
- ✓ L'autre pour celui de l'autre conducteur.



N'utilisez qu'un seul constat par accident sauf en cas de carambolage ou d'accident avec plusieurs véhicules (voir plus loin). Quelles que soient les circonstances, et même s'il s'agit d'un simple accrochage, remplissez-le avec soin. En effet, son rôle est fondamental : il permet aux assureurs de déterminer les responsabilités de chacun et d'attribuer rapidement les indemnisations.

Le recto du constat

Il est composé de trois colonnes : Véhicule A, Circonstances, Véhicule B. Avant de commencer à le remplir, lisez le mode d'emploi et procédez étape par étape.



Il est possible que, sous le choc, l'un des protagonistes ne soit pas en état de remplir le constat. Dans ce cas, s'il y a des témoins, l'un d'eux peut s'en charger.



Concernant la colonne des circonstances de l'accident, le constat en prévoit 17 pour chacun des véhicules en présence. Chaque conducteur coche les cases qui correspondent à ce qu'il a vécu. Il peut en cocher plusieurs.



Cochez ce qui s'est réellement passé et non ce que chacun comptait faire.

Le formulaire prévoit aussi un croquis de l'accident : il doit être simple mais précis, indiquer la direction de chaque véhicule, leur position au moment du choc, le nom des rues, le point de choc initial, les parties endommagées (attention, ce n'est pas forcément la même chose).



Si le croquis est en contradiction avec les cases cochées, ce sont ces dernières qui font foi.

Pour apporter des précisions sur les circonstances de l'accident, émettre des réserves sur la version de l'autre conducteur, chaque partie peut utiliser la rubrique « Observations ».

Puis chacun signe dans la partie centrale, découpe son feuillet et l'emporte avec lui.

À compter de cet instant, il est interdit de modifier, seul de son côté, le recto de son exemplaire sous peine d'être poursuivi pour « faux et usage de faux ».

Si l'un des conducteurs en cause refuse de remplir et/ou de signer le constat, l'autre n'aura qu'à bien noter tous les renseignements utiles concernant ce conducteur : son numéro d'immatriculation, les mentions de son certificat d'assurance apposé sur son pare-brise. Après cela, il remplira seul le constat, en signalant ce refus. Dans cette hypothèse, les témoignages sont importants. Essayez d'en obtenir plusieurs, en relevant bien le nom et les coordonnées des témoins.



Refusez toujours tout règlement à l'amiable sans constat : vous êtes assuré, vous payez pour cela, il n'y a pas de raison de ne pas faire fonctionner vos garanties. En outre, si vos réparations se révèlent importantes, l'autre conducteur refusera sûrement de les rembourser. Or, sans l'intervention de votre assureur, vous n'aurez aucun moyen de l'y contraindre. Enfin, rien ne dit que finalement votre adversaire ne remplira pas un constat amiable de son côté, en déclarant que vous avez refusé de le remplir.

Le verso du constat

Le verso correspond à une simple déclaration : des renseignements utiles mais sans valeur juridique. Chaque conducteur remplit seul le feuillet qu'il a emporté, par exemple pour compléter les informations inscrites au recto du constat, notamment sur les circonstances.



Il est interdit d'émettre des contradictions. De toute façon, elles ne seront pas prises en compte par les assureurs. Par ailleurs, une fois le constat rempli recto/verso et signé, l'assuré dispose de cinq jours ouvrés pour l'envoyer à son assureur.



Lorsque l'accident est très grave, notamment si l'un, l'autre ou les deux conducteurs sont blessés, le constat amiable n'est plus assez précis. Dans ce cas, il faut appeler la police ou les gendarmes, et les attendre. Ce sont eux qui établiront un procès-verbal incontestable de l'accident, en réunissant les témoignages, et c'est ce document qui permettra aux assureurs d'établir les responsabilités.

En cas de carambolage : un constat par accident

Lorsque plusieurs véhicules se percutent, chaque conducteur remplit un constat amiable pour chaque accident qu'il a subi et/ou causé :

- ✓ Un constat avec le conducteur du véhicule de devant ;
- ✓ Un autre constat avec le conducteur du véhicule de derrière.

Si la première voiture du carambolage n'a des dommages qu'à l'arrière, son conducteur n'établit qu'un seul constat amiable, avec le conducteur de derrière.

Quant au conducteur de la dernière voiture du carambolage, il n'a également qu'un seul constat amiable à dresser, avec le conducteur du véhicule de devant.

Les responsabilités

Dans un carambolage, le principe est le suivant : chaque conducteur est responsable de l'accident causé devant lui, puisque tout conducteur est censé rester maître de sa vitesse en toutes circonstances.



Imaginez... L'une des voitures a réussi à éviter le carambolage en virant à droite ou à gauche sans percuter personne. Mais ensuite elle est projetée sur un véhicule à cause du choc provoqué derrière elle par une voiture qui n'a pas pu s'arrêter : dans cette hypothèse, la rédaction du constat amiable est primordiale ! Dans la rubrique « Observations », le malheureux conducteur mentionnera très précisément comment se sont déroulés les différents accidents, avec des croquis et, si possible, des témoignages. Cela permettra à son assureur de déterminer très précisément les responsabilités de chacun.

Les garanties

Si le conducteur qui se trouve au milieu du carambolage est assuré tous risques :

- ✓ Son contrat va couvrir les dommages qu'il a causés à l'arrière du véhicule qu'il a percuté ;
- ✓ Les dommages causés à l'avant de sa voiture sont aussi couverts par son assurance tous risques, déduction faite de la franchise éventuelle, prévue par son assurance auto en cas d'accident responsable (voir chapitre précédent) ;
- ✓ Il touchera une indemnisation pour les dommages subis à l'arrière de son véhicule, provoqués par la voiture de derrière.

En revanche, si le conducteur n'est assuré qu'au tiers, seuls les dommages de sa « victime » sont pris en charge : lui-même ne sera indemnisé que pour les dommages subis à l'arrière de sa voiture.

L'accident avec un véhicule étranger

En cas d'accident à l'étranger ou d'accident en France avec un véhicule immatriculé à l'étranger, le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible à son assureur français. C'est en effet lui qui se chargera d'instruire le dossier et de saisir, si nécessaire, le Bureau central français.



Le Bureau central français (BCF) a été créé en 1951, dans le cadre du système Carte verte, pour faciliter la circulation automobile internationale et le règlement des sinistres qui en découlent. Il se porte garant de l'indemnisation des victimes d'accidents causés en France par des véhicules étrangers et d'accidents causés à l'étranger par des véhicules français (l'assurance auto et moto en voyage est détaillée au chapitre 12).

L'indemnisation des dommages matériels

Après un accident de la circulation, les assureurs de chaque conducteur se contactent et évaluent les responsabilités de leur client, compte tenu du constat amiable qu'ils ont reçu. Le principe est le suivant : l'assuré est indemnisé en totalité lorsqu'il n'est pas responsable de l'accident, partiellement en cas de responsabilité partagée, pas du tout si la responsabilité est totale.



Si votre compagnie ou mutuelle d'assurances adhère à la convention d'indemnisation directe de l'assuré et de recours entre sociétés d'assurance automobile (Irsa qui signifie « Indemnisation règlement des sinistres automobiles »), c'est elle-même qui vous indemniserait directement, à la place de l'assureur du responsable. La convention Irsa est applicable dans la plupart des accidents.

Tableau 6-1 : L'indemnisation selon les garanties prévues au contrat

<i>La garantie</i>	<i>La responsabilité dans l'accident</i>	<i>L'indemnisation des dommages matériels de l'assuré</i>	<i>Coefficient de malus</i>
Assurance responsabilité civile (« au tiers »)	L'assuré n'est pas responsable de l'accident	Prise en charge totale des dommages subis par l'assuré, sans franchise	Non
	L'assuré est responsable	Aucun remboursement des dommages subis par l'assuré	Oui
	Torts partagés entre l'assuré et l'autre conducteur	Prise en charge partielle des dommages subis par l'assuré	Oui
	Responsable non identifié (intervention possible du FGAO, voir chapitre 1)	Aucun remboursement des dommages subis par l'assuré	Non
Assurance dommages collision	L'assuré n'est pas responsable de l'accident	Prise en charge totale des dommages subis par l'assuré, sans franchise	Non
	L'assuré est responsable	Prise en charge totale des dommages subis par l'assuré, après application de la franchise prévue au contrat	Oui
Assurance dommages tous accidents	Torts partagés entre l'assuré et l'autre conducteur	Prise en charge totale des dommages subis par l'assuré, sans franchise (sauf si le contrat en prévoit une)	Oui
Assurance tous risques	Responsable non identifié	Prise en charge totale des dommages subis par l'assuré, après application de la franchise prévue au contrat	Non si le véhicule était garé et en cas de bris de glace

L'évaluation des réparations

Pour prendre en charge la remise en état du véhicule accidenté, les assureurs ont deux possibilités, prévues par le contrat d'assurance :

- ✓ Si les dommages déclarés par l'assuré ne sont pas très importants, c'est-à-dire inférieurs à une somme inscrite dans le contrat (par exemple 1 500 €), l'assureur autorise son client à faire réparer son véhicule et à lui faire parvenir la facture, qu'il remboursera ;
- ✓ Si les dommages déclarés par l'assuré sont beaucoup plus importants, l'assureur va avoir besoin d'évaluer par lui-même si le véhicule est réparable et pour quel montant.

Dans le second cas de figure, l'assureur va mandater un expert automobile. Pour cela, il demande à l'assuré de déposer son véhicule dans un garage agréé par sa compagnie. Dans la semaine ou la quinzaine qui suit l'accident, l'expert passe alors l'examiner et établit le montant des dommages remboursés par l'assureur.

Par ailleurs, si au cours de sa mission d'expertise l'expert découvre des déficiences, des défauts de conformité du véhicule ou un accessoire non homologué, susceptibles de mettre en danger le conducteur ou d'autres personnes, il doit en informer le propriétaire du véhicule sans délai (article R. 326-2 du Code de la route).



Dans la mesure du possible, essayez de savoir quel jour passe l'expert, pour être présent lors de sa venue, de manière à répondre précisément à ses questions s'il s'en pose. Dans tous les cas, il vous envoie une copie du rapport qu'il va donner à l'assureur.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, l'assuré peut faire appel à un expert de son choix pour procéder à une contre-expertise, mais cette fois à ses frais. Si le second expert conteste les conclusions du premier, un troisième expert peut intervenir pour arbitrer. Et, pour ce dernier, l'assureur et l'assuré se partagent le paiement des frais de sa nomination et ses honoraires.

Si le véhicule est très endommagé

Après un grave accident, la question se pose de savoir dans quelle mesure les voitures endommagées peuvent être remises en circulation. Le Code de la route prévoit une procédure d'expertise, qui a été renforcée et simplifiée, à la suite d'une directive européenne.



Un décret et un arrêté ont été publiés dans ce sens au *Journal officiel* des 12 avril et 14 mai 2009. Les nouvelles règles sont en vigueur depuis le 1^{er} juin 2009, mais, pour l'instant, elles ne concernent que les véhicules légers. Les motos et les poids lourds devraient y être intégrés, mais les concertations entre la Sécurité routière et les usagers sont encore en cours. À suivre, donc.

Quatre critères de sécurité

L'objectif est de détecter les véhicules qui présentent un danger immédiat pour la sécurité, afin de les retirer de la circulation, temporairement ou définitivement. La nouvelle procédure prévoit que l'expert étudie quatre grands critères de sécurité :

- ✓ Les déformations importantes de la carrosserie;
- ✓ La liaison au sol (notamment le freinage);
- ✓ La direction;
- ✓ Les éléments de sécurité des passagers.

Si la voiture présente au moins une déficience parmi ces quatre critères, l'expert déclenche auprès de la préfecture une procédure d'opposition à la remise en circulation du véhicule et d'opposition au transfert du certificat d'immatriculation (la nouvelle carte grise). La préfecture met alors en place une procédure interdisant au propriétaire du véhicule de circuler, de le donner ou de le vendre. Celui-ci en est informé par courrier : sa voiture ne pourra être remise en circulation qu'après réparation des éléments dont l'expert établit la liste.



Auparavant, les critères de sécurité étaient au nombre 31, ce qui alourdissait et ralentissait beaucoup la procédure.

Une fois les réparations réalisées, l'expert doit à nouveau examiner le véhicule, pour attester qu'il répond bien aux critères de sécurité. Si c'est le cas, le propriétaire est avisé d'une « levée d'opposition » de circuler. Le certificat d'immatriculation lui est restitué et il peut reprendre la route dans sa voiture.

Le nouveau système d'immatriculation des véhicules

La rapidité de la nouvelle procédure repose sur le nouvel outil de télétransmission, mis en place dans le cadre du nouveau système d'immatriculation des véhicules (SIV). Ainsi, à la place de la traditionnelle carte grise, les voitures se voient attribuer un « certificat d'immatriculation », avec un numéro minéralogique à vie.

C'est ainsi que, depuis leur bureau, les experts habilités par les préfectures peuvent activer ou désactiver l'opposition de remise en circulation des véhicules accidentés.

Le véhicule est économiquement irréparable

Lorsque le rapport d'expertise établit que le montant des réparations est supérieur à la valeur de la voiture elle-même, le Code de la route prévoit que les entreprises d'assurances doivent proposer une indemnisation en perte totale, dans les 15 jours qui suivent la remise du rapport d'expertise. Mais cela suppose en même temps que l'assureur récupère le véhicule.

Le propriétaire du véhicule dispose de 30 jours pour donner sa réponse : soit il accepte l'indemnisation et cède sa voiture à l'assureur, soit il refuse.



Le propriétaire peut aussi décider de faire réparer sa voiture, même si les travaux sont très onéreux. Dans ce cas, le véhicule ne pourra être à nouveau immatriculé et remis en circulation qu'après un rapport d'expertise certifiant :

- ✓ Qu'il a fait l'objet des réparations prévues par le premier rapport d'expertise;
- ✓ Qu'il est en état de circuler dans des conditions normales de sécurité;
- ✓ Qu'il n'a pas subi de transformation notable ni de transformation susceptible de modifier les caractéristiques indiquées sur le certificat d'immatriculation.

Les différentes valeurs retenues pour rembourser le véhicule

Lorsque le véhicule est détruit, pour déterminer le montant de l'indemnisation à verser à l'assuré, les contrats d'assurance prévoient quatre possibilités :

- ✓ **La valeur de remplacement** : c'est le prix de revient total d'un véhicule d'occasion de même type et dans un état semblable. C'est aujourd'hui le mode d'indemnisation le plus courant en France puisqu'il est appliqué par les adhérents de la convention Irsa;
- ✓ **La valeur vénale** : c'est le prix auquel l'assuré aurait pu revendre son véhicule si l'accident ne s'était pas produit. Cette valeur repose sur l'Argus et les frais de remise en état éventuels;
- ✓ **La valeur catalogue** : c'est la valeur de vente du véhicule neuf, indiquée dans le catalogue du constructeur. Cette indemnisation n'est possible que pour des voitures dont la mise en circulation, au jour du sinistre, remonte à moins de 6 mois, voire 12 mois selon les contrats;
- ✓ **La valeur agréée** : c'est le prix déterminé contractuellement par un expert au moment de la souscription du contrat et acceptée par la société d'assurances. Dans le cadre d'un contrat d'assurance auto ou moto, cette garantie n'est proposée que pour les voitures de prestige ou les véhicules de collection.

L'indemnisation des dommages corporels

Pour les dommages corporels du conducteur, des passagers, voire d'autres personnes alentour, la procédure d'indemnisation est un peu plus compliquée que pour les dommages matériels. En effet, les médecins des services d'urgences, appelés sur le lieu de l'accident, doivent évaluer l'état de santé du blessé, procéder aux premiers soins puis le transférer à l'hôpital. Ces frais sont pris en charge par son régime de sécurité sociale et sa complémentaire santé (voir les chapitres 15 et 20).

La convalescence

C'est une période dont le terme ne peut pas être défini à l'avance : tout dépend de la vitesse à laquelle les blessures vont guérir, ou s'il y a des complications.

Il faut donc attendre que l'état du blessé soit « consolidé », c'est-à-dire non susceptible d'amélioration ou d'aggravation.

À partir de ce moment, un expert mandaté par l'assureur du blessé pourra statuer sur l'importance des souffrances qu'il a endurées et de ses séquelles. Par exemple : un déficit fonctionnel partiel ou un préjudice esthétique.

L'indemnisation du conducteur blessé

Son indemnisation dépend de son degré de responsabilité dans l'accident et des garanties qu'il a souscrites auprès de son assureur, pour prendre en charge ses dommages corporels.

La victime est contactée pour établir le dossier d'indemnisation. Si une expertise médicale est demandée, elle en est informée. Elle peut demander à se faire assister par son propre médecin.

Dans tous les cas, au plus tard huit mois après l'accident, la victime doit recevoir une proposition d'indemnisation. Mais si ses blessures sont importantes et qu'elles nécessitent beaucoup de frais, l'assureur du responsable de l'accident peut lui verser une ou plusieurs provisions, à valoir sur l'indemnisation totale.

Tableau 6-2 : L'indemnisation des dommages corporels selon les responsabilités

<i>La garantie</i>	<i>La responsabilité dans l'accident</i>	<i>L'indemnisation des dommages corporels de l'assuré</i>
Assurance responsabilité civile (« au tiers »)	L'assuré n'est pas responsable de l'accident	Prise en charge totale des dommages corporels subis par l'assuré
	L'assuré est responsable	Aucune indemnisation possible
	Torts partagés entre l'assuré et l'autre conducteur	Prise en charge des dommages corporels de l'assuré en proportion de son taux de responsabilité dans l'accident
	Responsable non identifié	Aucun remboursement des dommages subis par l'assuré (sauf intervention du FGAO)
Garantie individuelle accidents	L'assuré n'est pas responsable de l'accident	Prise en charge totale des dommages corporels subis par l'assuré
	L'assuré est responsable	
Assurance tous risques	Torts partagés entre l'assuré et l'autre conducteur	
	Responsable non identifié	

Comment est estimée l'indemnisation ?

Le montant de l'indemnisation d'une victime de la route prend en compte :

- ✓ Les frais médicaux non remboursés par l'assurance maladie et la complémentaire santé;
- ✓ Les souffrances physiques, psychologiques et autres préjudices (d'esthétique, d'agrément...);
- ✓ Les revenus que la personne aurait perçus si elle n'avait pas été blessée;
- ✓ Une éventuelle incapacité permanente;
- ✓ Les vêtements ou objets abîmés.

L'indemnisation des autres victimes

Les autres victimes – passagers, piétons, cyclistes – sont intégralement indemnisées de leurs préjudices corporels, sauf si elles ont commis une faute inexcusable (voir chapitre 4). On ne leur applique aucune franchise.



Les victimes âgées de moins de 16 ans, de plus de 70 ans ou invalides à 80 % sont indemnisées même si elles ont commis une faute inexcusable. En revanche, elles n'ont droit à rien si elles ont volontairement provoqué l'accident (par exemple en faisant une tentative de suicide).

L'indemnisation des victimes « par ricochet »

Les conjoint, concubin, partenaire de pacs, parents, enfants, frère, sœur d'une personne victime d'un accident grave, peuvent avoir subi indirectement un préjudice.

Ils peuvent alors obtenir une indemnisation si le droit à indemnisation de la victime directe est reconnu.

Ce préjudice peut être :

- ✓ Moral : lié au décès de la victime directe ou au grand handicap dont elle reste atteinte ;
- ✓ Économique : lié, par exemple, à la perte de revenus subie dans le foyer du fait de la disparition de la victime.

Le vol du véhicule

En cas de vol de la voiture ou de la moto, l'indemnisation dépend si celle-ci est retrouvée ou non dans le mois qui suit.

Le véhicule n'est pas retrouvé dans les 30 jours

L'assureur propose une indemnisation selon la valeur vénale du véhicule. Pour la percevoir, l'assuré doit lui remettre la carte grise, un certificat de situation administrative du véhicule ainsi que les clés du véhicule.

Certains contrats peuvent prévoir un délai plus long (45 jours, par exemple).



Le véhicule est retrouvé dans les 30 jours

Dans ce cas, l'assuré se trouve dans l'obligation de le reprendre. Néanmoins, l'assureur doit rembourser les éventuels frais de remise en état, dans la limite de la valeur vénale du véhicule.

Le véhicule est retrouvé plus de 30 jours après le vol

Dans ce cas, l'assureur a déjà indemnisé l'assuré. Ce dernier a deux solutions :

- ✓ Conserver l'indemnité et ne pas reprendre le véhicule ;
- ✓ Reprendre son véhicule et restituer l'indemnité à l'assureur, déduction faite d'éventuels frais de réparation.

Le vol des clés de voiture

Aujourd'hui, la clé d'une voiture n'ouvre plus seulement les portes, le coffre et le réservoir d'essence ; c'est aussi une véritable petite télécommande électronique qui sert à la fois à :

- ✓ Commander à distance le verrouillage et le déverrouillage électroniques ;
- ✓ Activer un antivol électronique : le « transpondeur » ;
- ✓ Activer un éventuel système d'antidémarrage ;
- ✓ Et, bien sûr, démarrer le moteur de la voiture, activer le système électrique général et débloquer la direction.

Se faire voler sa clé, c'est donc devoir changer tout cela, qui plus est dans le réseau du constructeur. En effet, lui seul peut fournir et initialiser un nouveau code pour le nouvel ensemble « serrures + clé ». Sans oublier de lui commander une seconde clé.



Pour toutes ces démarches, on va vous demander de donner les codes d'origine. Ils sont inscrits sur la petite carte que l'on vous a fournie avec la voiture au moment de son achat (c'est la carte qui contient aussi le code de mise en route de l'autoradio).

Du côté de l'assureur, il faudra lui déclarer le vol le plus tôt possible pour qu'il autorise rapidement les travaux. Ensuite, vous lui enverrez la facture et il procédera au remboursement, déduction faite d'une franchise qui peut être prévue au contrat.

Troisième partie

L'assurance multirisque habitation



Dans cette partie...

Un contrat d'assurance habitation a pour objet de couvrir quasiment tous les risques encourus par le logement lui-même et les biens qu'il contient. Il garantit également les risques encourus par l'assuré et sa famille, à la suite de l'un de ces sinistres. Enfin, il couvre leur responsabilité civile, donc les dommages matériels et corporels qu'ils peuvent causer aux autres.

C'est ainsi que le contrat d'assurance habitation se transforme en un contrat « multirisques » habitation.

Si vous êtes locataire de votre logement, l'assurance habitation est obligatoire. Tandis que, contrairement à ce que l'on croit souvent, lorsque l'on est propriétaire de son logement, l'assurance habitation n'est pas obligatoire. Même si elle est très fortement conseillée...

Chapitre 7

Les règles générales de l'assurance habitation

Dans ce chapitre :

- Vous êtes locataire
- Vous êtes propriétaire ou copropriétaire
- Que faire en cas de sinistre?

Pour un particulier, l'assurance multirisque habitation est LE contrat d'assurance de sa vie quotidienne : non seulement il protège son logement et tous les biens qu'il contient, mais en plus il protège sa responsabilité civile et celle de sa famille. C'est en effet ce contrat qui couvre tous les dommages causés par l'un ou l'autre de ses membres. Fondamental, donc.

Qui doit s'assurer ?

Fondamental, mais pas toujours obligatoire. En effet, tout dépend si l'on est locataire ou propriétaire. Car, s'ils y sont fortement incités, les propriétaires de leur logement ne sont pas toujours obligés de souscrire un contrat d'assurance habitation.

Vous êtes locataire

Lorsqu'on est locataire d'un appartement ou d'une maison, la loi est impérative : la souscription d'un contrat d'assurance habitation est absolument obligatoire, au moins pour couvrir les risques locatifs.

Les risques locatifs

Ce sont les risques de dommages que le logement loué peut subir en cas de sinistre : dégât des eaux, incendie, explosion ainsi que tout autre dommage prévu par le contrat. Le propriétaire doit pouvoir en être indemnisé : pour cela, le locataire doit souscrire un contrat d'assurance.

C'est la raison pour laquelle, en annexe du contrat de bail, le locataire doit fournir une attestation d'assurance et la renouveler chaque année à la date anniversaire du bail.

À défaut de quoi, si le contrat de bail prévoit une possibilité de résiliation pour défaut d'assurance, le propriétaire est en droit de le résilier.

Même si le locataire n'est pas assuré, tout dommage doit être indemnisé au propriétaire. Y compris, donc, sur les propres deniers du locataire.

Soulignons qu'un contrat d'assurance habitation qui ne couvre que les risques locatifs ne couvre pas suffisamment le locataire lui-même. En effet, il ne garantit aucune indemnisation pour les dommages causés à lui-même, à sa famille et à ses biens. C'est pourquoi, en général, les contrats d'assurance habitation destinés aux locataires proposent une couverture beaucoup plus étendue, avec des options permettant de les adapter au mieux à la situation de chacun.



Les cas de force majeure

En principe durant un contrat de location, tout dommage qui intervient dans le logement est mis d'office à la charge du locataire quelle que soit sa cause. Néanmoins, certaines circonstances permettent de prouver que le locataire n'est pas en cause.

Par exemple :

- ✓ Lorsque le feu prend ailleurs dans l'immeuble et qu'il se propage chez le locataire ;
- ✓ Lorsqu'un dégât des eaux se produit à un étage plus élevé et que l'eau inonde ensuite le plafond de l'appartement du locataire.

Le locataire peut aussi prouver qu'un vice de construction ou un défaut d'entretien du logement par le propriétaire a fini par causer des dommages.

Notamment :

- ✓ Une plomberie mal faite durant la construction ;
- ✓ Des volets ou des fenêtres qui ne ferment plus.

Dans ce cas, ce n'est pas l'assurance du locataire qui indemnise le propriétaire mais l'assurance de celui qui est déclaré responsable du sinistre.



En cas de déménagement, que faire ?

D'abord, tout changement de situation doit être notifié à l'assureur. *A fortiori* un déménagement.

Et, dans ce cas, il y a deux possibilités :

- ✓ **Faire transférer le contrat sur un autre logement** : c'est possible si les risques, couverts par l'assurance, ne sont pas modifiés. Dans ce cas, l'assuré signe simplement un avenant. À noter qu'en cas de refus de transfert par l'assureur, celui-ci doit notifier la résiliation du contrat par lettre recommandée avec avis de réception. La résiliation prend effet dix jours à compter de la date de réception de la lettre ;
- ✓ **Faire résilier le contrat** : l'assuré comme l'assureur en ont le droit en cas de déménagement, si le risque est modifié (passage en pavillon, secteur plus à risque, etc.). La demande de résiliation est adressée par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard trois mois après le déménagement. Elle prend effet un mois après la signature de l'avis de réception par son destinataire. Aucune indemnité de résiliation ne peut être exigée de la part de l'assureur.

Les cas particuliers

Dans certaines situations, la location d'un logement n'impose pas au locataire de souscrire un contrat d'assurance habitation.

Les locations meublées

Lorsque le logement est loué meublé, le locataire n'est pas obligé de souscrire un contrat d'assurance, sauf si le contrat de location contient une clause qui stipule que le locataire doit attester d'une assurance.

Il reste que, s'il ne s'assure pas et qu'il se rend responsable d'un sinistre, il devra tout de même le réparer. Autrement dit, verser des dédommagements aux victimes : propriétaire et voisins. Même si ce n'est pas une obligation, mieux vaut donc souscrire un « petit » contrat.

Sachez que les assureurs proposent des contrats adaptés à ce type de location, destinée en général aux étudiants ou aux jeunes travailleurs.

Les étudiants qui louent une chambre universitaire bénéficient automatiquement d'une assurance collective couvrant les dommages qu'ils peuvent causer.

Les logements gratuits

Même si le locataire d'un logement ne paie pas de loyer, et même s'il n'y a pas de contrat de location, il reste essentiel de souscrire un contrat d'assurance habitation. À moins que le généreux propriétaire n'en ait souscrit un pour ce logement. À vérifier tout même.



Les locations saisonnières

Elles comprennent toujours une assurance, intégrée au contrat de location. Les garanties couvrent les risques locatifs. Pour éviter les mauvaises surprises, autant les lire avant de signer. Cela vous permettra notamment de vérifier s'il y a une clause d'abandon ou de renonciation à recours. C'est une clause par laquelle le propriétaire et son assureur s'engagent à ne rien réclamer au locataire en cas de dégât des eaux ou d'incendie.



La responsabilité du locataire reste entière à l'égard des voisins et des tiers. Il faut donc la faire garantir. Pour cela, une extension provisoire du contrat d'assurance multirisque habitation français suffit le plus souvent. Pour bien comprendre le risque, imaginez juste les proportions que pourrait prendre un incendie de barbecue, en plein été, quelque part dans le sud de la France... À voir avec votre assureur.

Il en est de même, évidemment, si la clause de renonciation à recours n'apparaît pas dans le contrat. Cela signifie que des réclamations sont envisageables par le propriétaire pour les risques locatifs. Dans ce cas, il suffit de contacter son assureur, pour savoir si l'assurance habitation comporte une garantie villégiature et sur quelle zone géographique elle s'étend. À défaut, il suffira, là encore, de souscrire auprès de lui une extension d'assurance provisoire, le temps des vacances (l'ensemble de la question des assurances en vacances ou en voyage est étudié au chapitre 12).

Vous êtes propriétaire

Même s'il est difficilement envisageable de se passer d'un contrat d'assurance habitation, il se trouve que, pour les propriétaires de logement, la loi n'est pas impérative : elle les laisse libres de décider s'ils souhaitent s'assurer ou non.

Les propriétés « simples »

L'assurance habitation n'est pas obligatoire s'il s'agit d'un logement en propriété « simple », c'est-à-dire non détenu en copropriété.

Si le propriétaire choisit de ne souscrire aucun contrat d'assurance, certes il ne paie pas de prime annuelle, mais aucune indemnisation n'est évidemment envisageable en cas de sinistre. En outre, il devra quand même rembourser les dégâts chez ses voisins.

Le jeu en vaut-il la chandelle ? On peut, sans risque, affirmer que non...

Les logements détenus en copropriété

Pour se protéger eux-mêmes et protéger leurs voisins, les copropriétaires de logement se trouvent dans l'obligation d'assurer :

- ✓ Les parties privatives, appartenant à un seul copropriétaire et destinées à son usage exclusif ;
- ✓ Les parties communes, destinées à l'usage de tous : toiture, murs, escaliers, couloirs, planchers.

Généralement, c'est le règlement de la copropriété qui détermine ce qui est commun et ce qui est privatif. Il définit aussi les droits et obligations des copropriétaires ainsi que les règles de fonctionnement de la copropriété.



Le régime de la copropriété est organisé par la loi du 10 juillet 1965. Les ensembles immobiliers comprenant terrains, logements et installations communes, ainsi que les maisons individuelles indépendantes construites sur un même terrain, peuvent également être soumis au régime de la copropriété, si les copropriétaires n'ont pas choisi un autre système de gestion (par exemple l'association syndicale).

L'assurance des parties privatives

Très classiquement, il s'agit ici de garantir les risques encourus à l'intérieur du logement : les plafonds, les murs, les aménagements intérieurs, les personnes et les biens.

Le contrat couvre aussi les dommages causés aux voisins par un sinistre qui se produirait dans le logement (le détail de ces garanties se trouve au chapitre suivant).

L'étendue des risques est à la discrétion de chaque copropriétaire : à lui de décider ce qu'il souhaite plus ou moins protéger. Sachant que, s'il décide de ne pas protéger un risque, il n'obtiendra aucune aide financière si ce risque se produit.



Lorsqu'un logement de la copropriété est mis en location, le copropriétaire a le droit d'insérer dans son contrat de location une clause de résiliation pour défaut d'assurance.

L'assurance des parties communes

Les parties communes d'un immeuble détenu en copropriété sont couvertes par un contrat d'assurance, indépendamment des logements eux-mêmes. Il couvre les dommages affectant :

- ✓ Les murs, le toit, le gros œuvre ;
- ✓ Les escaliers, cages d'escalier, ascenseurs, cages d'ascenseur ;

- ✓ Les couloirs ;
- ✓ Les cours et les jardins ;
- ✓ La responsabilité des copropriétaires et de leur famille, lorsqu'ils provoquent un sinistre dans ces parties communes.

Les risques couverts sont toujours les mêmes :

- ✓ Dégât des eaux : fuites, débordements, infiltrations, gel, etc. ;
- ✓ Fumée, explosion, foudre, incendie, ainsi que les dégradations faites par les pompiers ;
- ✓ Grêle, neige, tempête, catastrophe naturelle ;
- ✓ Vols, dégradations ;
- ✓ Bris de glace.



Certains contrats couvrent certaines parties à la fois privatives et communes comme les caves et les parkings. De ce fait, avant de souscrire votre propre contrat, pour ne pas payer deux fois, vérifiez les clauses de l'assurance de la copropriété. Pour cela, il suffit d'en demander un exemplaire au syndic ou au président du conseil syndical de l'immeuble.

La responsabilité civile de la copropriété

L'assurance de la copropriété garantit également la responsabilité civile de celle-ci. Il s'agit là d'indemniser un dommage causé collectivement par les copropriétaires. Par exemple :

- ✓ La chute d'un élément de la construction (tuile, gouttière, carrelage, antenne, balcon, etc.) ;
- ✓ La chute ou la blessure d'une personne à l'intérieur de la copropriété ;
- ✓ Les dommages causés par les personnes affectées à l'entretien ou à la réparation de l'immeuble.

Normalement, le contrat garantit aussi les dommages subis entre copropriétaires. À condition toutefois qu'une clause précise que les copropriétaires sont bien considérés comme des tiers entre eux. Sans cette clause, seule la responsabilité civile des copropriétaires est garantie. Or l'assurance de responsabilité civile ne couvre pas les dommages subis par l'assuré lui-même.

Dernier point important à examiner : la clause de renonciation à recours de la copropriété envers chaque copropriétaire. De cette manière, si l'un des copropriétaires se rend responsable d'un sinistre dans l'immeuble, l'assureur de la copropriété ne peut pas se retourner contre lui pour récupérer les sommes nécessaires à la remise en état.



Cette clause peut être étendue à tous les occupants de l'immeuble, en particulier les locataires.

La responsabilité civile personnelle des copropriétaires

Enfin, il est possible que le contrat d'assurance de la copropriété prévoie de garantir la responsabilité civile des copropriétaires et de leur famille. Autrement dit, qu'il rembourse les dommages causés à un tiers par un copropriétaire, par exemple un dégât des eaux ou un incendie démarré chez lui. À vérifier aussi pour ajuster votre propre contrat d'assurance et éviter les doublons.

Les procédures en cas de sinistre

Lorsqu'un dégât des eaux, une tempête, un cambriolage ou un autre sinistre se produit dans le logement assuré, il y a une procédure de déclaration à respecter. Elle n'est pas très compliquée, mais, pour être sûr d'être indemnisé correctement, mieux vaut la connaître et la suivre à la lettre.

La déclaration de sinistre

Dès qu'il est constaté, tout sinistre doit être déclaré rapidement à l'assureur, en remplissant un constat ou par courrier. Les délais de déclaration dépendent de la nature du dommage.

Les délais

En matière d'assurance habitation, le délai « normal » de déclaration d'un sinistre est de cinq jours ouvrés (on ne compte pas le dimanche). Le délai commence à courir à partir du moment où le sinistre est constaté.

Ce délai de cinq jours vaut pour un dégât des eaux, une tempête, un incendie, des dommages électriques, un bris de glace ou tout autre dommage. C'est aussi le cas, par exemple, lorsqu'une coupure de courant a éteint votre réfrigérateur et votre congélateur et que les aliments qu'ils contenaient sont perdus.



Lorsque le logement est en copropriété, si le sinistre est grave, le propriétaire doit aussi prévenir le syndic.

En cas de catastrophe naturelle, c'est un peu différent, car il faut attendre la parution au *Journal officiel* de l'arrêté interministériel constatant l'intensité anormale d'un ou de plusieurs agents naturels. Dès que l'arrêté est paru, vous ne disposez que de dix jours pour envoyer votre déclaration de sinistre à l'assureur. Toutefois, lorsque la catastrophe est d'une ampleur inhabituelle,

ces délais peuvent être prolongés (l'ensemble de cette question est étudié au chapitre suivant).



Pour un cambriolage ou une tentative de cambriolage, le délai est très court : l'assuré n'a que deux jours ouvrés pour les déclarer.

Les modalités

Le Code des assurances ne prévoit aucune forme particulière de déclaration : le mieux est donc d'appeler tout de suite votre assureur et de lui demander ce qu'il veut, sous quelle forme et dans quel délai.

Il vous donnera d'ailleurs tout de suite un numéro de dossier, qu'il suffira de reporter sur chaque courrier ultérieur.

Pour ce qui est de la déclaration de sinistre elle-même, un courrier simple suffit, récapitulant précisément les faits et donnant une première estimation des dommages. Pour plus de sécurité, vous pouvez l'envoyer en pli recommandé avec avis de réception, mais ce n'est pas obligatoire. L'expertise préalable

Dès réception de la déclaration, l'assureur renvoie un courrier, pour préciser qu'il l'a bien enregistrée et qu'il nomme un expert pour vérifier les circonstances du sinistre et estimer les dommages.



Si les dommages représentent une somme peu importante, l'assureur n'a pas besoin d'expertise préalable. Il demande au client de faire établir un devis par un professionnel (plombier, peintre, etc.) et de le lui envoyer. Si le montant lui semble correct par rapport aux dégâts déclarés par l'assuré, il autorise la réalisation des travaux et verse la somme correspondante.

En revanche, lorsque les dégâts sont plus importants, ou s'il y a un litige sur leur évaluation, un expert est envoyé par la compagnie d'assurances. Ce dernier se déplace sur les lieux, constate les dégradations, vérifie les factures et les justificatifs, prend des mesures, pose des questions. Tout cela lui sert à établir son rapport à l'assureur, à calculer une estimation et à proposer une indemnisation.



Lorsque l'expert a été désigné par la société d'assurances, il n'est pas tenu de vous communiquer son rapport.

Expertise : quelques conseils

- ✓ Conservez toujours les factures d'achat des objets et des appareils présents dans le logement;
- ✓ Ne jetez aucun objet endommagé, détrempé ou brûlé avant la fin de la procédure d'indemnisation;
- ✓ Prenez des photos des dommages immédiatement après les avoir constatés vous-même;
- ✓ Cherchez des photos de ces objets, l'expert peut avoir envie d'y jeter un coup d'œil.
- ✓ Rassemblez des témoignages, avec les coordonnées des témoins;

Une fois que l'assureur reçoit le rapport d'expertise, il écrit à l'assuré pour lui proposer une indemnisation. Là, il y a deux possibilités : vous êtes d'accord avec la somme proposée, ou vous n'êtes pas d'accord.

- ✓ **Vous êtes d'accord** : l'indemnisation prévue par l'expert sera tout simplement versée par l'assureur;
- ✓ **Vous n'êtes pas d'accord** : dans ce cas, vous avez la possibilité de faire appel à un autre expert de votre choix. Selon les contrats, ses honoraires seront soit à votre charge, soit pour partie à la charge de votre assureur. La lettre que celui-ci vous envoie pour vous annoncer la première expertise vous informe de cette possibilité de contre-expertise et de ses modalités financières.

Après les deux expertises, si les experts ne parviennent pas à un accord, un troisième peut être désigné. Dans ce cas, ses frais professionnels sont partagés entre l'assureur et l'assuré.

Enfin, si vous n'êtes toujours pas d'accord, il faudra faire appel au médiateur de la compagnie d'assurances (la procédure est étudiée au chapitre suivant).



Les contrats d'assurance habitation prévoient souvent une garantie honoraires d'expert. Elle permet le remboursement, par l'assureur, des frais et des honoraires de l'expert choisi par l'assuré pour évaluation du montant de ses dommages. Le montant du remboursement est fixé en pourcentage (généralement 5 %) du montant de l'indemnité versée, avec un plafond fixé aux honoraires réellement payés.

L'évaluation des biens

L'ensemble des dommages est toujours évalué selon la valeur de remplacement des biens au moment du sinistre. Ensuite interviennent différentes notions – valeur d'usage, valeur à neuf, vétusté –, appliquées ou non par les assureurs à tel ou tel bien.

Les biens mobiliers

Pour évaluer l'indemnisation des meubles et des objets volés ou dégradés dans le sinistre, plusieurs principes d'estimation y sont appliqués. À vérifier dans le contrat.

Le principe de la vétusté

C'est le fait qu'au fil du temps la valeur de l'objet s'est dépréciée. Le montant de la vétusté dépend donc de la nature de l'objet lui-même et de son « âge » au jour du sinistre. Par exemple un ordinateur, un téléphone portable ou un poste de télévision achetés en 2005 ne seront pas remboursés au prix qu'ils ont coûté dans un sinistre qui a lieu en 2010.

C'est ainsi que, pour certains biens mobiliers, les contrats d'assurance fixent un barème de vétusté, qui définit un pourcentage donné de dévaluation du bien entre la date de son achat et le sinistre. Par exemple : – 10 % de la valeur par année d'ancienneté.

C'est aussi ce que certains assureurs appellent « valeur d'usage ». Autrement dit, c'est la valeur d'un bien identique neuf, déduction faite du montant de la vétusté. Si on reprend notre exemple, avec un ordinateur portable qui aurait perdu 30 % en trois ans : si sa valeur à neuf au moment du sinistre est de 500 €, l'indemnisation proposée est la suivante : $500 \text{ €} \times 70 \% = 350 \text{ €}$.

La valeur à neuf

En revanche, il y a des biens qui ne perdent pas leur valeur. Dans ce cas, l'assureur les évalue au prix de leur remplacement pur et simple le jour du sinistre. C'est ce qu'ils appellent la « valeur à neuf ». Attention toutefois, selon les assureurs et selon les contrats, cette notion de « valeur à neuf » peut être un peu nuancée. À vérifier dans les conditions générales (c'est d'ailleurs un bon critère pour comparer plusieurs offres).

Certains contrats proposent d'indemniser à neuf des objets qui devraient se voir appliquer un coefficient de vétusté. En échange de quoi la prime d'assurance est parfois plus chère. La question mérite donc aussi d'être étudiée avant d'être acceptée.

Par ailleurs, pour certains objets, il peut y avoir une franchise, c'est-à-dire une somme d'argent qui, quoiqu'il arrive, reste à la charge de l'assuré.



Le rééquipement à neuf

Le mobilier usuel est indemnisé sur la base d'une valeur égale à celle du remplacement – ou de la réparation si elle est moins élevée – au jour du sinistre, par des biens actuels de performance égale, sans abattement lié à la vétusté. Les biens doivent alors être remplacés dans un délai de six mois à compter de la date du sinistre.

L'évaluation du bien immobilier

Outre les meubles et les objets qui ont pu être dégradés durant le sinistre, le logement lui-même peut être détérioré, voire entièrement détruit. Là aussi il y a quelques principes d'estimation à connaître.

La valeur reconstruction

Il s'agit d'estimer le montant nécessaire à la reconstruction complète du logement, tel qu'il était avant sa destruction. À cela s'ajoute, là aussi, un coefficient de vétusté, qui correspond à son usure entre la date de sa construction et celle de sa destruction.

Ainsi, pour un logement dont la reconstruction à neuf est estimée à 150 000 €, avec un coefficient de vétusté de 30 %, l'indemnisation s'évalue à : $150\,000 \text{ €} \times 70 \% = 105\,000 \text{ €}$.



La garantie valeur à neuf

C'est une garantie qui peut être présente dans le contrat. Elle est intéressante, car elle prévoit un complément d'indemnisation destiné à limiter la vétusté, avec un plafond fixé à 25 % de la vétusté. Dans cette hypothèse, après le versement de l'indemnisation, l'assuré perçoit un complément.



Il peut toutefois y avoir des conditions à l'application de cette garantie, comme la reconstruction à l'identique absolu, ou la reconstruction du bien dans un certain laps de temps (par exemple deux ans).

Quand les indemnités sont-elles versées ?

Tout dépend des modalités de votre contrat. Une fois votre dossier complet, c'est-à-dire une fois que toutes les pièces nécessaires ont été rassemblées et qu'un accord portant sur le montant de l'indemnisation a été trouvé, les indemnités sont en général versées dans un délai variant de dix jours à un mois.

Pour les dommages résultant d'un phénomène de catastrophe naturelle, le versement de l'indemnité doit avoir lieu dans les trois mois suivant la date à laquelle vous avez remis l'état estimatif des biens endommagés ou à la date de publication de l'arrêté interministériel au *Journal officiel*, si celle-ci est

postérieure. À défaut, le taux d'intérêt légal est appliqué sur l'indemnité due par l'assureur.

De plus en plus de compagnies acceptent en effet, dans ce cas, de vous verser une indemnité forfaitaire, variable en fonction de la superficie et de la nature de la pièce à rénover. Cette indemnité a été calculée pour couvrir le coût des matériaux nécessaires aux travaux et le temps que vous allez y consacrer.

Chapitre 8

Les garanties du contrat d'assurance multirisque habitation

Dans ce chapitre :

- ▶ La garantie vol et l'assurance des objets précieux
- ▶ Le dégât des eaux
- ▶ La tempête, la neige, la grêle
- ▶ Les catastrophes naturelles
- ▶ Les catastrophes technologiques
- ▶ L'incendie, l'explosion
- ▶ Le bris de glace
- ▶ Les attentats et les actes de terrorisme

Cambriolage, inondation, incendie, gel des canalisations, tempête sont les causes essentielles des sinistres qui interviennent dans les logements. Tous ces risques, et quelques autres heureusement plus rares, sont compris dans l'assurance habitation. D'où son appellation de « multirisque ».

La garantie vol et l'assurance des objets précieux

Cette garantie couvre les biens qui ont disparu, ont été détruits ou détériorés lors d'un vol ou d'une tentative de vol.

Les dommages couverts

En matière d'assurance habitation, la garantie vol couvre :

- ✓ Le mobilier ;
- ✓ Les équipements audiovisuels et informatiques, dont l'assuré aura gardé les factures ;
- ✓ Les détériorations causées par les voleurs, tant aux biens mobiliers qu'aux biens immobiliers, sur le lieu d'habitation ;
- ✓ Les bijoux ;
- ✓ L'argenterie, les objets précieux et les tableaux, à hauteur d'une certaine limite inscrite au contrat.



Si vous détenez des objets ou des meubles précieux, d'une part réunissez des justificatifs qui permettront de prouver qu'ils sont bien à vous et qu'ils étaient présents dans le logement cambriolé, d'autre part faites-les expertiser pour connaître leur valeur exacte, donc les assurer correctement.

Dans tous les cas avant de souscrire, assurez-vous que le montant global de la garantie prévue au contrat correspond bien à la valeur de vos biens. S'il n'est pas assez élevé compte tenu de ce que vous possédez, il faut souscrire un autre contrat. Celui-ci sera forcément plus cher mais mieux adapté : en cas de vol, l'indemnité attribuée par l'assureur correspondra à peu près au montant du préjudice.

Le vol commis par un ou une salarié(e) à domicile – homme ou femme de ménage, garde d'enfant, baby-sitter, jeune au pair, par exemple – est couvert par le contrat, à condition de déposer plainte contre lui ou elle.

En revanche, les vols commis à l'extérieur des bâtiments assurés – le jardin, la cour, le garage, la cave – ne sont généralement pas couverts. À vérifier avant de signer le contrat. S'ils ne sont pas mentionnés et que vous en avez besoin, demandez à l'assureur de les intégrer au contrat.



La garantie ne fonctionne jamais lorsque le vol est commis par un membre de la famille de l'assuré ou avec sa complicité.

Les preuves irréfutables

Les factures d'achat, de réparation, les contrats de crédit, les bons de garantie et bien sûr les éventuelles expertises des biens, meubles et travaux d'habitation les plus importants constituent des preuves irréfutables. À conserver toujours précieusement, si possible au même endroit ou dans la même boîte.

Les biens dont l'assuré n'a pas de facture ou dont il a hérité doivent être pris en photo dans leur contexte, pour pouvoir prouver qu'ils

étaient bien dans le logement au moment du cambriolage. (Mettez vos bijoux et prenez-vous en photo avec.)

Pour les objets dont la propriété est impossible à justifier, les témoignages de voisins ou d'amis sont valables. Demandez-leur de faire une déclaration écrite, accompagnée de leurs coordonnées complètes et d'une copie de leur pièce d'identité.

La garantie vandalisme

Elle fonctionne en complément de la garantie vol. Le plus souvent, elle ne joue qu'à l'intérieur des locaux et à condition que les malfaiteurs soient entrés par l'un des moyens énumérés dans le contrat au titre de la garantie vol (effraction, escalade, usage de fausses clés...). Cependant, certains assureurs garantissent le vandalisme indépendamment de la garantie vol et de toute condition d'effraction préalable.

Le vandalisme est garanti à hauteur de la somme assurée en vol.

Les dommages d'incendie causés par le vandalisme sont couverts au titre de la garantie incendie. Il en va de même pour le bris de glace (deux garanties sont étudiées plus loin).

L'importance des circonstances

Les circonstances du cambriolage sont essentielles pour que la garantie prévue au contrat fonctionne.

En particulier, il faut qu'il y ait eu :

- ✓ Effraction : un accès doit avoir été forcé;
- ✓ Ou usage de fausses clés;
- ✓ Introduction clandestine ou maintien dans le logement ou le bâtiment assuré, à l'insu de l'assuré;



- ✓ Violences graves pour dérober vos clés à une personne qui les détenait ;
- ✓ Ruse pour s'introduire dans le logement (en se déguisant par exemple en facteur).

Dans tous les cas, c'est à l'assuré d'apporter la preuve de l'effraction.

Par ailleurs, tout contrat d'assurance habitation précise les précautions à prendre pour éviter un cambriolage. L'assureur vérifiera si l'assuré sinistré les a bien appliquées.



Par exemple :

- ✓ Avoir fermé sa porte au moyen d'une serrure spéciale ou de plusieurs verrous de sûreté ;
- ✓ Munir toutes les parties vitrées de barreaux métalliques ou de volets correctement fermés ;
- ✓ Ne pas rester absent au-delà d'un certain délai.

La clause d'inhabitation

C'est une clause très courante dans les contrats d'assurance habitation. Elle stipule qu'au-delà d'un certain nombre de jours d'absence l'assurance contre le vol n'est plus garantie.

La longueur de l'absence dépend de la compagnie d'assurances : de 30 à 40 jours en général, parfois 60 ou même 90 jours. Dans le cas d'une résidence secondaire, cela peut poser un problème, surtout dans les endroits « à risque » (maison isolée, région de villégiature, etc.).



Si le logement n'est pas habité par l'assuré mais par un membre de sa famille, un employé de maison, un gardien ou une personne autorisée par l'assuré, la clause d'inhabitation ne joue pas.

Autre possibilité en cas de longue absence : une clause d'inhabitation réduite. Autrement dit, la garantie ne couvrira pas certains biens chers à indemniser : bijoux ou objets d'art. Dans cette hypothèse, le contrat plafonne les montants de remboursement : un objet dont la valeur est supérieure à ce montant ne sera pas couvert.



Toutefois, il est toujours possible de demander à son assureur de garantir tous les biens du logement, quelle que soit leur valeur. En échange de quoi l'assureur exigera une surprime et/ou l'installation d'un système de surveillance.

Les exigences de l'assureur en matière de sécurité

Si le logement assuré contient des meubles ou d'autres objets précieux, ou s'il s'agit d'une résidence secondaire peu habitée ou isolée, l'assureur peut avoir des exigences en matière de sécurité, à défaut desquelles la garantie ne fonctionnera pas complètement.



En cas de cambriolage, si l'assuré n'a pas respecté ces exigences, l'assureur peut réduire son indemnisation de 30 à 50 %, voire la refuser complètement. Sauf si l'assuré arrive à prouver qu'il n'y a aucun lien entre le vol et le fait qu'il n'ait pas obtempéré aux demandes de l'assureur.

Les exigences de l'assureur peuvent être par exemple de :

- ✓ Faire installer sur la porte d'entrée une serrure comprenant au moins trois points d'ancrage;
- ✓ Équiper la porte de cornières « antipinces », d'une barre de seuil ou d'un blindage intérieur;
- ✓ Renforcer les portes des dépendances qui communiquent directement avec le logement (par exemple le garage) au moyen de verrous supplémentaires ou de barres de renfort;
- ✓ Équiper les fenêtres dont le seuil est situé à moins de 3 m du sol, de volets, persiennes en bois plein ou volets roulants en PVC;
- ✓ Protéger l'accès des petites fenêtres par des barreaux en fer espacés de 12 cm au maximum;
- ✓ Installer des vitres antieffraction de plus de 8 mm en général (l'épaisseur peut varier selon les contrats);
- ✓ Équiper le logement d'un système d'alarme et éventuellement de surveillance.

Après un cambriolage : les démarches

Dès que le sinistre est constaté, il faut appeler sur place la police ou les gendarmes, pour qu'ils viennent constater les faits. En attendant, il faut également appeler son assureur pour lui déclarer le sinistre. Le délai pour le faire ensuite par écrit est fixé à deux jours ouvrés, à partir du jour où l'assuré le constate.

Les réparations

Après un vol par effraction, la première chose à faire est de prendre toutes les précautions possibles pour empêcher un nouveau cambriolage : faire réparer la porte, la fenêtre ou le volet cassé, faire remplacer les serrures forcées.



Les assureurs sont en contact avec des entreprises chargées de ce type de réparation. Ils peuvent donc donner des adresses de professionnels qui pourront intervenir rapidement.

Le dépôt de plainte

La démarche suivante est d'aller porter plainte pour vol auprès des autorités judiciaires : au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie.



Pour faire le lien entre le matériel électrique et les équipements électroniques qu'ils vont éventuellement retrouver et la personne qui a déclaré leur vol, les enquêteurs ont besoin de la référence inscrite avec le code-barres à la fois sur le matériel et sur son carton d'emballage. Un conseil, donc : découpez systématiquement cette référence avant de jeter le carton et attachez-la avec la facture. En cas de vol, vous pourrez ainsi prouver que l'équipement est bien le vôtre.

Autre conseil : ne vous précipitez pas au commissariat ou à la gendarmerie le jour même du vol. Prenez-le temps de faire correctement l'inventaire de tout ce qui a été pris. Sinon, à chaque nouvelle constatation d'un objet volé, il faudra retourner ajouter un avenant à la déclaration (ce qui est très long et relativement pénible compte tenu du contexte).

La déclaration à l'assureur

Dans les deux jours ouvrés, la déclaration écrite, accompagnée du récépissé du dépôt de plainte, doit ensuite être adressée à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

Rappelez :

- ✓ Le numéro du contrat et la référence du sinistre, attribuée par téléphone si l'assuré a commencé par téléphoner ;
- ✓ La date (présumée) et les circonstances du vol ;
- ✓ La description des dommages commis par les voleurs ;
- ✓ Les causes connues ou présumées des dommages ;
- ✓ Les nom et adresse des personnes qui peuvent les avoir causés ;
- ✓ Les coordonnées des tiers éventuellement lésés.



Le contrat d'assurance prévoit également un délai pour adresser à l'assureur un état estimatif des objets volés. Pour l'assuré, il s'agit de reprendre toutes ses factures et ses justificatifs, et d'évaluer à peu près le montant de son préjudice.

La visite de l'expert

Quelques semaines après, un expert sera chargé par l'assureur d'une part de vérifier les circonstances de vol, d'autre part d'évaluer le préjudice. Cet expert envoie une lettre à l'assuré pour se faire connaître et lui proposer une date de rendez-vous.



Lors de sa venue, il reprendra point par point l'état estimatif établi par l'assuré et exigera de consulter tous les originaux des factures. Et non des copies. Réunissez-les avant son arrivée, cela vous évitera le stress de ne pas pouvoir justifier le vol d'un bien important.

Sur cette base, l'expert adressera un rapport à l'assureur, qui proposera une indemnisation. Si l'assuré n'est pas d'accord avec ces conclusions, il peut les contester (voir chapitre précédent).

Si certains objets volés sont retrouvés

Tout dépend du moment où ils sont retrouvés...

- ✓ **Si l'assureur n'a pas encore versé l'indemnisation** : l'assuré se trouve dans l'obligation de reprendre possession de ses biens. S'ils sont détériorés, l'assuré contacte son assureur pour le lui déclarer. Si le contrat le prévoit, l'assureur lui remboursera les frais de leur remise en état.
- ✓ **Si l'assureur a versé l'indemnisation** : l'assuré dispose de 30 jours pour reprendre possession de ses biens s'il le souhaite. Mais il peut refuser. Tout dépend aussi de l'état dans lequel ils sont. Il est également possible que l'assureur exige un remboursement. À négocier au cas par cas.

Le dégât des eaux

Comme son nom l'indique, cette garantie couvre tous les dégâts provoqués aux meubles, sols et murs par une inondation, d'où qu'elle provienne – de chez soi ou de chez un voisin.

Les dommages indemnisés peuvent provenir :

- ✓ D'une fuite d'eau accidentelle ou d'un débordement provenant de conduites non enterrées : à la salle de bains, à la cuisine ou ailleurs ;

- ✓ De tout appareil à effet d'eau : une machine à laver le linge ou la vaisselle, des radiateurs reliés à un chauffage central ;
- ✓ D'une infiltration par les joints d'étanchéité au pourtour des installations sanitaires ainsi qu'au travers des carrelages lorsque la responsabilité n'en incombe ni à l'assuré ni à toute autre personne vivant habituellement à son foyer ;
- ✓ D'une infiltration d'eau de pluie ou de neige par les toitures, vérandas, ciels vitrés, terrasses en toiture ou balcons ;
- ✓ D'une entrée d'eau ou d'une infiltration par des ouvertures telles que les portes et fenêtres ou les conduits de cheminée pour les dommages causés à des voisins ;
- ✓ D'un débordement, renversement, refoulement, fuite d'eau accidentelle de ruptures provenant des chéneaux ou des gouttières ;
- ✓ D'un débordement ou d'un renversement accidentel d'un récipient situé à l'intérieur du logement (par exemple un aquarium).



Dans ce cas, un conseil : au moment d'acheter un aquarium, déclarez à votre assureur que vous en possédez un.

Le contrat peut aussi prévoir, en plus, une garantie recherche de fuites, qui rembourse le déplacement d'un professionnel pour localiser une fuite.

Déclaration et constat

Cinq jours : c'est le délai maximal imposé aux assurés pour déclarer un dégât des eaux, à compter non pas du sinistre lui-même mais du moment où l'assuré le constate.

Le mieux, si possible, est de le faire le jour même par téléphone. Comme pour un vol, l'assureur attribue un numéro de dossier correspondant au sinistre puis demande une confirmation écrite de la déclaration, accompagnée de cette référence, des coordonnées complètes de l'assuré, du logement correspondant et d'une première évaluation des dommages. C'est cette déclaration écrite qu'il faut faire dans les cinq jours.

Le constat amiable

Si le sinistre provient d'un voisin, pour accélérer le règlement des dégâts des eaux, les sociétés d'assurances ont mis au point une procédure simplifiée : un constat amiable et une indemnisation rapide.

Le constat amiable se fait au moyen d'un document unique, similaire à celui que l'on utilise en cas d'accident de la circulation (voir chapitre 6). Les



parties en cause le remplissent et y reportent l'ensemble des informations nécessaires à l'indemnisation.

Chacun envoie ensuite son feuillet à son assureur. En copropriété, un troisième feuillet doit être adressé au syndic de l'immeuble.

La convention Cidre

Cidre est l'abréviation de « convention d'indemnisation directe et de renonciation à recours en dégâts des eaux ». C'est un accord passé entre les assureurs pour simplifier la procédure d'indemnisation des sinistres les plus courants. Par exemple les fuites d'eau, les machines à laver ou les baignoires qui débordent et inondent les voisins.

Cidre s'applique automatiquement lorsque le sinistre met en cause au moins deux sociétés d'assurances adhérentes à la convention et que le montant des dommages est inférieur à 1 600 € hors taxes pour les dommages matériels et 800 € pour les dommages immatériels.

Si c'est le cas, après l'estimation de son expert, l'assureur de la victime indemnise directement son client, sans exercer de recours contre l'assureur du responsable des dégâts.



L'indemnisation se fait également sans franchise et sans application d'un coefficient de vétusté pour les dommages causés aux parties immobilières privatives et à la décoration. La vétusté des embellissements est réduite de 30 % à seulement 5 % du coût des travaux.

Néanmoins, la convention Cidre ne concerne pas le mobilier et les objets. Dans la plupart des contrats, les meubles anciens sont remboursés sans vétusté. En revanche, pour les équipements de télévision, de son et d'informatique, un taux de vétusté est applicable et s'alourdit vite après la première année d'ancienneté. S'ils ont été noyés et qu'ils ne sont pas réparables, ne comptez pas sur l'assureur pour les remplacer : ils seront indemnisés pour leur valeur au moment de l'inondation. Pas plus.



Si votre matériel informatique ou audiovisuel est précieux, il est possible d'opter pour une garantie plus importante, appelée « valeur à neuf » ou « rééquipement à neuf » (voir chapitre précédent). Elle est également possible pour la décoration. Dans cette hypothèse, l'assureur remboursera les biens et les travaux sur facture, sans appliquer aucune vétusté. Attention toutefois, il peut y avoir un plafond de remboursement. À vérifier avant de signer.

Le gel des canalisations

En général, la garantie dégât des eaux couvre aussi les frais de réparation des conduites et des appareils endommagés par le gel lorsque ceux-ci se trouvent à l'intérieur des locaux d'habitation.

Mais cette garantie ne peut jouer que si certaines consignes de protection ont été respectées. Relisez votre contrat, notamment en cas d'absence : certains d'entre eux imposent que soit maintenue dans les locaux une température supérieure à 0 °C ou que les installations soient vidangées.

Les dommages causés par le gel aux chaudières de chauffage central ne sont jamais garantis par les assureurs.

Les dommages non remboursés

D'abord, l'assureur ne rembourse ni le coût de l'eau perdue à cause d'une fuite, même importante, ni les frais de réparation ou de remise en état des toitures, terrasses, ciels vitrés.

Ensuite, certains dégâts des eaux eux-mêmes ne sont pas couverts par le contrat d'assurance. Il s'agit des dommages dus :

- ✓ À un défaut d'entretien permanent et à un défaut de réparation d'appareils ou de locaux qui incombent à l'assuré et dont il a négligé la responsabilité;
- ✓ À un vice de construction ayant provoqué un précédent sinistre si l'assuré n'y a pas remédié dans un délai de deux mois;
- ✓ À l'humidité, la buée ou la condensation;
- ✓ À des fuites ou ruptures de canalisations enterrées;
- ✓ À des infiltrations d'eau dans la façade, par les fenêtres;
- ✓ À un engorgement ou à un refoulement d'égouts;
- ✓ Aux eaux de ruissellement des cours et des jardins, des voies publiques ou privées ainsi que des marées;
- ✓ Au débordement d'une source, d'un cours d'eau ou d'une étendue d'eau naturelle ou artificielle.



Les inondations provenant d'une rivière qui déborde un jour de forte pluie ne sont en général pas couvertes par cette garantie mais par la garantie catastrophe naturelle (étudiée un peu plus loin).

La garantie tempête, neige, grêle

La garantie tempête couvre les dommages liés aux effets du vent, c'est-à-dire tous les dommages subis par la maison, à l'extérieur comme à l'intérieur. En revanche, les jardins, les clôtures et les arbres ne sont pas couverts, sauf s'ils font l'objet d'une clause spécifique, sur option de l'assuré. Dans ce cas, la garantie sera un peu plus chère, mais ces biens seront indemnisés s'ils sont endommagés.



Pour les assureurs, la tempête est un sinistre qui est distingué des catastrophes naturelles, sauf s'il s'agit d'un événement cyclonique pour lesquels les vents ont atteint :

- ✓ 145 km/h en moyenne pendant dix minutes ;
- ✓ 215 km/h en rafales.

Dans ce cas, ce n'est pas la garantie tempête qui joue mais la garantie catastrophe naturelle (voir plus loin).

Les sinistres couverts

La garantie tempête couvre non seulement les effets du vent mais aussi les dommages causés par la pluie, la neige ou la grêle. Ainsi, pour être indemnisés, les dommages doivent avoir été causés par :

- ✓ L'action directe du vent sur la maison : une toiture endommagée, des tuiles arrachées, une cheminée qui s'effondre ;
- ✓ Le choc d'un corps renversé ou projeté par le vent : des objets venus des alentours et projetés par le vent sur la façade ou dans les volets ou les vitres de la maison ;
- ✓ Le choc de la grêle sur les toitures : vérifiez si les façades et les fenêtres sont comprises dans la garantie. Car la grêle peut tomber de biais et « bombarder » la maison ;
- ✓ Le poids de la neige ou de la glace accumulée sur la toiture et les chéneaux ;
- ✓ L'humidité due à la pluie, la neige ou la grêle pénétrant à l'intérieur du bâtiment assuré et détruit ou endommagé par l'un de ces phénomènes naturels.

Si le contrat le prévoit, la garantie peut aussi couvrir des dommages indirects de la tempête comme :

- ✓ La « privation de jouissance » : la maison est inhabitable, il faut se reloger ;
- ✓ Les dommages électriques : l'installation a été endommagée, il faut la faire réparer ;
- ✓ Le déblai des décombres par une entreprise spécialisée ;
- ✓ Le bâchage ou la couverture provisoire de la maison ou du bâtiment endommagé, pour éviter que les dégâts ne s'aggravent ;
- ✓ Les honoraires d'expertise de certains dommages spécifiques.

Les conditions de prise en charge

Elles sont intégralement inscrites dans le contrat d'assurance : à lire attentivement et à respecter à la lettre pour être sûr d'être correctement pris en charge. Comme pour les dégâts des eaux, le délai de déclaration du sinistre à l'assureur est fixé à cinq jours, à compter de sa constatation par l'assuré.



En principe, seuls sont indemnisés les dommages survenus pendant le sinistre lui-même, ou au cours des 48 heures suivantes selon l'importance des dommages.

La question de la preuve

Pour bénéficier de la garantie tempête, il faut apporter la preuve d'une « intensité anormale du vent », c'est-à-dire, en général, d'un vent plus de 100 km/h au moment du sinistre. Vérifiez cette condition dans le contrat.

Pour prouver cette intensité, tout élément de preuve est admis. Par exemple, une attestation de la station météorologique la plus proche ou encore des preuves que d'autres maisons et d'autres bâtiments « de bonne construction » ont également subi des dommages, dans un rayon de 5 km.

Les dommages exclus de la garantie

Les contrats d'assurance ne garantissent que les bâtiments « de bonne construction », c'est-à-dire construits pour plus de 50 % et couverts pour plus de 90 % de matériaux durs.

En outre, certains aménagements ne sont pas garantis non plus, sauf clause spécifique expressément demandée par l'assuré :

- ✓ Les bâtiments et les hangars de construction légère, sauf si certaines conditions de sécurité sont respectées ;

- ✓ Certaines dépendances comportant une part de matériaux légers (bois, chaume, plaques non boulonnées, à vérifier dans le contrat);
- ✓ Les appendis de jardin et les vérandas;
- ✓ Les volets, persiennes, stores, marquises, auvents, gouttières, chéneaux, sauf s'ils sont détruits en même temps que tout ou partie du bâtiment;
- ✓ Les antennes de télévision, panneaux solaires, fils aériens et leurs supports;
- ✓ Les vitres : c'est la garantie bris de glace qui joue lorsqu'elle a été souscrite;
- ✓ Les plantations, arbres, clôtures : si vos arbres ont été déracinés ou cassés sans provoquer de dommages, leur déblaiement reste à votre charge à moins qu'une clause spécifique du contrat ne prévoie une indemnisation (à vérifier aussi).
- ✓ Les dommages provoqués par les débordements de sources, de cours d'eau et d'étendues d'eau : c'est la garantie catastrophe naturelle qui fonctionne.

Quant aux dommages corporels, ils ne peuvent être indemnisés que si, par ailleurs, l'assuré a souscrit une garantie accidents de la vie ou une assurance décès invalidité (étudiées dans la quatrième partie de ce livre).

Mon arbre est tombé sur la maison voisine...

Dans ce cas, il n'y a pas de règle : les assureurs déterminent le régime de responsabilité au cas par cas. En général, il s'agit d'un cas de force majeure, c'est-à-dire un événement « extérieur imprévisible et irrésistible ». Et, dans ce cas, le propriétaire de l'arbre n'est pas considéré comme responsable des dommages : c'est donc l'assureur du voisin qui lui remboursera ses dommages, selon ce que prévoit son contrat d'assurance multirisque habitation.

Pour dégager complètement sa responsabilité, le propriétaire des arbres doit prouver qu'il entretenait régulièrement son arbre et que, par conséquent, il était en bonne santé et ne risquait ni de tomber ni de s'arracher au premier coup de vent.

En revanche, si le voisin prouve que l'arbre n'était pas bien entretenu, que son état justifiait des mesures de précaution, mais que son propriétaire ne les avait pas prises, alors la responsabilité du propriétaire de l'arbre est engagée, en tant que « gardien de la chose ».

Dans ce cas, il est déclaré responsable des dommages subis par le voisin et c'est à son assurance de responsabilité civile de les rembourser. À une condition toutefois : que le contrat d'assurance couvre les arbres du jardin. À défaut de quoi le propriétaire devra payer de sa poche. À méditer...

Les catastrophes naturelles

La garantie s'applique à condition que l'événement climatique soit qualifié de « catastrophe naturelle » par un arrêté interministériel publié au *Journal officiel* déterminant la zone et la nature des dommages causés. C'est le point de départ de toute démarche officielle (voir aussi encadré plus loin).

Il peut s'agir :

- ✓ D'un tremblement de terre;
- ✓ D'une avalanche, inondation, coulée de boue d'une ampleur exceptionnelle;
- ✓ D'un glissement ou affaissement de terrain, à cause de marnières ou de cavités souterraines naturelles ou d'origine humaine (sauf s'il s'agissait de mines);
- ✓ D'une sécheresse intense;
- ✓ De chocs mécaniques liés à l'action des vagues.

La couverture prévoit la prise en charge des dommages matériels causés aux biens assurés, c'est-à-dire :

- ✓ Les bâtiments à usage d'habitation ou professionnel;
- ✓ Le mobilier;
- ✓ Les véhicules à moteur (voir les détails à ce sujet au chapitre 4);
- ✓ Le matériel, y compris le bétail en étable et les récoltes engrangées.

En revanche, les jardins, les arbres et les autres terrains et plantations ne sont pas couverts par le contrat d'assurance. De même pour les dommages qui ne sont pas directement causés par la catastrophe naturelle, qui ne sont pas indemnisés :

- ✓ Les préjudices financiers : frais de déplacement et de relogement;
- ✓ Les pertes de loyer, perte d'usage, valeur vénale des fonds de commerce;
- ✓ Les frais divers, comme les honoraires d'expertise.

L'importance de l'arrêté interministériel

Un arrêté interministériel de catastrophe naturelle est un texte publié au *Journal officiel*, pour classer officiellement un événement climatique en tant qu'événement exceptionnel, entraînant de nombreux dommages chez les assurés.

Grâce à ce texte, les parties – assureurs et assurés – sont mises d'accord pour reconnaître la gravité des dommages causés par le phénomène climatique. Cela leur permet de simplifier leurs démarches d'indemnisation : en particulier, les assurés n'ont pas à prouver la cause de leurs dommages.

Les délais de déclaration du sinistre

À compter de la parution de l'arrêté, les sinistrés disposent d'un délai légal de dix jours pour faire le bilan de leurs pertes et les déclarer à leur assureur.

Toutefois, si la catastrophe est vraiment d'une ampleur exceptionnelle, le délai de déclaration peut être prolongé (c'était le cas pour la tempête qui a sévi dans le Sud-Ouest en janvier 2009).

De leur côté, les assureurs ont trois mois pour vérifier ces évaluations et verser les indemnisations.



En cas d'urgence et si la situation des assurés est vraiment très difficile, une provision doit être versée par leur assureur dans les deux mois qui suivent l'arrêté ministériel. À moins que le contrat d'assurance ne prévoie une disposition plus favorable.

Pour les questions liées à l'estimation et aux expertises, reportez-vous aux explications du chapitre précédent.

Les franchises fixées par la loi

C'est une exception à la liberté des prix de l'assurance : en cas de catastrophe naturelle, le montant des franchises est fixé par la loi. Actuellement, elles s'élèvent à :

- ✓ 380 € pour les biens à usage privé ;
- ✓ 10 % du montant des dommages pour les biens à usage professionnel (industriel, commercial, artisanal ou agricole), avec un minimum de 1 140 € ;
- ✓ Trois jours ouvrés pour la garantie perte d'exploitation, avec un minimum de 1 140 €, sauf si la franchise prévue au contrat est supérieure : dans ce cas, c'est cette dernière qui s'applique ;
- ✓ 1 520 € pour les dommages de sécheresse ou de réhydratation des sols à usage privé ;
- ✓ 3 050 € pour les dommages de sécheresse ou de réhydratation des sols à usage professionnel.



En cas de sinistre à répétition, si la commune n'est pas dotée d'un plan de prévention des risques (PPR), ces franchises peuvent être augmentées. L'augmentation dépend du nombre de catastrophes naturelles constatées par arrêté ministériel, pour le même risque, au cours des cinq années précédant la dernière en date. Ainsi, à partir du troisième arrêté constatant la même catastrophe, la franchise est doublée. Et elle est triplée à partir du quatrième arrêté et quadruplée pour tous les arrêtés suivants. À noter que cette règle s'applique à tous les biens, sauf les véhicules dont la franchise reste toujours fixée à 380 €.

La prévention des risques naturels

Les plans de prévention des risques naturels (PPR) ont été créés par la loi du 2 février 1995, qui constitue aujourd'hui l'un des instruments essentiels de l'action de l'État en matière de prévention des risques naturels. Ils s'appuient notamment sur une carte qui définit trois zones :

- ✓ Rouge : toute construction est interdite;
- ✓ Bleue : les constructions sont autorisées sous réserve;
- ✓ Blanche : non inondable.

Les assureurs jouent également un rôle important en matière de prévention des risques naturels majeurs. Ainsi, en 2000, ils ont créé la Mission risques naturels (MRN), une association qui a pour objet de favoriser une meilleure compréhension des risques naturels et de sensibiliser la population à l'importance de la prévention.

Le site internet www.mrn-gpsa.org propose notamment des études et dossiers thématiques liés aux risques naturels et à leur prévention.

Les catastrophes technologiques

La catastrophe technologique est définie comme un accident non nucléaire :

- ✓ Survenant soit dans une installation classée (c'est-à-dire les installations soumises à déclaration ou à autorisation et les sites Seveso), soit dans un stockage souterrain de produits dangereux, soit à l'occasion d'un transport de matières dangereuses;
- ✓ Ayant occasionné des dommages à un grand nombre de biens immobiliers.



La loi du 30 juillet 2003, relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages (dite « loi Bachelot ») a mis en place ce régime d'indemnisation des victimes de catastrophe technologique.

C'est ainsi que le risque de catastrophe technologique est obligatoirement garanti dans tous les contrats couvrant :

- ✓ Les biens à usage d'habitation ;
- ✓ Les biens mobiliers dans des locaux à usage d'habitation ;
- ✓ Les véhicules terrestres à moteur (cette garantie est étudiée au chapitre 4).

Concernant la prévention des risques technologiques, la loi oblige l'État à élaborer des plans de prévention des risques technologiques (PPRT). Le PPRT délimite les zones dans lesquelles les constructions nouvelles ou l'extension des constructions existantes sont interdites ou subordonnées au respect de règles de construction relatives au risque technologique.

Par ailleurs, les vendeurs et bailleurs ont une obligation d'information des acquéreurs et locataires de biens immobiliers :

- ✓ Toute transaction immobilière, intéressant des biens situés dans des zones couvertes par un PPRT, doit s'accompagner d'une information sur l'existence de ces risques ;
- ✓ Le vendeur ou le bailleur d'un immeuble bâti sinistré à la suite d'une catastrophe technologique doit informer l'acquéreur ou le locataire des sinistres ayant affecté le bien pendant la période où il a été propriétaire et des sinistres dont il a été lui-même informé.

Les circonstances

La garantie peut être déclenchée si l'accident rend inhabitable au moins 500 logements et qu'un arrêté de catastrophe technologique est publié au *Journal officiel* dans les 15 jours qui suivent.

L'assuré doit déclarer le sinistre au plus tôt et respecter dans tous les cas le délai indiqué dans le contrat. À vérifier, donc.

De leur côté, les assureurs disposent d'un délai de trois mois pour effectuer les indemnisations. Le point de départ de ce délai dépend également des circonstances :

- ✓ Soit la remise de l'état estimatif des biens endommagés et des pertes subies ;
- ✓ Soit la date de publication de l'arrêté de catastrophe technologique, si celle-ci est postérieure.



Les biens indemnisés

L'assureur doit garantir la réparation intégrale des dommages aux biens couverts par le contrat.

Les biens immobiliers

L'assuré sinistré doit être indemnisé sans plafond ni déduction de franchise. Et lorsque l'ampleur des dégâts rend la réparation de l'immeuble impossible, l'indemnité doit lui permettre de recouvrer, dans un secteur comparable, la propriété d'un immeuble équivalent.



L'indemnisation par l'assureur inclut le remboursement total des frais de démolition, de déblai, de pompage, de désinfection, de décontamination et de nettoyage rendus nécessaires à l'habitabilité du logement, ainsi que les frais d'honoraires d'architecte et la cotisation d'assurance dommages ouvrage en cas de reconstruction.

Les biens mobiliers

L'objectif de l'indemnisation est la remise en état des biens garantis : il peut donc s'agir de réparation ou de remplacement par un bien équivalent d'occasion si le bien endommagé était déjà usagé. Toutefois, le montant de l'indemnisation des biens mobiliers ne peut dépasser les valeurs déclarées ou les capitaux assurés au contrat. Les biens à usage professionnel placés dans les locaux à usage d'habitation ne sont pas indemnisés au titre de la garantie légale.



Les franchises et les taux de vétusté ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'indemnisation.

Les procédures d'expertise

Afin d'améliorer la rapidité du traitement des demandes d'indemnisation, le dispositif prévoit des modalités d'expertise allégées pour les dommages ne dépassant pas un certain seuil. Trois procédures d'expertise simplifiées ont été mises en place.

La dispense d'expertise

Les biens sinistrés sont dispensés d'expertise, lorsque le montant des indemnités est inférieur à :

- ✓ 2000 € pour les dommages aux habitations ;
- ✓ 325 € pour les dommages aux véhicules.

L'expertise unique

Il n'y a qu'une expertise lorsque le montant des indemnités est compris entre :

- ✓ 2000 et 100 000 € pour les dommages aux habitations ;
- ✓ 325 et 6 500 € pour les dommages aux véhicules.

L'expertise contradictoire

Si le montant des dommages dépasse les seuils fixés pour l'expertise unique, les règles classiques de l'expertise sont alors applicables (détaillées au chapitre précédent).

Une expertise contradictoire est organisée entre l'expert de l'assureur du responsable et l'expert de l'assureur de dommages.

La garantie incendie-explosion

Pour les assureurs, voici les définitions de ces sinistres :

- ✓ L'incendie est une combustion avec flammes en dehors d'un foyer normal ;
- ✓ L'explosion est l'action subite et violente de la pression ou de la dépression de gaz ou vapeur.

C'est aussi la garantie incendie-explosion qui indemnise un sinistre causé par :

- ✓ Les fumées avec ou sans feu ;
- ✓ La chute de la foudre ;
- ✓ Le choc de véhicules identifiés ;
- ✓ Le choc ou la chute de tout ou partie d'appareils de navigation aérienne et d'engins spatiaux, ou d'objets tombant de ces appareils.

Certains contrats l'étendent aux sinistres d'ordre électrique causés aux installations et aux appareils électriques ou électroniques et à leurs accessoires (à vérifier).

De nombreux contrats comportent une garantie dommages ménagers, qui couvre les dommages consécutifs à un excès de chaleur sans qu'il y ait incendie (fer à repasser qui tombe sur la moquette, par exemple). Attention, en général, il y a tout de même une franchise.



Sont également couverts les frais consécutifs au sinistre, tels ceux de démolition, de déblai (nécessaire pour accéder aux locaux sinistrés et/ou à la reconstruction : enlèvement des gravats), de sauvetage (afin de limiter la progression du sinistre), les frais nécessités par une mise en conformité des lieux avec la législation et tous autres frais justifiés (déménagement, relogement...).

La perte des denrées dans les congélateurs

C'est également un risque garanti par les contrats d'assurance multirisques habitation. Pour que le dommage soit remboursé, il doit être causé par une élévation de température résultant :

- ✓ D'un arrêt de courant électrique;
- ✓ D'une avarie sur le compresseur;
- ✓ D'une fuite du liquide frigorigène.

En revanche, la perte des denrées contenues dans les congélateurs consécutive à une grève du fournisseur de la source d'énergie est presque toujours exclue de la garantie.

Le bris de glace

Cette garantie rembourse la casse accidentelle :

- ✓ Des glaces qui assurent le clos et le couvert (baies et fenêtres, fenêtres de toit...);
- ✓ Des parois séparatives de balcons;
- ✓ Des marquises;
- ✓ Des verres, glaces et plans argentés;
- ✓ Des produits moulés en verre, tels que les briques ou les tuiles faisant partie des murs, du toit et des cloisons.

Les matières plastiques qui remplissent les mêmes fonctions que les produits verriers sont également garanties.

Les contrats peuvent aussi prévoir de couvrir :

- ✓ Le remplacement du produit verrier et de son encadrement, dès lors que les miroirs sont fixés ou scellés au mur, ou lorsqu'il s'agit de cadres sertis en usine, donc indémontables;



- ✓ Le bris de glace du mobilier, c'est-à-dire les éléments en verre ou les glaces des meubles et des appareils ménagers (écran de télévision, porte de four, par exemple).

Certains contrats comprennent une garantie tous événements, qui indemnise les biens garantis dans toutes les circonstances (sauf exclusions).

Enfin, selon les spécificités du logement à assurer, la garantie peut prévoir d'ajouter quelques options facultatives (moyennant finance) pour indemniser :

- ✓ Des vitraux;
- ✓ Des parties vitrées des capteurs solaires;
- ✓ Des parties vitrées des vérandas et verrières.



Les vitres des serres et des châssis ainsi que les rayures, les ébréchures ou les bris résultant de la vétusté ou d'un défaut d'entretien ne sont pas remboursés par la garantie bris de glace. Il en va de même pour les dommages résultant du franchissement du mur du son, d'un ouragan ou d'un cyclone (sauf extension de garantie et donc paiement d'une surprime).

Les émeutes et mouvements populaires

Si la garantie existe dans le contrat d'assurance multirisque habitation, voici comment les assureurs définissent les notions d'« émeute » et de « mouvement populaire » :

- ✓ **Émeute** : tout mouvement tumultueux dans lequel une foule anonyme, mécontente des mesures du gouvernement ou de la situation d'une fraction de la population, s'insurge contre l'autorité pour obtenir, par la menace ou même la violence, la réalisation de revendications économiques, sociales ou politiques mettant en péril la sécurité et l'ordre publics ;
- ✓ **Mouvement populaire** : manifestation violente, mais non concertée, de la foule qui, sans qu'il y ait révolte contre l'ordre public, révèle cependant une agitation des esprits et se caractérise par un désordre et des actes illégaux.



La grève devient un mouvement populaire si elle s'accompagne de manifestations publiques, notamment d'une occupation par les grévistes de locaux affectés normalement au travail.

Les attentats et les actes de terrorisme

La garantie des attentats et des actes de terrorisme est aussi une garantie légale obligatoire. Les contrats d'assurance de biens ne peuvent donc pas l'exclure, au moins pour indemniser les dommages résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats commis sur le territoire national (les termes « attentat » et « acte de terrorisme » sont utilisés indifféremment).



Les actes de terrorisme sont définis par les articles 421-1 et 421-2 du Code pénal. Ce sont des actes « ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur ».

Ce sont :

- ✓ Les atteintes volontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne ;
- ✓ L'enlèvement et la séquestration ;
- ✓ Le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport ;
- ✓ Les vols, extorsions, destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique ;
- ✓ Les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous ;
- ✓ Les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires ;
- ✓ Le recel du produit de l'une des infractions précédentes ;
- ✓ Le blanchiment ;
- ✓ Les délits d'initié prévus par le Code monétaire et financier ;
- ✓ Le fait d'introduire dans l'atmosphère, sur le sol, dans le sous-sol, dans les aliments ou les composants alimentaires ou dans les eaux, y compris celles de la mer territoriale, une substance de nature à mettre en péril la santé de l'homme ou des animaux, ou le milieu naturel.

Les contrats d'assurance multirisques habitation ne prennent en charge que les dommages aux biens.

Les dommages aux personnes sont indemnisés par un fonds spécifique : le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

L'indemnisation des dommages aux biens

Les dommages aux biens sont pris en charge par les contrats d'assurance couvrant les biens endommagés. En effet, les contrats qui garantissent les dommages d'incendie ou couvrent les pertes d'exploitation après incendie comportent obligatoirement la garantie attentats et actes de terrorisme.



Cette obligation s'applique aux contrats qui couvrent des biens privés ou professionnels (habitations, commerces, entreprises, véhicules...).

Si nécessaire, pour évaluer les dégâts, l'assureur désigne, à ses frais, un expert professionnel qui fixe le montant des dommages, en accord tout de même avec l'assuré. Cependant, si ces dommages sont importants, voire très importants – par exemple une atteinte à la structure de l'habitation ou une perte de biens de grande valeur –, l'assuré peut se faire assister et conseiller par un expert de son choix. Mais cette fois à ses frais.

Les dommages matériels, y compris les dommages de contamination, et les dommages immatériels consécutifs (par exemple une perte de loyer) sont garantis dans les mêmes limites et avec la même franchise que la garantie incendie.

L'indemnisation des dommages corporels

C'est un fonds de garantie spécifique chargé de prendre en charge les victimes d'attentat : le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

Toute victime peut ainsi être indemnisée, quelle que soit sa nationalité, si l'acte de terrorisme survient sur le territoire français. En revanche, s'il se produit à l'étranger, seules les victimes de nationalité française peuvent obtenir une indemnisation.



Cette condition s'applique aussi aux ayants droit d'une victime décédée.

Lorsqu'un acte de terrorisme intervient sur le territoire national, le procureur de la République en informe immédiatement le Fonds de garantie. Il lui précise les circonstances et lui communique l'identité des victimes. Lorsque l'acte de terrorisme survient à l'étranger, c'est l'autorité consulaire ou diplomatique qui fournit ces renseignements.

Dans ces deux cas, le Fonds de garantie ouvre aussitôt un dossier pour chacune des victimes et prend contact directement avec elle ou avec sa famille en vue de son indemnisation.



En outre, toute personne peut s'adresser directement au Fonds, si elle s'estime victime d'un acte de terrorisme. Le Fonds assiste chaque victime dans la constitution de son dossier d'indemnisation. Les victimes et les ayants droit disposent d'un délai de dix ans à compter de la date de l'acte de terrorisme pour saisir le Fonds de garantie.

Les dommages indemnifiés

Le Fonds de garantie indemnise intégralement :

- ✓ Les dommages corporels des victimes blessées ;
- ✓ Les préjudices moraux et économiques des ayants droit des victimes décédées ;
- ✓ Le préjudice psychologique spécifique des victimes du terrorisme (PSVT).



Accessoirement, les dommages vestimentaires peuvent être remboursés sur justificatif dans une certaine limite.

Le Fonds tient compte des prestations versées par les organismes sociaux, publics ou privés.

En cas de blessures avec guérison sans séquelles, l'indemnisation s'effectue à partir des certificats médicaux transmis, des justificatifs des frais restés à la charge de la victime et des pertes de revenus, déduction faite de la créance des organismes sociaux.

En cas de blessures avec séquelles, le FGTI verse une ou plusieurs indemnités provisionnelles. Il demande à son médecin-conseil d'examiner la victime, qui peut se faire assister par le médecin de son choix. Une fois son état de santé stabilisé, la victime reçoit un décompte détaillé de l'indemnité proposée après examen du rapport médical établi par le médecin-conseil, déduction faite de la créance des organismes sociaux.

En cas de décès de la victime

Dans ce cas, l'offre d'indemnisation est adressée aux ayants droit. Elle inclut l'indemnisation des préjudices moraux, des frais d'obsèques, des frais restés à la charge des ayants droit et du préjudice économique après déduction de la créance des organismes sociaux.

Les victimes ou leurs ayants droit peuvent accepter, discuter ou refuser l'offre d'indemnisation. En cas de refus, ce sont les tribunaux qui déterminent le montant que le Fonds devra régler.

Les délais d'indemnisation

Le FGTI verse une première provision au plus tard un mois après avoir reçu la demande de la victime. Cela permet à cette dernière de faire face aux premiers frais.

Puis le Fonds présente par écrit une offre définitive au plus tard trois mois après avoir reçu les justificatifs des préjudices.

La victime dispose d'un délai de réflexion de 15 jours pour se prononcer sur cette offre :

- ✓ Si elle l'accepte, le Fonds de garantie verse le montant de l'indemnité;
- ✓ Si elle ne l'accepte pas, elle peut saisir les tribunaux.



Les assurances souscrites à titre personnel permettent aussi d'être indemnisé. Il s'agit notamment des assurances en cas de décès, des contrats de garantie des accidents de la vie, des garanties individuelles souscrites contre les accidents et des assurances spécifiques contre les attentats et les agressions (ces possibilités d'assurance sont traitées dans la quatrième partie de ce livre).

Chapitre 9

La garantie responsabilité civile et la protection juridique de l'assurance multirisque habitation

Dans ce chapitre :

- L'assurance responsabilité civile vie privée
- La protection juridique

Parmi les multiples garanties que comporte un contrat d'assurance multirisque habitation, l'assurance responsabilité civile est l'une des plus importantes. D'ailleurs, si les autres sont plus ou moins facultatives, celle-ci est incontournable, puisqu'elle est imposée par la loi (la notion de « responsabilité civile » est étudiée au chapitre 2).

L'assurance responsabilité civile

En France, les dommages causés à autrui ont l'obligation légale d'être réparés. C'est la raison pour laquelle les contrats d'assurance multirisques habitation comprennent obligatoirement une garantie responsabilité civile familiale, destinée à réparer les dommages causés involontairement à des personnes ou à leurs biens, dans le cadre de la vie privée.

Les personnes assurées par le contrat multirisque habitation

La garantie responsabilité civile familiale du contrat d'assurance multirisque habitation couvre toute la famille, au sens large. C'est-à-dire :

- ✓ L'assuré souscripteur du contrat, ainsi que toute personne vivant habituellement dans son foyer, quel que soit leur lien marital avec lui ;
- ✓ Les enfants de l'assuré et /ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire de pacs, même s'ils ne vivent pas habituellement sous leur toit ;
- ✓ Les enfants handicapés physiques ou mentaux de l'assuré ;
- ✓ Les enfants célibataires de l'assuré, qui poursuivent des études et n'exercent pas de profession (avec éventuellement une limite d'âge fixée par le contrat). Toutefois, certains contrats assurent la responsabilité civile des enfants mineurs hébergés occasionnellement, même avec rémunération (à vérifier dans votre contrat).



Les personnes qui assument la garde des enfants et des animaux à titre occasionnel et gratuit sont également assurées pour les dommages que ceux-ci causent à autrui, du fait de cette garde.

Les dommages couverts

La responsabilité civile concerne les dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers par l'assuré :

- ✓ De son propre fait ou du fait des personnes dont il doit répondre ;
- ✓ À cause de ses biens mobiliers (par exemple lors de l'usage de certains objets ou appareils tels qu'une tondeuse ou un vélo, à l'exclusion des dommages subis par l'appareil lui-même, même s'il est loué ou prêté, et des dommages subis par vous-même) ;
- ✓ À cause des animaux dont il est propriétaire ou gardien. La plupart des contrats excluent néanmoins les dommages causés par les chiens considérés comme dangereux par la loi du 6 janvier 1999. Ces chiens, tout comme les animaux sauvages apprivoisés, doivent faire l'objet d'une extension de garantie.



Rappelons que la garantie de l'assurance habitation ne couvre pas la responsabilité civile des assurés lorsqu'ils conduisent un véhicule terrestre à moteur. Cette responsabilité-là est garantie par son assurance auto ou moto (cette question est traitée au début du chapitre 4).

Soulignons que de nombreux contrats couvrent les objets confiés à l'assuré dans le cadre de l'assurance de son mobilier (parfois avec une limitation particulière, à vérifier dans votre contrat).

Enfin, la garantie fonctionne également :

- ✓ Lors de la pratique d'un sport (sauf dangereux ou à risque);
- ✓ Lors d'une location de vacances, pour les responsabilités envers des tiers ou des voisins;
- ✓ Lors des activités scolaires et extrascolaires des enfants de l'assuré, sauf pour les dommages corporels ou matériels (lunettes cassées...) subis par les enfants eux-mêmes.



La garantie responsabilité civile familiale fonctionne généralement sans franchise.

Les dommages exclus de la garantie

L'assurance responsabilité civile n'intervient pas pour les accidents causés :

- ✓ À l'assuré lui-même, à ses proches et, de façon générale, à toute personne assurée par le contrat : il faut donc toujours vérifier qui est considéré comme assuré ou comme tiers par le contrat;
- ✓ Par une voiture ou un deux-roues à moteur : la responsabilité civile des conducteurs est assurée par le contrat d'assurance auto ou moto (voir chapitre 4);
- ✓ Dans le cadre des activités professionnelles de l'assuré : pour cela, il y a des contrats d'assurance professionnels.



L'assurance responsabilité civile vie privée exclut en général toute activité rémunérée mais également toute fonction publique et syndicale représentative.

Elle ne fonctionne pas non plus pour les dommages :

- ✓ Causés intentionnellement;
- ✓ Causés aux biens dont l'assuré est propriétaire ou locataire et aux biens en dépôt ou en prêt (sauf extension de garantie).

Enfin, certaines activités trop risquées sont exclues de la garantie de base mais peuvent facilement être assurées au moyen d'un contrat complémentaire (voir chapitre 12). Il s'agit :

- ✓ Des activités sportives considérées comme dangereuses (sports mécaniques, sports de glisse, parachutisme, etc.);

- ✓ Des chiens considérés comme dangereux pour lesquels il faut demander une extension de garantie;
- ✓ Des accidents causés à l'extérieur de la maison : par exemple un incendie provoqué par l'utilisation d'un barbecue et endommageant la propriété voisine.

La responsabilité des « aides bénévoles et momentanées »

Les aides bénévoles sont les personnes qui viennent effectuer de petits travaux chez l'assuré (autrement dit un ami ou un parent qui vient donner un coup de main). S'ils se blessent, l'assuré peut être responsable, mais il n'est pas sûr que son contrat d'assurance indemnise leur préjudice. Pas plus que les dommages que l'aide bénévole peut causer à d'autres personnes.

Toutefois, les contrats les plus complets reconnaissent aux aides bénévoles la qualité d'assuré pour les dommages qu'ils causent à autrui et celle de tiers pour les dommages qu'ils subissent.

Mais attention, en cas d'accident survenu à l'aide bénévole, la garantie responsabilité civile de l'assuré ne joue qu'en l'absence totale de rémunération, y compris en nature : hébergement, repas, salaire...

Si une rémunération est versée par l'assuré, l'aide n'est plus bénévole : il doit alors être déclaré à l'Urssaf. Ainsi, en cas d'accident, c'est le régime obligatoire d'assurance maladie qui interviendra.

À noter pour finir qu'une assistante maternelle doit être assurée spécifiquement pour les dommages causés par les enfants qui lui sont confiés mais aussi, et surtout, pour les dommages corporels qu'ils pourraient subir.

Les bénéficiaires de l'indemnisation

Seules les personnes considérées comme « tiers » par rapport à l'assuré sont indemnisées de leurs dommages. Ainsi, dans le cadre des contrats multirisques habitation, les personnes qui ont la qualité d'assuré ne sont pas considérées comme tiers.

Cela exclut donc :

✓ **Les membres de la famille de l'assuré** : les contrats multirisques habitation ne donnent pas la qualité de tiers aux membres d'une même famille. Cependant, cette notion de membre d'une même famille peut recouvrir un champ plus ou moins large selon les contrats. En effet, certains contrats listent les membres de la famille considérés comme assurés (conjoint, ascendants et descendants vivant au foyer), d'autres sont moins précis et font référence à des notions d'entourage ou de personnes vivant habituellement au foyer ;

Les contrats multirisques habitation ne couvrent pas non plus les dommages que peuvent se causer mutuellement les membres de la famille. Un membre d'une famille qui souhaite faire garantir l'indemnisation de tout accident corporel subi par ses parents vivant au foyer peut souscrire une assurance individuelle accidents familiale. La garantie des accidents de la vie permet également de couvrir les conséquences d'accidents corporels de la vie privée (cette garantie est étudiée au chapitre 12).

✓ **Le « préposé en service »** : un professionnel qui intervient dans le logement de l'assuré n'a ni la qualité d'assuré pour les dommages qu'il provoque ni celle de tiers pour les dommages qu'il peut y subir. Dans ce cas, il y a deux possibilités d'assurance :

- Si le préposé est responsable de dommages causés à autrui, c'est son employeur qui doit en assumer les conséquences (article 1384, alinéa 5 du Code civil),
- Si le préposé est victime d'un dommage corporel dans l'exercice de son activité professionnelle, la législation du droit du travail s'applique.

La protection juridique de l'assurance multirisque habitation

Pour l'assureur, la protection juridique consiste à fournir un service à l'assuré, à prévenir ou à mettre un terme amiable à un litige. Ce service prend la forme d'information, de conseils et d'interventions auprès de tiers, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un avocat choisi par l'assuré.

La garantie de protection juridique peut faire l'objet d'un contrat spécifique, pour couvrir plusieurs des domaines. Mais elle peut aussi être proposée en annexe d'une assurance habitation, automobile, loyers ou viagers impayés, voyage, etc. Dans ce cas, elle ne couvre que les litiges en rapport avec



le contrat où elle figure. Mais elle doit toujours faire l'objet d'une clause distincte, et le montant de sa cotisation doit être indiqué séparément.

Les litiges concernés

Les domaines dans lesquels l'assurance peut intervenir sont prévus au contrat. Les principaux sont :

- ✓ La consommation : un litige sur une réclamation, une facture, à propos d'un abonnement ;
- ✓ L'automobile : un litige avec un garagiste ;
- ✓ L'habitation : un problème de copropriété ou de voisinage (mitoyenneté, bornage, etc.), des loyers impayés, un viager non respecté ;
- ✓ Le bâtiment et la construction : les conflits avec une entreprise de construction ;
- ✓ La vie active : les ruptures de contrat de travail ;
- ✓ Les relations avec l'administration : fiscalité, expropriation.



En revanche, les litiges qui opposent locataire et bailleur ne sont pas couverts par la protection juridique de base. Pour être pris en charge, il faut souscrire une option spécifique. De même, en général, les contrats de protection juridique ne couvrent pas les conflits liés au droit de la famille (mariage, divorce, pension alimentaire, succession...). Pour avoir cette garantie, il faut là encore demander à l'assureur de l'intégrer au contrat.

Les limites et les exclusions

La garantie fonctionne après un refus opposé à une réclamation, dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire. Si l'assuré a commencé par consulter lui-même un juriste, ou qu'il fait réaliser un acte juridique (par exemple un constat d'huissier), cela ne l'empêche nullement, ensuite, de faire jouer sa garantie protection juridique auprès de son assureur. Cependant, les consultations ou les actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge. À moins de justifier d'une urgence (articles L. 127-2-1 et L. 127-2-2 du Code des assurances).



Les assureurs se sont engagés à utiliser un vocabulaire commun dans tous les contrats de protection juridique. En outre, ces contrats doivent comporter une description précise des modalités d'intervention de la garantie, des limites et des exclusions. Dans tous les cas, avant de souscrire, une lecture très attentive avec l'assureur est impérative, pour se faire expliquer chaque clause.

Les contrats prévoient toujours des délais de carence, des plafonnements de remboursement et des exclusions de principe.

Les limites

Il peut y avoir des plafonds de prise en charge par sinistre ou par an.

Le remboursement des honoraires d'avocat aussi peut être plafonné : au-delà d'une certaine somme, l'assuré assume seul les frais d'avocat.

Comme pour l'assurance automobile, il peut y avoir un seuil d'intervention à partir duquel la garantie fonctionne : par exemple si le litige porte sur un montant supérieur à un minimum fixé dans le contrat (150 €, 300 €). Ou alors le contrat prévoit :

- ✓ Une franchise : une somme forfaitaire ou proportionnelle aux frais, qui reste à la charge de l'assuré en toutes circonstances ;
- ✓ Un délai de carence : une période après la signature du contrat pendant laquelle certains litiges ne sont pas pris en charge. Par exemple, le contrat peut préciser que l'assurance ne couvre pas les problèmes de voisinage pendant les deux premières années de la souscription ;
- ✓ Des limites territoriales : par exemple, l'assurance n'est accordée que dans les pays de l'Union européenne.

Les exclusions

La protection juridique ne prend pas en charge les litiges dont la naissance est antérieure à la souscription du contrat. Ni les litiges dans lesquels l'obligation de l'assuré est incontestable.

Elle ne couvre pas non plus les amendes, intérêts de retard, ou dommages et intérêts auxquels l'assuré pourrait être condamné à titre personnel. C'est d'ailleurs une exclusion légale.

Par ailleurs, son rôle n'est pas de rembourser les dommages subis ou causés par l'assuré (c'est le rôle de l'assurance habitation ou automobile selon les circonstances).

Enfin, le contrat peut prévoir certaines exclusions comme :

- ✓ Les sinistres trop complexes : par exemple la propriété industrielle, la fiscalité, le bornage ;
- ✓ Les sinistres entre assurés de la même compagnie d'assurances ;
- ✓ Les sinistres opposant deux assurés du même contrat : par exemple entre époux ou concubins ;

- ✓ Les sinistres couverts directement ou indirectement par d'autres contrats d'assurance, pour éviter le double emploi : par exemple si la protection juridique du contrat d'assurance automobile ou multirisque habitation joue déjà.

S'il faut prendre un avocat

Au cours de la procédure, il est possible d'avoir à saisir la justice. Pour ce faire, il faut souvent prendre un avocat. Dans ce cas, le Code des assurances prévoit que l'assuré a toujours la liberté de le choisir lui-même (article L. 127-3). L'assureur ne peut proposer le nom d'un avocat à l'assuré que si celui-ci le lui demande par écrit.

En outre, les honoraires de l'avocat sont déterminés entre ce dernier et l'assuré sans pouvoir faire l'objet d'un accord avec l'assureur.

Enfin, dans tous les cas, la direction du procès appartient à l'assuré. Néanmoins, durant la procédure, l'assureur reste à sa disposition et à celle de son avocat pour les assister s'ils le souhaitent.

Les modalités de fonctionnement

La protection juridique intervient selon trois axes :

- ✓ L'information et l'assistance juridique ;
- ✓ La protection des intérêts de l'assuré dans la gestion du sinistre ;
- ✓ L'indemnisation de ses frais.

L'information et l'assistance juridiques

L'assureur propose un service d'information juridique par téléphone, qui permet à l'assuré de connaître ses droits et de prendre les précautions nécessaires. Une équipe de juristes est mise à la disposition de l'assuré, pour l'informer et l'orienter avant toute démarche.

La défense des intérêts de l'assuré

Le déclenchement de la garantie de protection juridique est subordonné à l'envoi d'une déclaration de sinistre par l'assuré à l'assureur.

Ensuite, il y a deux phases : une première, amiable, puis, en cas d'échec, une procédure judiciaire.

Comme la grande majorité des litiges est liée aux problèmes de la vie courante, ceux-ci se règlent le plus souvent à l'amiable grâce à l'intervention d'une équipe de juristes qui informe l'assuré et conduit avec lui les négociations avec son adversaire. Parallèlement, des experts spécialisés

dans le domaine dont relève le litige étaient le dossier (immobilier, automobile, médical...).

L'indemnisation de ses frais

Dans le cadre amiable comme judiciaire, les frais et les honoraires nécessaires au règlement du litige sont pris en charge par l'assureur. La nature et le montant de ces frais et honoraires sont toujours définis dans le contrat.

En cas de procédure judiciaire, et dans les limites du contrat, la protection juridique prend en charge :

- ✓ Les honoraires d'avocat ;
- ✓ Les frais de procès ;
- ✓ Les frais annexes : frais et honoraires d'expert et d'huissier, frais de procédure.



Toutes les sommes obtenues en remboursement des frais et des honoraires engagés pour la solution du litige bénéficient prioritairement à l'assuré, à concurrence des dépenses restées à sa charge.

La clause d'arbitrage

Sauf situation d'urgence, les mesures à prendre pour régler un litige le sont conjointement entre l'assureur et l'assuré. Cependant, dans certains cas, il peut y avoir désaccord entre l'assuré et l'assureur sur les actions à mener. Ce dernier peut, par exemple, refuser d'engager un procès s'il lui semble voué à l'échec.

Dans ce cas, l'assuré peut faire appel à un arbitre, un tiers dûment habilité à donner des conseils juridiques. En principe, il est désigné d'un commun accord avec l'assureur. À défaut d'accord sur le nom de l'arbitre, celui-ci peut être nommé par le tribunal de grande instance.

À noter que les frais engagés pour cet arbitrage sont aussi prévus par le contrat de protection juridique : ils sont donc à la charge de l'assureur.

Si l'arbitre donne raison à l'assuré, l'assureur doit engager la procédure judiciaire. Si l'arbitre, au contraire, donne raison à l'assureur, l'assuré garde la possibilité d'engager la procédure judiciaire qu'il souhaite mener. Mais à ses frais.

Et si finalement il obtient raison en justice, l'assureur lui remboursera ses frais de procédure, dans la limite fixée par le contrat.

Quatrième partie

Les assurances individuelles



Dans cette partie...

Parallèlement aux contrats d'assurance qui protègent les biens, d'autres assurances servent à protéger les personnes. Leur domaine d'intervention est très vaste, puisqu'elles peuvent couvrir les assurés et leur famille de leur plus jeune âge à leur décès. Les plus connus sont l'assurance vie et l'assurance décès, mais il en existe beaucoup d'autres, pour couvrir, entre autres, les accidents de la vie, l'invalidité, le chômage, la dépendance et même les obsèques.

Leur principe est à peu près toujours le même : une phase d'épargne plus ou moins longue, puis le versement d'un capital ou d'une rente, si le risque assuré vient à se réaliser.

Aucun de ces contrats n'est légalement obligatoire même s'ils s'inscrivent tous dans une logique de prévoyance et de maintien du niveau de vie de l'assuré et de sa famille.

Cette partie est consacrée aux contrats individuels, c'est-à-dire souscrits directement par une personne individuelle auprès d'un assureur. Les contrats de groupe, souscrits par les entreprises, entre autres, sont aussi des assurances de personnes. Mais comme ils sont destinés essentiellement à compléter les assurances sociales obligatoires en France, ils sont traités à leur suite, dans la sixième partie.

Chapitre 10

L'assurance vie

Dans ce chapitre :

- Le principe des contrats d'assurance vie
- La souscription et le fonctionnement
- Le dénouement
- La fiscalité à la sortie du contrat
- Assurance vie et transmission de patrimoine

Certes, l'assurance vie est un placement financier. Mais c'est aussi un double contrat d'assurance puisqu'il couvre l'assuré à la fois en cas de vie et en cas de décès. Les contrats qui n'assurent que le décès sont étudiés au chapitre suivant.

Le principe de l'assurance vie

L'assurance vie est très particulière, car c'est un contrat d'assurance, un contrat d'épargne et un placement financier.

Assurance, épargne...

On oublie trop souvent que l'assurance vie est d'abord un contrat d'assurance. En y souscrivant, l'assuré confie son épargne à un assureur pour une durée déterminée.

En retour, l'assureur lui constitue un capital et s'engage, à terme, à lui verser la somme épargnée, assortie des intérêts obtenus. Et si le souscripteur décède avant la fin du contrat, l'ensemble est transmis à un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Mais bien sûr l'assurance vie est aussi un contrat d'épargne, sur lequel l'argent n'est pas bloqué : il peut être repris par l'assuré, en partie ou en

totalité, pour faire face à une dépense imprévue. C'est ce qu'on appelle le « rachat partiel ou total du contrat ».

En revanche, le choix du contrat d'assurance vie est définitif : on ne peut pas transférer son épargne d'un contrat d'assurance vie à un autre.

Mais il est possible de souscrire plusieurs types de contrat, avec des bénéficiaires différents pour chacun en cas de décès.

Après la signature, le souscripteur d'un contrat d'assurance vie dispose d'un délai de 30 jours pour se rétracter.



... et placement financier

Durant la phase d'épargne du contrat d'assurance vie, l'argent est placé par l'assureur de manière à rapporter des intérêts au souscripteur.

Selon son profil d'épargnant, les supports d'investissement qu'il choisit, les rendements de l'épargne sont plus ou moins importants chaque année.

L'investissement peut être :

- ✓ Prudent : peu de risques, donc un rendement faible mais garanti ;
- ✓ Actif : des supports un peu plus risqués, pour un meilleur rendement ;
- ✓ Dynamique : le risque est important mais, si les supports d'investissement sont à la hausse, le rendement de l'épargne sera élevé ;
- ✓ Mixte : c'est ce qu'on appelle un placement « multisupport », qui mélange les supports prudent, actif et dynamique.



Même si la crise économique et financière vient d'entamer très fortement les rendements et le prestige des placements boursiers, sur du long terme, les analyses montrent que les placements de capitalisation « à risque » sont toujours rentables. Avant de récupérer ses investissements, il faut juste savoir attendre que les valeurs soient de nouveau à la hausse. Ce qui finit toujours par arriver.

Les supports d'investissement de l'assurance vie

Selon le type de contrat choisi par le souscripteur, l'épargne placée sur un contrat d'assurance vie peut être investie, soit en euros, soit en unités de compte, soit à la fois en euros et en unités de compte.

- ✓ S'il s'agit d'un placement en euros, le capital ne peut jamais diminuer, car l'assureur garantit un taux de revalorisation minimale annuel ;

- ✓ **S'il s'agit d'un placement en unités de compte**, le souscripteur décide de faire courir un peu plus de risques à son épargne, pour obtenir un meilleur rendement. Dans cette hypothèse, l'argent est investi en valeurs mobilières comme des sicav ou des fonds communs de placement (FCP). Le rendement dépend des variations boursières. Si le souscripteur connaît bien le mécanisme des marchés financiers, c'est lui qui décide quels supports d'investissement il choisit, selon une orientation plutôt prudente ou plutôt dynamique. Sinon, il peut préférer déléguer les décisions d'investissement et la gestion des placements à l'assureur, à sa banque ou à un conseiller financier indépendant ;
- ✓ **S'il s'agit d'un contrat multisupport**, les placements sont panachés, à la fois en euros et en unités de compte. Le souscripteur choisit la part de l'épargne investie sur chaque support, selon les risques qu'il est prêt à prendre.

La souscription du contrat d'assurance vie

Avant de choisir le bon contrat, il faut d'abord réfléchir à l'interlocuteur que vous allez avoir en face de vous. Quel qu'il soit, celui-ci est soumis à quelques obligations légales.

Le choix de l'assureur

Un contrat d'assurance vie est appelé à durer plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Il va également recueillir des sommes d'argent importantes. Par conséquent, le choix de l'assureur est essentiel. Pour cela, il n'y a qu'un seul critère de sélection : la réputation et la fiabilité de l'établissement de rattachement.



Les épargnants ont accès à certaines informations concernant la bonne santé financière d'une banque, d'une compagnie d'assurances ou d'une mutuelle, notamment en lisant leur rapport annuel. Cependant, dans les faits, cette lecture n'est pas simple, surtout pour les néophytes. Dans ce cas, n'hésitez pas à poser beaucoup de questions et à vous faire expliquer précisément tout ce que vous ne comprenez pas.

Choisir sa banque

C'est le choix le plus courant : les conseillers financiers des banques proposent à leur client de souscrire un contrat d'assurance vie, au même titre que tout autre produit d'épargne.

L'intérêt de choisir sa banque, c'est la proximité et une certaine confiance réciproque. À la fois pour le client, qui bénéficie de conseils adaptés à sa

situation financière et à ses objectifs patrimoniaux, et pour la banque, qui connaît ses clients et leurs possibilités en matière d'épargne et de placement.

Dans tous les cas, lors de la souscription, le client doit être informé du fait que le contrat est souscrit auprès d'une compagnie d'assurances, et si celle-ci est une filiale de la banque ou qu'elle appartient à son groupe.



Pour les contrats d'assurance vie de groupe pour lesquels le souscripteur est la banque, et l'assureur est sa filiale, les banques doivent informer les clients des modifications qui peuvent intervenir pendant la durée du contrat : la nature de la modification, ses raisons, ses conséquences, les modalités d'adoption de l'avenant.

Choisir sa compagnie d'assurances ou sa mutuelle

Les compagnies d'assurances et les mutuelles proposent toutes quelques contrats d'assurance vie qui portent leur logo. Ce n'est forcément un gage d'efficacité *a priori*. Avant de souscrire, mieux vaut lire le contrat et se le faire expliquer clairement.

L'autre question est de savoir si l'agent d'assurances, à qui l'on s'adresse pour souscrire le contrat d'assurance vie, maîtrise bien ce type de produit, qui relève tout de même plus du conseil patrimonial que de l'assurance dommages à laquelle il est habitué.



Pour le vérifier, une seule solution : lire et étudier chaque clause du contrat d'assurance vie avec lui. S'il bute sur certaines questions précises, exigez un interlocuteur plus compétent.

Choisir un courtier

Le courtier ou l'agent général d'assurances n'est pas lié à une compagnie d'assurance vie particulière. Selon les profils d'épargnants et leur capacité d'épargne, il peut proposer plusieurs types de contrats émanant de diverses compagnies d'assurance vie. Son offre est donc plus variée, et potentiellement mieux adaptée à une situation financière donnée, et un à objectif patrimonial précis.



En matière d'assurance vie, le courtier prend désormais le nom de « conseiller en gestion de patrimoine ». Sachez qu'il n'y a pas de formation spécifique pour exercer ce métier. C'est pourquoi, avant de souscrire « les yeux fermés » un contrat d'assurance vie ou tout autre produit d'épargne sur ses conseils, interrogez-le sur son parcours et ses compétences.

Les courtiers en ligne

Le principe s'est développé à grande vitesse depuis dix ans. Les courtiers en ligne sont des sites internet gérés par des sociétés financières privées ou des banques réelles ou en ligne. Ils proposent de placer et de gérer soi-même son épargne, à des frais moins élevés.

Cela suppose, en premier lieu, une bonne connaissance générale des mécanismes financiers.

Par ailleurs, les courtiers en ligne sont plutôt spécialisés dans les opérations de placements en Bourse. Néanmoins, certains sites proposent non seulement un compte courant et quelques services bancaires mais aussi désormais des contrats d'assurance vie.

En principe, plus les services sont larges, plus les possibilités d'arbitrage seront intéressantes. À étudier, donc.



Si les frais sont annoncés à 0 %, méfiance, si les droits d'abonnement sont gratuits... il faut aussi s'interroger sur les frais de courtage et les droits de garde.

Les associations d'épargnants

Afer, Gaipare ou Agipi entre autres, leur objectif est de souscrire des contrats d'assurance vie de groupe. Ces associations d'épargnants sont aujourd'hui plus d'une dizaine et émanent souvent des compagnies d'assurances elles-mêmes. Le principe s'est développé depuis les années 1980, lorsque l'Afer a obtenu de ne pas payer la taxe de 5,5 % imposée à l'époque aux contrats d'assurance vie.

Le fonctionnement est le suivant : les épargnants adhèrent à l'association et c'est elle qui souscrit le contrat d'assurance vie, en négociant les conditions avec l'assureur. Si l'association disparaît, le contrat continue de plein droit avec la compagnie d'assurances.

À noter que les associations d'épargnants ne recueillent pas elles-mêmes les adhésions. Pour souscrire un contrat d'assurance vie auprès d'elle, il faut passer par un intermédiaire financier – banque, courtier, agent d'assurances.



Comme ce type de contrat d'assurance vie est un contrat de groupe, l'association peut le modifier sans demander leur avis aux adhérents. Pour se tenir au courant des évolutions du contrat, il faut donc se rendre sans faute aux assemblées générales de l'association.

Les obligations de l'assureur vie

Avant de proposer un contrat d'assurance vie, le conseiller financier quel qu'il soit se trouve dans l'obligation d'établir le profil financier de son client. Pour cela, il doit définir précisément :

- ✓ Ses objectifs d'investissement ;
- ✓ Les risques qu'il souhaite prendre ;
- ✓ L'étendue de ses connaissances en matière de marchés financiers.

Le contrat d'assurance vie doit ensuite correspondre parfaitement à ce profil. Par ailleurs, il est également soumis à plusieurs obligations professionnelles.

L'obligation d'information

L'épargnant doit pouvoir exiger des conseils précis et adaptés à son profil, ainsi que toute la documentation nécessaire au choix de son contrat. Il doit aussi avoir le temps de réfléchir avant de se décider, de poser toutes sortes de questions et d'obtenir des réponses précises.

Sachez que tous les contrats d'assurance vie doivent désormais intégrer un encadré reprenant leurs caractéristiques essentielles, c'est-à-dire, dans l'ordre :

- ✓ La nature du contrat : contrat individuel ou contrat de groupe à adhésion individuelle;
- ✓ Si le capital est garanti (uniquement sur les fonds en euros);
- ✓ La participation aux bénéfices;
- ✓ Si le retrait est possible à tout moment;
- ✓ Les délais de versement d'un retrait;
- ✓ Les frais prélevés;
- ✓ La durée du contrat (avec un minimum de huit ans);
- ✓ La désignation du bénéficiaire : quand, comment et combien, en changeant éventuellement.

L'obligation de garantie

On l'aura compris, les assureurs vie se trouvent dépositaires d'une somme d'épargne considérable : 122,6 milliards d'euros de cotisations en 2008 (et jusqu'à 140,5 milliards en 2006).

Pour autant, ils ne peuvent pas faire n'importe quoi avec l'argent des souscripteurs. Ils sont d'ailleurs soumis à des règles de comptabilité beaucoup plus strictes que les banques. Et ils doivent respecter un certain nombre de règles de prudence financière :

- ✓ Les engagements pris à l'égard des assurés doivent être estimés avec prudence;
- ✓ Les fonds en euros doivent être provisionnés de telle manière que les assurés puissent tous retirer leur argent en même temps;
- ✓ Si l'épargne est placée sur les marchés financiers, les placements doivent être diversifiés de façon à réduire les risques;
- ✓ Sur les fonds en unités de compte ou multisupports, l'assureur vie doit constituer une marge de solvabilité, c'est-à-dire un niveau de fonds propres lui permettant de tenir ses engagements à l'égard des assurés.



Dans tous les cas, tout assuré bénéficie d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires à partir du jour où il est informé que le contrat est conclu. Pour se rétracter, il doit simplement envoyer à l'assureur une lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception, qui doit lui restituer l'intégralité des sommes qu'il a versées.

Le fonctionnement d'un contrat d'assurance vie

Toute personne, à partir de 18 ans, a le droit d'ouvrir un contrat d'assurance vie. Ensuite, il n'y a pas d'âge limite pour souscrire.

Les parents d'un enfant mineur peuvent ouvrir un contrat à son nom. Après cela, ils doivent le gérer avec sécurité. À noter qu'un enfant ne peut pas choisir le bénéficiaire de son contrat avant sa majorité.



Le nombre de contrats d'assurance vie par personne n'est pas limité. D'ailleurs, lorsqu'un épargnant souhaite placer de très grosses sommes, mieux vaut qu'il souscrive plusieurs contrats d'assurance vie, avec un large choix de supports d'investissement et différents bénéficiaires.

Les primes

En matière d'assurance en général et d'assurance vie en particulier, les versements s'appellent des « primes ». Elles sont obligatoires et non déductibles du revenu imposable.

En revanche, leur niveau et leur régularité dépendent entièrement du choix de l'épargnant. Ainsi, elles peuvent être :

- ✓ Libres et non programmées ;
- ✓ Programmées à des périodes fixes ;
- ✓ À versement unique.

Ce choix se fait au moment de la souscription.

Il peut y avoir un versement minimal, mais il n'y a aucun plafond de dépôt.



Vous pouvez toujours récupérer votre épargne et ses intérêts avant la fin du contrat. Mais dans ce cas il faudra en général payer des pénalités contractuelles, ainsi que des impôts et des taxes relativement élevés, surtout avant quatre ans d'ancienneté. Encore une question à poser avant de souscrire !

Les intérêts produits

Selon que l'on opte pour un contrat en euros ou en unités de compte, la rémunération de l'épargne n'est pas la même.

En euros, la rémunération est fixe : en général entre 3 et 5 %. Elle se compose d'un taux minimal garanti, assorti d'une part des bénéfices réalisés par l'assureur vie, avec l'épargne versée sur le contrat, après déduction de ses frais de gestion.

En unités de compte, la rémunération n'est pas garantie : elle dépend des titres boursiers ou immobiliers dans lesquels l'épargne est placée. Sur ce type de contrat, en plus des frais de gestion du contrat lui-même, il peut aussi y avoir des frais liés à la gestion des titres boursiers.



Les bénéfices issus des contrats en euros sont soumis aux prélèvements sociaux tous les ans (12,1 % en 2009). En revanche, ils en sont exemptés au dénouement du contrat. Sur les contrats en unités de compte ou multisupports, c'est l'inverse : pas de prélèvements durant la phase d'épargne mais à la sortie.

Les frais

Sur les contrats d'assurance vie, il y a trois types de frais :

- ✓ **Les frais sur les versements** : ils sont prélevés en une seule fois, sur chaque montant placé par l'épargnant. Exemple : le montant des frais sur versements est fixé à 4 % ; si l'épargnant verse 100 €, 4 € seront prélevés par l'assureur vie, qui versera 96 € sur le contrat ;
- ✓ **Les frais sur l'épargne** : ce sont des frais prélevés annuellement, sur la totalité de l'épargne placée sur le contrat. Ils se décomposent en deux types de frais : les frais de gestion du contrat lui-même et les frais de gestion des supports financiers où est investie l'épargne. Cet ensemble est à surveiller de près, car il peut vite atteindre des proportions importantes (jusqu'à 5 % ou 6 % de l'épargne) ;
- ✓ **Les frais sur les arbitrages** : certains contrats d'assurance vie multisupports ajoutent un prélèvement chaque fois que l'épargnant décide de transférer une partie de son argent d'un support financier à un autre, pour améliorer son rendement. Ce prélèvement peut lui aussi se décomposer en deux types de frais : un taux de commission appliqué à l'ensemble de la somme transférée et parfois, en plus, des frais fixes. Là encore, à surveiller.



Faites-vous toujours préciser le détail des frais prélevés par l'intermédiaire financier, ainsi que leur mode de perception.

Les possibilités de rachat

Il est possible de prélever de l'argent avant l'échéance du contrat. C'est ce qu'on appelle le « rachat ». Il peut être partiel ou total :

- ✓ Un rachat partiel correspond à la sortie d'une partie de l'épargne. Le reste continue à être rémunéré ;
- ✓ Un rachat total correspond à la fermeture définitive du contrat.

Dans les deux cas, le contrat peut prévoir des pénalités. En outre, selon la date d'anniversaire du contrat, les prélèvements fiscaux sur le rachat peuvent être plus ou moins lourds : avant quatre ans, ils sont très élevés (35 %), puis ils diminuent progressivement avec l'ancienneté de l'épargne.

Pour les contrats en unités de compte ou multisupports, avant d'envisager un rachat, il faut aussi surveiller les marchés financiers, et si possible attendre qu'ils soient à la hausse, pour profiter pleinement des bénéfices.



Le dénouement d'un contrat d'assurance vie

Tout contrat d'assurance vie doit durer au minimum huit ans. Mais il peut être prévu pour beaucoup plus longtemps, voire quasiment toute la vie !

Une fois arrivé à l'échéance prévue, si l'assuré est en vie, l'assureur lui garantit le versement d'un capital ou d'une rente viagère. L'assurance vie est alors utilisée pour procurer un complément de revenus, par exemple à partir de la retraite.

La décision de sortir son épargne en rente ou en capital dépend des objectifs choisis au départ : améliorer sa vie quotidienne et/ou transmettre de l'argent à ses proches.

Le souscripteur n'a pas l'obligation de choisir dès la signature du contrat, s'il veut le dénouer en rente ou en capital. Cette option peut être décidée après les huit premières années du contrat.



La sortie en rente

Lorsque le contrat d'assurance vie a pour objectif, par exemple, d'améliorer la retraite de son souscripteur, le contrat se dénoue dès qu'il atteint l'âge prévu. À partir de là, il commence à percevoir une rente à vie, imposable sur le revenu. C'est ce qu'on appelle un contrat d'assurance « viager ».

En cas de décès, cette rente peut même être reversée au conjoint, à condition que le contrat le prévoie. Sinon, l'assureur conserve l'épargne qui reste.

On le voit, dans ce cas, l'assurance vie est bien un contrat d'assurance.

La sortie en capital

Il s'agit là de prélever en une seule fois toute l'épargne placée sur le contrat. Si l'objet de celui-ci est de transmettre de l'argent à un ou plusieurs bénéficiaires à l'échéance, elle est transmise sous forme de capital le plus souvent exonéré de droits de succession.

Et, bien sûr, un panachage des deux options est également possible : une rente durant la vie du souscripteur, puis la transmission de l'épargne restante à son décès.

La fiscalité à la sortie d'un contrat d'assurance vie

C'est la grande question. Car, devant une telle masse d'épargne, les pouvoirs publics sont toujours tentés de venir prélever des cotisations fiscales et sociales, puis d'augmenter peu à peu les taux de prélèvement. Au risque de détourner les épargnants. Malgré une fiscalité qui s'est très fortement alourdie ces dernières années, l'assurance vie reste attractive.

L'imposition sur le revenu

Le principe est le suivant : plus l'épargnant est patient, moins il paie de taxes lorsqu'il reprend son épargne. Et dès qu'il effectue un rachat partiel ou total ou dénoue son contrat sous forme de capital, l'épargne est imposable sur le revenu. Autrement dit, il doit la déclarer en même temps que ses autres revenus, et son impôt sera d'autant plus lourd cette année-là.

Autre possibilité : le prélèvement libératoire, qui est une somme forfaitaire prélevée sur l'épargne au moment de sa sortie du contrat. Son taux dépend de l'ancienneté du contrat :

- ✓ Avant la fin de la quatrième année d'ancienneté du contrat, il est fixé à 35 % ;
- ✓ Entre quatre et huit ans d'ancienneté, le taux est réduit à 16 % ;
- ✓ À partir de huit ans d'ancienneté du contrat, tout retrait ou dénouement en capital est imposable sur le revenu, mais au-delà d'un abattement de 4600 € pour une personne seule, ou 9200 € pour un couple soumis à une imposition commune.

Si le souscripteur préfère le prélèvement libératoire, son taux est fixé à 7,5 %.

Les exonérations possibles

Certains rachats sont exonérés d'impôts en cas d'événement exceptionnel :

- ✓ Licenciement ou fin de CDD ;
- ✓ Retraite anticipée ;
- ✓ Invalidité de deuxième ou troisième catégorie empêchant toute activité professionnelle ;
- ✓ Liquidation judiciaire.



Le retrait doit avoir lieu avant la fin de l'année qui suit celle de l'événement.

Par ailleurs, lorsque le contrat se dénoue par le versement d'une rente viagère, il est également entièrement exonéré de taxes. En revanche, la rente elle-même est soumise à l'impôt sur le revenu, après un abattement lié à l'âge du bénéficiaire :

- ✓ 70 % pour les plus de 69 ans ;
- ✓ 60 % de 60 à 69 ans ;
- ✓ 50 % de 50 à 59 ans ;
- ✓ 30 % en deçà de 50 ans.

Les prélèvements sociaux

Dans tous les cas, et y compris en cas d'exonération d'impôt sur le revenu, des cotisations sociales sont aussi prélevées à la sortie des contrats en unités de compte ou multisupports.

- ✓ 8,2 % de CSG ;
- ✓ 0,5 % de CRDS ;
- ✓ 2 % de prélèvement social ;
- ✓ 0,3 % de prélèvement additionnel ;
- ✓ 1,1 % de prélèvement pour le RSA depuis le 1^{er} janvier 2009.
- ✓ Total : 12,1 % de prélèvements sociaux.



Les bénéfices issus des contrats en euros sont soumis aux prélèvements sociaux tous les ans. En revanche, ils en sont exemptés au dénouement du contrat.

Pour les épargnants qui ont souscrit un contrat d'assurance vie avant 1996, voici les taux des cotisations sociales prélevées.

- ✓ 0,5 % sur les produits accumulés entre le 01/02/1996 et le 31/12/1996 ;
- ✓ 3,9 % sur les produits accumulés entre le 01/01/1997 et 31/12/1997 ;
- ✓ 10 % sur les produits accumulés entre le 01/01/1998 et le 01/07/2004 ;
- ✓ 11 % sur les produits accumulés depuis le 01/07/2004 ;
- ✓ 12,1 % sur les produits accumulés depuis le 01/01/2009.

Assurance vie et transmission de patrimoine

Tout contrat d'assurance vie prévoit de désigner une ou plusieurs personnes à qui l'épargne sera transmise en cas de décès du souscripteur. C'est ce qui s'appelle la clause bénéficiaire. Mieux, le capital versé ne fait pas partie de sa succession. Voilà le très gros avantage de l'assurance vie.



Si aucun bénéficiaire n'est désigné, le souscripteur est censé avoir souscrit le contrat d'assurance vie pour lui-même. L'épargne est alors réintégrée dans la succession du défunt et répartie entre ses héritiers selon les règles du Code civil. Et elle est aussi assujettie aux droits de succession.

Par ailleurs, désormais, les assureurs vie sont tenus de s'informer de la survie et du décès de leurs assurés. Et lorsque le décès survient, ils se trouvent dans l'obligation de rechercher les bénéficiaires du contrat d'assurance vie et de les avertir qu'ils en sont les héritiers.

Le choix du bénéficiaire du contrat

Il est entièrement libre. Ça peut être :

- ✓ Le conjoint, concubin, partenaire de pacs ;
- ✓ Les enfants ;
- ✓ N'importe quel autre membre de la famille plus ou moins proche ;
- ✓ Un ou plusieurs amis très chers.

Il peut y avoir un seul ou plusieurs bénéficiaires. Et s'il y en a plusieurs, leurs parts peuvent être inégales. L'épargnant peut aussi préciser comment ils se

partageront le capital, ou si priorité doit être donnée à certains par rapport aux autres.



Le capital du contrat d'assurance vie peut se trouver disproportionné par rapport à ce qui doit être laissé légalement aux héritiers directs. Dans ce cas, le fisc peut refuser la clause bénéficiaire et réintégrer tout ou partie de l'épargne dans la succession du défunt.

L'acceptation du bénéficiaire

Tant que le bénéficiaire n'a pas officiellement accepté que l'épargne lui échoie en cas de décès du souscripteur, ce dernier conserve sa liberté de gestion : il peut racheter tout ou partie de son contrat, modifier ou stopper ses versements, etc. Il peut aussi décider de changer de bénéficiaire ou d'en ajouter d'autres.

En revanche, dès que le bénéficiaire fait savoir officiellement au souscripteur qu'il accepte de l'être, un avenant signé des deux est ajouté au contrat. Après cela, pour toute décision de gestion ultérieure, le souscripteur doit demander l'aval de son bénéficiaire.

Les droits de succession

Les sommes versées avant les 70 ans du souscripteur sont exonérées de droits de succession, si elles restent sous un plafond de 152 500 € par bénéficiaire.

Au-delà de ce plafond, les droits s'élèvent à 20 % du capital, primes et intérêts compris.

Après les 70 ans du souscripteur, les primes sont soumises aux droits de succession dès qu'elles dépassent 30 500 €, quel que soit le nombre de bénéficiaires.

La loi de finance pour 2010, votée au Parlement à l'automne 2009, a supprimé l'exonération de prélèvements sociaux pour les contrats d'assurance vie multisupports en cas de dénouement par succession. Auparavant, en effet, en cas de décès du titulaire du contrat, ses héritiers étaient exemptés des cotisations sociales (normalement prélevées au dénouement du contrat, voir pages précédentes). Désormais, ils ne le sont plus.

Cette mesure s'applique à l'ensemble des intérêts capitalisés sur les contrats d'assurance vie multisupports en cours pour les dénouements qui interviennent à compter du 1^{er} janvier 2010. Et cela, quelle que soit la date de souscription du contrat. Le taux de prélèvements sociaux est fixé à 12,1 %.

La question des contrats non réclamés

La Fédération française des sociétés d'assurance estime à environ 1 milliard d'euros le montant des contrats d'assurance vie non réclamés. Deux lois du 15 décembre 2005 et du 17 décembre 2007 ont renforcé les moyens mis à la disposition des assurés et des assureurs, pour faciliter la recherche :

- ✓ Des bénéficiaires qui ne réclament pas le contrat d'assurance vie qui leur revient ;
- ✓ Des contrats d'assurance vie réclamés par des bénéficiaires qui ne peuvent pas prouver l'existence réelle du contrat.

D'abord, chaque année, les assureurs informent leurs clients des caractéristiques de leurs contrats, en leur envoyant un relevé d'informations qu'ils doivent conserver précieusement.

Par ailleurs, à la suite d'un décès, toute personne s'estimant être bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie peut lancer une recherche auprès de l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance (Agira, voir le carnet d'adresses).

Enfin, depuis mars 2009, à la suite de l'accord de la Cnil, les assureurs ont le droit de consulter le fichier Insee sur les personnes physiques, pour faciliter les recherches de souscripteurs décédés.

En 2008, 16 987 demandes ont été adressées à l'Agira, et 2 276 ont donné lieu au versement d'une prestation, pour un montant global de 61,4 millions d'euros.

À noter que, désormais, le montant des contrats d'assurance vie non réclamés à l'issue des recherches menées par les assureurs est progressivement affecté au Fonds de réserve des retraites.

Chapitre 11

L'assurance décès

Dans ce chapitre :

- ▶ L'assurance temporaire
- ▶ L'assurance vie entière
- ▶ Les garanties incapacité et invalidité
- ▶ Les exclusions

L'assurance décès est un contrat qui permet au souscripteur de garantir le versement d'un capital à sa famille ou à ses proches au moment de son décès. L'objectif est de maintenir leur niveau de vie, d'assurer la poursuite de l'éducation des enfants s'ils sont encore mineurs ou qu'ils n'ont pas terminé leurs études. L'assurance décès sert aussi à assurer auprès d'une banque le remboursement d'un emprunt.

L'assurance temporaire décès

C'est un contrat dont le fonctionnement est souscrit pour un temps limité. Il prévoit que l'assureur s'engage à verser un capital déterminé à l'avance, à un bénéficiaire désigné dans le contrat. Mais il y a une condition : que l'assuré meure avant la date d'échéance du contrat.

Si à cette date il est toujours vivant, le contrat prend fin et l'assureur conserve l'argent.

Le principe

Ce type de contrat est un vrai contrat d'assurance et non pas un placement ou un contrat d'épargne. Rien à voir, donc, avec l'assurance vie.

Le plus souvent, l'assurance temporaire décès sert à garantir un emprunt, notamment immobilier. En général, c'est même une exigence de la banque.

Le rôle de l'assurance est de lui garantir que le crédit qu'elle accorde au souscripteur sera remboursé même s'il meurt durant la phase de remboursement. Dans ce cadre, le capital souscrit est calculé sur la base du prêt à garantir. En cas de décès de l'assuré, le capital est versé à la banque pour rembourser l'intégralité de l'emprunt.

En échange du risque qu'accepte ainsi de prendre l'assureur décès, si à la date d'échéance de l'emprunt l'assuré est toujours vivant, l'assureur conserve l'argent épargné.

Cependant, il est possible de souscrire ce type d'assurance pour d'autres raisons qu'un emprunt. Par exemple pour mettre à l'abri du besoin un conjoint qui ne travaille pas, pour assurer la poursuite de l'éducation d'un ou plusieurs enfants après le décès de leur parent, ou encore pour assurer la pérennité d'une entreprise en cas de décès de son chef.

Dans tous les cas, au décès du souscripteur, le capital versé au bénéficiaire du contrat n'est imposable ni sur le revenu ni sur le patrimoine.



Le suicide est désormais couvert dès la souscription du contrat lorsque l'assurance est liée à un prêt immobilier souscrit pour financer la résidence principale. Toutefois, la garantie est limitée à un plafond. Dans les autres cas de prêt, l'assurance décès ne couvre le suicide qu'à partir de la deuxième année.

La souscription du contrat

L'assurance temporaire décès est toujours souscrite pour une durée limitée, en général un an, avec une clause de reconduction tacite d'année en année. De cette manière, le souscripteur peut demander la résiliation de son contrat à chaque échéance annuelle.

S'il s'agit de garantir un crédit, l'assurance décès peut être prévue pour la même durée que celui-ci.

S'il s'agit d'assurer l'éducation d'un enfant ou le niveau de vie d'un conjoint à charge, le terme du contrat peut être fixé à l'entrée de l'enfant dans la vie active, ou au fait que le conjoint trouve un emploi ou se remarie.

Quant au montant du capital assuré et aux éventuelles garanties annexes, c'est l'assuré qui les détermine lui-même au moment de la souscription. Le contrat peut en effet couvrir également l'invalidité, la maladie ou un accident grave.

Et, bien sûr, le souscripteur désigne le ou les bénéficiaires du contrat d'assurance : son conjoint, ses enfants, la banque qui lui a accordé un prêt, etc.



Dès le versement de la première prime, le souscripteur est assuré. Autrement dit, s'il décède très rapidement après la souscription du contrat, l'assureur est obligé de verser l'intégralité du capital prévu. C'est ce qu'on appelle l'« effet levier » : que l'assuré ait cotisé quelques mois ou plusieurs années, le capital versé est toujours le même.

Les cotisations

En général, les primes des contrats d'assurance temporaire décès sont mensuelles et proportionnelles au capital garanti. L'assureur applique une grille tarifaire, en fonction du montant du capital choisi et de l'âge de départ du souscripteur.

Ensuite, plus on est âgé, plus le risque de décès devient probable, plus les cotisations s'alourdissent.

La tarification peut être annuelle ou quinquennale : dans l'un ou l'autre cas, le montant des cotisations augmente tous les ans ou par tranche de cinq ans.



Les possibilités de rachat

Aucune ! Les contrats d'assurance temporaire décès ne sont jamais rachetables, car les cotisations financent entièrement la couverture du risque pris par l'assureur. Le souscripteur ne peut donc jamais récupérer le montant des cotisations qu'il a versées.

L'assurance décès est un contrat à fonds perdus. Et cela même si l'assuré le résilie avant son terme.

Zoom sur l'assurance décès d'un crédit

Dans le cadre d'un crédit, l'assurance décès est souscrite par l'emprunteur. Sur les prêts personnels ou les prêts à la consommation, selon les banques ou les établissements de crédit, l'assurance décès peut être facultative. En revanche, en cas de crédit immobilier, l'assurance temporaire décès est automatique. Et dans ce cas, depuis le 1^{er} octobre 2008, la banque ou l'établissement de crédit qui l'exigent doivent annexer à leur contrat de prêt une notice énumérant les risques garantis et précisant les modalités de mise en œuvre de l'assurance (article L. 312-9 du Code de la consommation).

Par ailleurs, si l'organisme prêteur n'exige pas d'adhésion au contrat d'assurance décès collectif qu'il a souscrit pour ses clients emprunteurs, dans son offre de prêt, il doit mentionner que le client peut quand même souscrire une assurance décès équivalente auprès de l'assureur de son choix (article L. 312-8 du même code).



La banque ou l'établissement qui accorde le crédit tient en général à ce que l'emprunteur s'assure par son intermédiaire, *via* un contrat d'assurance collectif souscrit par avance. Mais le client reste libre de s'assurer auprès de la compagnie d'assurances ou de la mutuelle de son choix.

Si les emprunteurs sont plusieurs, l'assurance décès peut être répartie entre eux. Par exemple, si l'un a des revenus plus élevés que l'autre et qu'il prend en charge des mensualités de remboursement plus importantes, l'assurance décès peut le couvrir, par exemple, pour 75 %. Et l'autre pour 25 % seulement. En cas de décès, l'assurance ne jouera donc qu'à hauteur de la partie assurée : au décès du premier, elle remboursera 75 % du crédit. Au décès du second, seulement 25 %.

Mais chaque emprunteur peut également s'assurer à 100 %. Dans cette hypothèse, en cas de décès de l'un ou de l'autre, l'assureur paiera la totalité des remboursements restants.

L'état de santé du souscripteur

Comme l'assureur prend un risque financier envers l'assuré, il est normal qu'il cherche à connaître dans quel état de santé celui-ci se trouve au moment de la souscription du contrat d'assurance décès. En général, il lui demande de remplir un questionnaire de santé.



Mieux vaut le remplir très honnêtement, sans rien cacher. Car un assuré qui meurt après avoir caché qu'il souffrait d'une maladie rend lui-même le contrat caduc : la loi autorise l'assureur à refuser de verser le capital prévu (article L. 113-8 du Code des assurances).

La question de l'état de santé de l'assuré dépend à la fois de son âge au moment de la souscription et du montant du capital qu'il souhaite garantir. Ainsi, pour un capital peu élevé et un assuré plutôt jeune, la compagnie d'assurances demandera simplement de signer une déclaration de bonne santé.

Si l'assuré est plus âgé ou de santé plus précaire, la compagnie d'assurances peut lui demander de remplir un questionnaire médical plus détaillé (taille, poids, pratique régulière ou non d'un sport, date et nature des interventions chirurgicales ayant eu lieu les cinq dernières années...). Elle peut même exiger une visite médicale préalable (prise de sang, radio des poumons, électrocardiogramme, etc.)

Le souscripteur a le droit de refuser de passer ces examens, mais, dans ce cas, l'assureur a le droit de lui refuser le contrat.

La convention Aeras

Certaines personnes handicapées ou présentant un « risque de santé aggravé » (séropositivité, diabète, rémission de cancer) ont de graves

difficultés à assurer leur décès. Et par contre-coup à obtenir un crédit. Les associations de malades se sont battues pour que les conditions qui leur sont imposées soient assouplies. En 2007, elles ont signé avec les assureurs et les fédérations professionnelles de la banque et de l'assurance une convention « Aeras » (S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé), consacrée par la loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007.

Désormais, les personnes gravement malades peuvent emprunter jusqu'à 300 000 € pour réaliser un projet immobilier. La durée de remboursement de ce capital n'est pas limitée dans le temps, mais l'emprunteur ne doit pas être âgé de plus de 70 ans à l'échéance du prêt. En échange, le tarif appliqué sera en général plus élevé et/ou les garanties plus limitées que celles d'un contrat standard.

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont aussi engagés à donner une réponse dans un délai de cinq semaines à compter de la réception du dossier complet relatif à une demande de prêt immobilier.

Pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les conditions de souscription sans questionnaire médical sont également assouplies : l'âge limite de conclusion est de 50 ans, le crédit doit être demandé pour une durée inférieure ou égale à quatre ans et le montant maximal du prêt porté à 15 000 €.

Enfin, les assureurs doivent couvrir non seulement le décès mais aussi l'invalidité : ils doivent rembourser le prêt de leur client présentant un risque aggravé de santé, s'il perd son autonomie de façon totale et irrémédiable ou s'il vient à relever d'une invalidité de troisième catégorie (au sens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire : impossibilité d'effectuer des actes de la vie quotidienne sans l'assistance d'une tierce personne).

L'assurance décès « vie entière »

L'assurance décès vie entière fonctionne davantage comme le contrat d'assurance vie. À la différence près que l'épargne n'est pas destinée à l'assuré lui-même mais exclusivement à son bénéficiaire, quelle que soit la date de son décès.

Le principe

L'assurance décès vie entière assure au bénéficiaire du contrat le versement d'un capital ou d'une rente, quelle que soit la date à laquelle meurt l'assuré. C'est ce qu'on appelle une « garantie viagère ».

Contrairement à l'assurance temporaire, l'assurance vie entière n'est donc pas un contrat à fonds perdus. Elle est souscrite dans une optique successorale : l'assuré souhaite transmettre son épargne à un ou plusieurs bénéficiaires, par exemple pour les mettre à l'abri du besoin après son décès.

L'assureur est tenu de verser l'épargne accumulée – et les intérêts produits – même si l'assuré décide de stopper le règlement de ses cotisations. Dans cette hypothèse, le capital ou la rente seront simplement proportionnels aux versements effectués.

L'épargne placée sur un contrat d'assurance vie entière produit en effet des intérêts. Par conséquent, plus l'assuré vit longtemps, plus le bénéficiaire du contrat touchera d'argent à son décès.

Lors de la souscription du contrat, en désignant son bénéficiaire, l'assuré peut ajouter des conditions. Toutefois, le bénéficiaire n'est pas tenu de suivre la volonté du défunt.



Si le souscripteur souhaite utiliser son épargne pour que ses héritiers organisent et financent ses obsèques, mieux vaut qu'il souscrive un contrat spécifique : le contrat obsèques (voir chapitre suivant).

Les possibilités de rachat

Contrairement aux contrats d'assurance décès temporaires, les contrats vie entière sont rachetables.

Selon ses besoins, l'assuré peut ainsi reprendre en tout ou partie son épargne. S'il n'en reprend qu'une partie, le contrat se poursuit normalement. Le montant garanti sera simplement réduit proportionnellement.

S'il rachète l'ensemble de son épargne, le contrat est clôturé.

Les garanties incapacité et invalidité de l'assurance décès

Les contrats d'assurance décès fonctionnent également en cas d'incapacité de travail, d'invalidité permanente et d'invalidité absolue et définitive.



Ces garanties sont souvent la cause de nombreux litiges entre assureur et assuré. C'est pourquoi, avant de souscrire un contrat d'assurance décès, notamment pour garantir un crédit, mieux vaut lire très attentivement les clauses qui concernent ces questions. Passez-les en revue avec l'assureur et,

s'il le faut, faites-lui préciser la définition des taux d'incapacité et d'invalidité et les formalités de mise en place de la garantie.

Voici les différentes garanties qui peuvent être prévues par un contrat d'assurance décès.

L'incapacité temporaire de travail (ITT)

En matière d'assurance décès, l'ITT désigne une incapacité médicalement reconnue, qui met l'assuré dans l'impossibilité d'exercer son travail de manière complète et continue. Donc d'assumer financièrement ses engagements envers sa banque ou un autre bénéficiaire.

Dans ce cadre, il y a deux situations possibles.

L'ITT à la suite d'un arrêt de travail, d'une maladie ou d'un accident

Lorsque l'assuré se trouve momentanément en arrêt maladie à la suite d'une maladie ou d'un accident graves, l'assureur peut prendre à sa charge, par exemple, le remboursement de son crédit immobilier, *via* l'assurance temporaire décès. En général, le contrat prévoit une franchise de 90 jours, c'est-à-dire un délai de carence avant la mise en place de la garantie. Toutefois, il est possible de réduire ce délai à 60, 45, 30 voire 15 jours. Un point à négocier avec l'assureur.

Dans le cadre d'un crédit immobilier, l'assureur prend en charge les mensualités pendant toute la durée de l'arrêt de travail, dans la limite du capital prévu par le contrat d'assurance. Dans tous les cas, le montant de la prestation versée ne peut pas être supérieur à la perte de revenu de l'assuré.



La perte de revenu est calculée sur la base de la différence entre le revenu de référence de l'emprunteur avant son arrêt de travail et son revenu de remplacement, compte tenu de toutes les prestations perçues par ailleurs par l'assuré (indemnités de Sécurité sociale, complémentaire santé, contrat de prévoyance d'entreprise, par exemple).

L'incapacité temporaire partielle

C'est une garantie qui peut fonctionner lorsque l'assuré est en convalescence et est autorisé par son médecin à reprendre son travail à temps partiel. Dans cette hypothèse, l'assureur ne rembourse plus les échéances d'un crédit qu'à hauteur de 50 %.

L'invalidité permanente totale (IPT)

L'invalidité permanente totale est déclarée lorsque, après une maladie ou un accident graves, l'assuré se retrouve dans un état physique ou mental le mettant dans l'impossibilité totale, permanente, et présumée définitive, de travailler ou de reprendre une activité susceptible de lui procurer gain ou profit. Toutefois, son état ne requiert pas l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie courante.

Au sens de la Sécurité sociale, cela correspond à « invalidité de deuxième catégorie », avec un taux d'invalidité au moins égal à 66 % (l'assurance invalidité des régimes sociaux est étudiée au chapitre 16).

La garantie prévoit alors le versement de tout ou partie du capital prévu au contrat d'assurance décès ou, s'il s'agit d'un crédit, la prise en charge de son remboursement à la place de l'assuré devenu invalide. Le montant des versements pris en charge par l'assureur est proportionnel au taux d'invalidité de l'assuré.



Certains contrats prévoient une garantie invalidité permanente partielle (IPP). Ils prennent alors en charge une invalidité entre 33 et 66 %. Au sens de la Sécurité sociale, cela correspond à une invalidité de première catégorie.

La perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Une perte totale et irréversible d'autonomie signifie une invalidité totale et définitive, assortie de la présence nécessaire d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, faire ses courses, etc.). Cet état correspond à une invalidité de troisième catégorie.

Dans le cadre d'un crédit, l'assurance rembourse les mensualités à la place de l'assuré, dans les mêmes conditions qu'en cas de décès.



Les critères d'appréciation des taux d'invalidité des assureurs ne sont pas forcément les mêmes que ceux de la Sécurité sociale. En général, les contrats prévoient que l'assureur se réserve le droit d'apprécier par lui-même le taux d'invalidité de l'assuré, en le faisant examiner par ses propres médecins-conseils.

Les circonstances exclues des contrats d'assurance décès

Certaines circonstances de décès sont exclues des contrats d'assurance décès. Tout dépend toutefois de la compagnie d'assurances, de l'assuré et de ce que stipule précisément le contrat lui-même.

Voici une liste des circonstances le plus souvent exclues :

- ✓ Le suicide conscient ou inconscient au cours de la première année qui suit la date d'effet de la garantie, ou qui suit la date d'effet d'un éventuel avenant d'augmentation du capital souscrit ;
- ✓ L'usage de drogues, de stupéfiants ou de médicaments ;
- ✓ La pratique d'un sport aérien tel que : compétitions, raids, vols acrobatiques, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur ultralégers motorisés (ULM) et ailes volantes (deltaplane et parapente), tentatives de record et sauts effectués avec des parachutes non homologués, saut à l'élastique, kitesurf... ;
- ✓ Les conséquences de la participation de l'assuré, en tant que concurrent, à bord d'un véhicule ou d'un engin à moteur, à des compétitions, matches, paris, défis, courses et épreuves de vitesse, d'endurance ou à leurs essais préparatoires ;
- ✓ La pratique de la course en solitaire en mer, ainsi que les compétitions de motonautisme et leurs essais préparatoires ;
- ✓ La pratique de la plongée sous-marine avec bouteilles et de la spéléologie ;
- ✓ Les risques de guerre civile et de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante (la législation définit les conditions d'effet du contrat) ;
- ✓ La participation active à des émeutes ou mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, rixes, grèves, paris, agressions (sauf en cas de légitime défense) ;
- ✓ Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ;
- ✓ Les conséquences de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- ✓ La conduite d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;

- ✓ Le risque accidentel survenant lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel un conducteur pourrait faire l'objet d'une sanction pénale;
- ✓ La pratique d'un sport à titre professionnel (entraînement compris);
- ✓ La pratique d'un sport dangereux ou de tout autre sport, lors de compétitions ou matchs organisés par une association affiliée à une fédération. Sont considérés comme des sports dangereux : le hockey sur glace, la pêche sous-marine nécessitant l'emploi d'un scaphandre autonome, le ski nautique, l'ascension en montagne sans le concours d'un guide, la spéléologie, les sports de combat;
- ✓ Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant de l'activité professionnelle des pompiers, militaires, policiers et gendarmes.



Le sport à l'école, pratiqué par les enfants pendant les cours d'éducation physique, reste garanti même lorsqu'il s'agit de sports dangereux.

Chapitre 12

Les autres possibilités d'assurance individuelle

Dans ce chapitre :

- ▶ Les assurances voyage
- ▶ La garantie accidents de la vie
- ▶ L'assurance pour améliorer sa retraite
- ▶ L'assurance chômage volontaire
- ▶ L'assurance dépendance
- ▶ Les contrats obsèques

Les autres possibilités d'assurance individuelle sont aussi nombreuses que les situations que peuvent connaître les assurés au cours de leur vie quotidienne. Un pianiste peut ainsi assurer ses doigts, un footballeur ses jambes, un chef d'entreprise sa situation d'homme clé, une mamie son animal de compagnie, etc. Dans ce chapitre, nous avons choisi d'étudier quelques-unes des possibilités d'assurance les plus courantes.

Les assurances pour les voyages

Ce sont des assurances dont le but est de régler, à la place de l'assuré, tous les problèmes qui peuvent éventuellement survenir au cours d'un voyage. Par exemple un problème au départ, qui l'oblige à annuler ou à le repousser son voyage, la perte ou le vol de son portefeuille ou de ses bagages, un problème de santé ou un problème juridique à l'étranger.



Certains contrats d'assurance dont on dispose déjà en France pour couvrir la vie quotidienne fonctionnent aussi en voyage. Par conséquent, nul besoin d'en souscrire d'autres : à quoi sert d'avoir deux assurances rapatriement ou deux assurances dépannage automobile ? Alors un conseil : avant de

souscrire d'autres contrats sous la pression d'un agent de voyages ou autre, faites le tour des services que vos assurances « normales » garantissent en voyage et la zone géographique où elles s'appliquent. Pour cela, deux solutions très simples : relire vos contrats et/ou appeler votre assureur pour le vérifier avec lui.

Dans tous les cas, sachez que les contrats d'assurance auto ou moto et multirisques habitation souscrits en France fonctionnent partout dans l'Union européenne. Hors de l'Union, les contrats français sont en général inefficaces, excepté les assurances prévues par les cartes bancaires internationales, comme nous allons le voir.

L'assurance multirisque habitation en voyage

La garantie responsabilité civile du contrat français d'assurance multirisque habitation fonctionne bien sûr partout en France, mais aussi dans toute l'Union européenne.

Le contrat peut également servir à garantir un dégât des eaux ou un incendie dans une location de vacances en France ou à l'étranger (la question des risques locatifs est étudiée dans son ensemble au chapitre 7).

En matière d'assurance des locations saisonnières, il existe plusieurs cas de figure.

Le logement est assuré par son propriétaire

Dans ce cas, le vacancier doit juste vérifier que le contrat de location souscrit par le propriétaire :

- ✓ Stipule formellement que l'assurance des risques locatifs est comprise dans le prix de la location saisonnière ;
- ✓ Comporte une clause d'abandon ou de renonciation à recours : cela signifie qu'en cas de dégât des eaux ou d'incendie le propriétaire s'engage à ne pas demander d'indemnisation au locataire. Cette clause doit figurer d'une part dans l'engagement de location et d'autre part dans le contrat d'assurance du propriétaire.



La responsabilité du locataire reste entière à l'égard des voisins et des tiers. Il doit donc la faire garantir. Par ailleurs, toutes les autres dégradations commises par le locataire restent à sa charge. Pour cela, une extension provisoire du contrat d'assurance multirisque habitation français suffit le plus souvent. À voir avec son assureur.

L'assurance « pour le compte de qui il appartiendra »

Assorti d'une clause d'abandon de recours, ce type de garantie couvre le locataire pour l'incendie et les dégâts des eaux, y compris à l'égard des voisins et des tiers. C'est souvent la solution choisie par les propriétaires, car elle leur évite de devoir vérifier le contrat d'assurance de chaque locataire saisonnier.

Attention toutefois, car même dans ce cas les autres dégradations commises par le locataire restent à sa charge.

Le locataire reste responsable de ses risques locatifs

Si le contrat de location ne prévoit aucune assurance, c'est que le propriétaire laisse à son locataire la charge de s'assurer durant son temps de vacances dans le logement.

C'est là que le contrat d'assurance multirisque habitation « normal » peut intervenir, s'il comporte une garantie villégiature. C'est une clause qui couvre les risques locatifs dans les locations de vacances.



Si cette garantie existe, vérifiez son étendue territoriale et les montants d'indemnisation garantis, qui doivent correspondre au prix du logement loué. S'ils ne sont pas suffisants, une extension du contrat peut être envisagée avec l'assureur habitation, selon le pays de destination et le type de location dont il s'agit.

La garantie annulation de location

Il est possible que la garantie villégiature comprenne une garantie annulation de location de vacances. Elle assure le remboursement du loyer ou des arrhes versées si le locataire se trouve dans l'obligation d'annuler sa location saisonnière pour une raison grave (décès d'un proche, accident, maladie). Attention, en général le montant garanti est assez limité. Le surplus reste à la charge du (malheureux) vacancier.

L'assurance auto ou moto française en voyage

La circulation internationale est réglementée depuis fort longtemps. C'est pourquoi les contrats français d'assurance auto ou moto intègrent la garantie responsabilité civile des conducteurs français à l'étranger. Et le contrat français les défend s'ils sont eux-mêmes victimes d'un conducteur étranger, que l'accident ait lieu en France ou à l'étranger.

Le système Carte verte

C'est une réglementation créée en 1949 pour faciliter la circulation internationale et garantir l'indemnisation des victimes d'accidents qui en découlent. Le système comporte aujourd'hui 44 pays membres (la liste complète figure dans les annexes).

Il a un double objectif :

- ✓ Faciliter la circulation internationale en évitant aux automobilistes d'un pays membre du système, se rendant dans d'autres pays membres, d'avoir à souscrire un contrat d'assurance à chaque passage de frontière, s'ils sont déjà assurés dans leur propre pays ;
- ✓ Garantir que les victimes d'accidents de la circulation causés par un conducteur d'un pays membre du système seront indemnisées selon les dispositions régissant l'assurance obligatoire de responsabilité civile automobile dans le pays de survenance de l'accident.

Des bureaux nationaux, créés dans chaque pays du système et reconnus par les autorités nationales, assurent le bon fonctionnement du dispositif. C'est sous leur responsabilité que les entreprises d'assurances membres du système délivrent les « certificats internationaux d'assurance », les fameuses « cartes vertes ».

Ce sont également eux qui gèrent et règlent les sinistres résultant d'accidents causés par des automobilistes étrangers. Un règlement général régit les relations entre les bureaux qui signent entre eux des accords bilatéraux.

En France, le bureau chargé du système Carte verte est le Bureau central français (BCF). Au niveau international, tous les bureaux sont regroupés au sein d'une organisation internationale non gouvernementale, le Conseil des bureaux (COB), dont le secrétariat est à Londres.



Depuis 1972, les pays de l'Union européenne, eux-mêmes membres du système Carte verte, ont signé entre eux un accord multilatéral. C'est ainsi qu'ils forment désormais un territoire unique, au sein duquel le contrôle de la carte verte est supprimé.

Se sont joints à cet accord multilatéral les pays de l'Espace économique européen : Norvège, Islande, Liechtenstein, ainsi que la Croatie et la Suisse. Dans ces pays, la plaque d'immatriculation se substitue à la carte verte.

Vous partez hors du système Carte verte

La liste complète des pays membres du système Carte verte figure au verso du certificat d'assurance. Pour un voyage en voiture ou à moto hors du système Carte verte, il y a deux possibilités :

- ✓ Demander à son assureur d'étendre provisoirement les garanties du contrat auto ou moto à ce pays, moyennant une surprime ;

- ✓ Souscrire une assurance spécifique à ce voyage, auprès de son assureur ou d'une compagnie plus spécialisée (cette question est étudiée au chapitre 5).



Si vous optez pour une extension des garanties de votre contrat d'assurance, voici quelques options qui peuvent être intéressantes à contracter pour couvrir une panne ou un accident : le remboursement des frais de location d'un véhicule de remplacement pendant un certain temps (à définir) ; l'hébergement ou le rapatriement de tous les passagers.

À noter également que si vous souscrivez un contrat ou un abonnement auprès d'une société d'assistance, les problèmes de panne, d'accident ou de vol de véhicule peuvent être pris en charge.

L'assurance frontière

Les propriétaires de véhicules terrestres à moteur immatriculés à l'étranger, qui ne disposent ni d'une attestation d'assurance temporaire souscrite en France ni d'une carte verte en état de validité, peuvent souscrire une assurance frontière pour un déplacement dans un pays de l'Espace économique européen (voir encadré précédent).

Cette assurance provisoire permet également au Fonds de garantie des assurances obligatoires (FGAO) d'indemniser les victimes d'accidents provoqués ou subis par des véhicules étrangers.



L'indemnisation des dommages aux biens par le fonds de garantie est limitée à 1 million d'euros par sinistre.

L'assurance frontière se souscrit pour 30 jours ou 90 jours, renouvelable une seule fois pour une période identique à celle souscrite initialement. Cela se fait :

- ✓ Auprès d'une entreprise d'assurances agréée pour les opérations d'assurance de responsabilité civile des véhicules terrestres automoteurs ;
- ✓ Auprès du groupement de coassurance Assurance frontière, géré par le Bureau central français, dont font partie les recettes principales des douanes et brigades de surveillance.



Les véhicules étrangers ayant leur stationnement habituel dans un pays de l'Espace économique européen, du Saint-Siège, de Saint-Martin ou de Monaco ne sont pas assujettis à l'obligation d'assurance frontière, même s'ils ne disposent pas de carte verte.

Tableau 12-1 : Le coût de l'assurance frontière

<i>Catégorie de véhicule</i>	<i>30 jours</i>	<i>90 jours</i>
Groupe A : véhicules de tourisme, cyclomoteurs, vélomoteurs	175 €	430 €
Groupe B : poids lourds et transports en commun	725 €	1 920 €
Groupe C : remorques d'un poids total en charge supérieur à 750 kg attelées à un véhicule de catégorie A ou B	175 €	430 €

Les assurances des cartes bancaires internationales

Tout le monde sait aujourd'hui que la souscription d'une carte bancaire internationale auprès d'une banque s'accompagne toujours de quelques services d'assistance et d'assurance, notamment pour garantir les voyages.

Pour autant, les détails de ces services sont toujours un peu flous : personne ne sait vraiment à quoi il a droit, sauf à lire le contrat, ce qui est rare. En la matière, le principe est simple : plus la carte bancaire est chère, plus les prestations sont nombreuses.

Par exemple, voici les services d'assistance et d'assurance dont disposent les particuliers qui détiennent une carte bancaire de la gamme Mastercard :

Tableau 12-2 : L'offre d'assistance des cartes Mastercard

<i>Assistance</i>	<i>Cirrus</i>	<i>Maestro</i>	<i>Mastercard</i>	<i>@ccess</i>	<i>Gold</i>	<i>Platinum</i>
Rapatriement médical	X	X	X	X	X	X
Hospitalisation à l'étranger	X	X	X	X	X	X
Juridique à l'étranger	X	X	X	X	X	X
Chauffeur de remplacement	X	X	X	X	X	X
Avance de fonds	X	X				
Frais de secours sur piste	X	X	X	X	X	X

Source : www.mastercard.com

Tableau 12-3 : L'offre d'assurance des cartes Mastercard

<i>Assurance</i>	<i>Cirrus</i>	<i>Maestro</i>	<i>Mastercard</i>	<i>@ccess</i>	<i>Gold</i>	<i>Platinum</i>
Accidents de voyage			X	X	X	X
Responsabilité civile à l'étranger					X	X
Neige et montagne					X	X
Annulation ou interruption de voyage					X	X
« Incidents » de voyage						
Dommage/vol aux véhicules de location					X	X
Exécution de commande				X		
Informations juridiques et pratiques				X		
Assistance amiable						

Source : www.mastercard.com

Les services couvrent en général le conjoint ou concubin et les enfants âgés de moins de 25 ans encore à charge fiscale du détenteur de la carte.

L'assistance médicale, par exemple, s'applique aux membres d'une même famille, qu'ils voyagent ensemble ou séparément.

Dès que l'un de ces risques se produit, avant toute initiative, appelez l'assureur en charge de ces garanties, pour connaître les formalités qui conditionnent sa prise en charge. Par conséquent, avant de partir, cherchez ses coordonnées et emportez-les avec vous.



Assistance ou assurance ?

Un contrat d'assistance est une aide en nature : la recherche d'un garagiste sur place, un dépannage, le prêt d'un véhicule de remplacement, des conseils en matière de santé, un rapatriement sanitaire. Les contrats d'assistance ne sont jamais obligatoires.

Un contrat d'assurance prévoit un remboursement, une indemnisation ou un dédommagement financier, lorsque le risque assuré se réalise. Pour certains risques, l'assurance est obligatoire : notamment la responsabilité civile au volant d'un véhicule ou dans un logement loué.

L'assurance annulation

Le principe est le suivant : au moment de l'achat de son voyage, le client souscrit, en plus, une assurance annulation et paie donc un peu plus cher. En échange de quoi, s'il doit finalement annuler son départ à la dernière minute, il n'aura qu'une franchise à payer, et non à rembourser l'intégralité du prix de son billet. La franchise s'élève en général de 30 à 50 €.



C'est une assurance intéressante si la carte bancaire n'en prévoit pas déjà une, et lorsque la réservation du voyage a été faite très en avance par rapport à la date de départ, et si le voyage est cher.

La garantie peut être incluse dans le prix du voyage ou être proposée par l'agence de voyages moyennant le paiement d'une somme supplémentaire. Dans ce dernier cas, l'agence de voyages doit rappeler l'existence de contrats d'assurance facultatifs couvrant les conséquences de certains cas d'annulation. En outre, au moment de la souscription, elle doit lui remettre un résumé du contrat qui précise l'étendue des garanties et des exclusions.

Lorsque l'assurance annulation est incluse dans un contrat d'assurance voyages qui garantit également la responsabilité civile, les bagages et le paiement d'indemnités forfaitaires en cas d'accident corporel, elle doit faire l'objet d'un contrat spécifique.



Pour que la garantie fonctionne, les raisons de l'annulation doivent être prévues dans le contrat. Et elles doivent aussi être imprévisibles au moment de la souscription du contrat, et non intentionnelles. Ainsi, une maladie ne sera pas admise si elle survient avant la signature du contrat.

Les motifs d'annulation garantis sont en général : la maladie, l'accident, le décès d'un proche (mais pas le suicide). Sont également admis :

- ✓ Les dommages matériels graves à votre habitation ou à votre véhicule ;
- ✓ Le licenciement économique ;
- ✓ La convocation à un examen de rattrapage universitaire ;
- ✓ Un événement climatique naturel à l'étranger, lieu de votre destination ;
- ✓ Un autre événement aléatoire défini dans le contrat.



Il est possible d'assurer, dans les mêmes conditions, les frais d'annulation de la location d'un bateau de plaisance, d'une villa, d'un appartement.

Une nouveauté : l'assurance météo

C'est une garantie qui vise à indemniser l'assuré au cas où ses vacances seraient gâchées par une météo défavorable. En général, la garantie fonctionne si la température est inférieure de 10 °C aux normes saisonnières. L'indemnisation peut aller à jusqu'à 300 € de remboursement.

L'assurance météo peut aussi couvrir le report ou l'annulation d'une activité, en raison de mauvaises conditions climatiques, de manière partielle ou complète. Exemples : un saut en parachute ou un voyage en montgolfière, annulés pour cause de brouillard persistant.

L'assurance des bagages

Compte tenu du prix des bagages que l'on emporte en voyage, même pour camper, une assurance perte ou vol de bagages peut être intéressante.

La garantie bagages

Elle couvre les biens emportés ou achetés, en général dans le monde entier, contre la perte, le vol, la disparition, la détérioration. Elle peut être incluse dans un contrat proposé par l'agence de voyages ou faire partie d'un package de garanties et de services proposés par la carte bancaire.



Vérifiez si cette garantie n'est pas incluse dans la garantie villégiature du contrat d'assurance multirisque habitation : dans ce cadre, elle peut couvrir certains biens perdus ou endommagés, lors d'un séjour hors du domicile, en France ou à l'étranger.

La garantie tous risques objets divers

Elle couvre le vol, la perte et parfois la casse de certains objets de valeur tels que les appareils photo, téléphones mobiles ou même bijoux (à vérifier tout de même).



Avant de souscrire, commencez par réunir tous les documents, coupons et factures qui permettent d'évaluer le montant qu'ils représentent, en cas de demande de remboursement. Par ailleurs, si la perte ou le vol se produisent, ces documents permettront de justifier qu'un bagage et son contenu vous appartiennent.

Une fois que le montant représenté par les bagages est à peu près évalué, étudiez notamment :

- ✓ Si le remboursement garanti équivaut à la valeur des bagages ;
- ✓ Si le montant de la franchise (qui va rester à votre charge quoiqu'il arrive) n'est pas trop élevé.

Car si vos bagages sont plus chers que le remboursement maximal garanti par l'assureur ou moins chers que la franchise, le contrat d'assurance n'aura aucun intérêt.

Consultez également la liste des exclusions : bagages sans surveillance, objets précieux confiés à un transporteur et non conservés avec soi, etc.

Certains contrats prévoient le remboursement des vêtements de rechange achetés en attendant que des bagages égarés soient retrouvés.



Les problèmes de santé en voyage

Là encore, les contrats d'assurance de la vie quotidienne peuvent couvrir les problèmes de santé durant les vacances. Avant de souscrire d'autres garanties, vérifiez d'abord les risques couverts par :

- ✓ L'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé (voir chapitres 15 et 20) ;
- ✓ Les services des cartes bancaires ;
- ✓ Le contrat multirisque habitation ;
- ✓ La garantie individuelle accidents du contrat d'assurance auto ou moto ;
- ✓ L'assurance décès ou invalidité ;
- ✓ La garantie des accidents de la vie ;
- ✓ L'assurance scolaire ou extrascolaire ;
- ✓ Les contrats obsèques.

Étudiez les pays dans lesquels ces garanties fonctionnent, ainsi que les exclusions prévues pour certains types d'activités considérées comme présentant un risque particulier.

Et si elles ne suffisent pas – notamment en termes de rapatriement –, elles peuvent être complétées par l'assureur, ou par une assurance voyage.



Le remboursement des frais médicaux ou d'hospitalisation ne figure pas dans tous les contrats d'assurance santé en voyage. Mais elle est essentielle, par exemple, lors d'un voyage aux États-Unis ou au Japon, où les frais d'hospitalisation sont exorbitants.

En outre, la plupart des contrats prévoient également un plafond de remboursement, des franchises et des exclusions, comme les ennuis médicaux liés à une grossesse de plus de six mois, les sports dangereux ou encore l'aggravation d'une maladie qui s'est déclarée avant le départ.



Avant de partir dans un pays de l'Espace économique européen, les assurés des régimes d'assurance maladie obligatoire français peuvent faire une demande de carte européenne d'assurance maladie auprès de leur caisse. Elle permet de bénéficier de la prise en charge immédiate des soins médicaux, lors d'un séjour en Europe, quelle qu'en soit la cause : tourisme, études, recherche d'emploi, transports routiers.

Les contrats d'assistance

Il s'agit de souscrire un contrat spécifique auprès non d'un assureur mais d'un organisme d'assistance, qui intervient dès que le client se trouve dans une situation difficile.



Il est possible de souscrire des contrats spécifiques d'assistance. Néanmoins, les compagnies d'assurances incluent souvent des garanties d'assistance dans leurs contrats auto, moto ou multirisque habitation.

Les contrats d'assistance proposent des services aux personnes mais aussi à leur véhicule s'ils sont partis en voyage avec.

Les prestations liées aux personnes au cours d'un voyage

- ✓ Accident grave : rapatriement ou admission en service hospitalier ;
- ✓ Décès : rapatriement du corps jusqu'au lieu de l'inhumation ;
- ✓ Interruption de séjour en raison du décès d'un proche : prise en charge des frais de transport jusqu'au lieu du décès, des obsèques ;
- ✓ Hospitalisation pour plus de dix jours, sans rapatriement possible : mise à la disposition d'un membre de la famille d'un billet aller-retour pour se rendre au chevet du malade. Le contrat peut prévoir également la prise en charge de ses frais d'hébergement.

Les prestations liées au véhicule

Si le véhicule tombe en panne, ou qu'il est accidenté ou volé, l'organisme d'assistance peut prendre en charge :

- ✓ Les frais de remorquage ;
- ✓ L'envoi des pièces détachées introuvables sur place ;
- ✓ Le rapatriement du véhicule à proximité de votre domicile ;
- ✓ Les frais d'hébergement pendant la durée des réparations ;
- ✓ Le rapatriement des passagers ;
- ✓ Le retour du véhicule réparé sur place ou volé et retrouvé. La société envoie un chauffeur ou vous paie le billet du transport aller.

Et si le conducteur est malade ou accidenté, qu'il ne peut plus conduire et ne peut pas non plus se faire remplacer par un passager, la société d'assistance peut lui envoyer un chauffeur pour rapatrier son véhicule et ses occupants.

L'assistance juridique

Les contrats d'assurance voyage ou d'assistance peuvent prévoir que l'assureur avance le montant de la caution pénale ou les honoraires d'un avocat, si l'assuré est poursuivi pour une infraction commise durant son voyage.

Toutefois, il ne s'agit que d'une avance : au retour, il faudra rembourser les sommes versées.

L'assurance des accidents de la vie

Lancée en 2000 par les assureurs, la garantie des accidents de la vie connaît un succès grandissant. Les assureurs appellent « accidents de la vie » les accidents très graves qui se produisent hors du temps de travail. Par exemple une blessure très grave en bricolant ou en jardinant, une chute quasi fatale dans la maison ou dans le jardin.



Un bras ou une jambe cassés en tombant dans l'escalier, un ongle arraché en bricolant, une coupure même profonde ne sont pas ce que les assureurs appellent un « accident de la vie ». Pour être considéré comme tel, l'accident doit entraîner des séquelles graves ou une invalidité.

Lorsque l'accident se produit, les régimes obligatoires d'assurance maladie et les assurances complémentaires santé entrent d'abord en jeu : ils prennent en charge les frais d'hospitalisation et de soins, et indemnisent une partie de la perte de revenu pendant un certain temps, si l'assuré est encore en activité.

Mais s'il y a des séquelles graves, un préjudice esthétique, des douleurs chroniques, une invalidité définitive, aucune indemnisation n'est prévue par ces régimes. De même, si le blessé meurt des suites de son accident, sa famille ne perçoit aucune indemnisation pour un éventuel préjudice économique.

C'est la raison pour laquelle les assureurs ont eu l'idée de cette garantie accidents de la vie, qui peut par exemple s'ajouter de manière optionnelle aux garanties déjà prévues au contrat d'assurance multirisque habitation.



Toutes les circonstances de l'accident sont admises, que l'assuré se blesse seul ou que quiconque provoque l'accident. Et lorsqu'un tiers est reconnu responsable, s'il doit y avoir des procédures de recours, elles sont prises

en charge par la garantie accidents de la vie. Toutefois, dans plus de quatre accidents de la vie privée sur cinq, la victime est seule responsable.

Les accidents pris en charge

L'accident de la vie est toujours un accident très grave, intervenu inopinément au cours de la vie privée et en dehors de la conduite d'un véhicule. Cela exclut par conséquent les accidents professionnels et les accidents de la route. Mais cela inclut :

- ✓ Tous les accidents domestiques graves subis par n'importe quel membre de la famille ;
- ✓ Les accidents graves subis au cours d'une activité sportive ou d'un loisir ;
- ✓ Les aléas thérapeutiques et les accidents médicaux, à condition qu'ils soient déclarés indépendants de l'évolution de la maladie du patient assuré ou de son état antérieur ;
- ✓ Les accidents causés par une catastrophe naturelle : avalanche, tremblement de terre, tempête ;
- ✓ Les accidents causés par un incident technique ou technologique : intoxication alimentaire, explosion, accident dans un supermarché (par exemple le plafond qui s'écroule) ;
- ✓ Les accidents dus à des attentats ;
- ✓ Les agressions physiques : les blessures corporelles à la suite d'un sac arraché (sauf si l'assuré a participé à une manifestation ou à une rixe).

La garantie accidents de la vie couvre tous les membres d'une même famille âgés de moins de 65 ans : l'assuré, son conjoint, concubin ou partenaire de pacs, ainsi que leurs enfants fiscalement à charge. Elle fonctionne en général également durant les voyages dans tous les pays de l'Union européenne et en Suisse, sans limitation de durée de séjour. Dans le reste du monde, elle ne fonctionne que pendant trois mois d'affilée. Tout cela est bien sûr à vérifier en lisant le contrat.

La FFSA a créé un label « Garantie accidents de la vie ». Pour pouvoir s'en prévaloir, les assureurs doivent respecter un socle de garanties minimales : indemnisation des dommages corporels dès lors que l'invalidité est supérieure à 30 % (ce qui correspond à la perte d'un pied, par exemple) et plafond de garantie ne pouvant pas être inférieur à 1 million d'euros. À partir de cette charte de base, ils peuvent bien sûr proposer mieux (par exemple une indemnisation à compter d'un taux d'invalidité de 10 %).



L'indemnisation

La prise en charge par l'assureur est à peu près la même qu'avec une assurance temporaire décès : le montant de l'indemnisation est fixé au cas par cas, en fonction du taux d'invalidité de l'assuré, de son âge et des répercussions économiques de son accident.

Pour évaluer ce préjudice économique, l'assureur prend en compte différents critères : si le conjoint ou le compagnon exerce encore une activité professionnelle, s'il y a encore des enfants à charge, et combien ils sont, s'il y a des ressources complémentaires, etc. Au final, l'indemnité ne correspond pas forcément au capital garanti dans le contrat. L'ensemble correspond à peu près à ce qu'une victime obtiendrait auprès d'un tribunal s'il y avait un tiers responsable, jugé lors d'un procès.



Tout cela est inscrit dans le contrat : il faut donc le lire attentivement avant de le souscrire.

Les délais d'indemnisation sont rapides : une proposition indemnitaire doit être effectuée au plus tard dans les huit mois qui suivent la date de l'accident. Le règlement des sommes convenues doit ensuite intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'accord de la victime ou de sa famille.



Les indemnités peuvent être versées sous forme de capital ou de rente. Les deux formules sont entièrement défiscalisées. Autrement dit, elles ne sont pas imposables en tant que revenu ni en tant que patrimoine.

Combien coûte l'assurance des accidents de la vie ?

Chaque assureur fixe lui-même son tarif. S'il respecte le label de la FFSA, la cotisation s'élève en général à environ 15 € par mois pour garantir toute la famille, quelle que soit sa taille.

Si l'offre de l'assureur est plus large, par exemple avec une prise en charge dès 10 % d'invalidité, la prime sera forcément plus chère, autour du double.

L'assurance pour préparer sa retraite

Compte tenu des évolutions démographiques, la baisse du montant des retraites issues des régimes obligatoires est inéluctable. Cela crée un besoin croissant de prestations complémentaires. Les contrats de retraite proposés par les sociétés d'assurances ont pour objet de garantir, à partir de l'âge de la retraite, le versement d'un revenu régulier jusqu'au décès du retraité (ou de son conjoint, en cas de réversion).

Ils peuvent être souscrits :

- ✓ Par les entreprises pour leurs salariés : contrats à prestations ou à cotisations définies, contrats en sursalaire, contrats d'indemnités de fin de carrière;
- ✓ Plans d'épargne retraite d'entreprise (les contrats de prévoyance d'entreprise font l'objet de la sixième partie de ce livre);
- ✓ Par les particuliers : contrats de retraite spécifiques et contrats relevant de la loi Madelin pour les indépendants, que nous étudions ici.



Les pouvoirs publics voient l'épargne retraite d'un très bon œil ; en effet, pour l'encourager, les versements des assurés sont en partie déductibles de leurs revenus imposables.

Le plan d'épargne retraite populaire (Perp)

C'est un contrat d'assurance facultatif et accessible à tous, indépendants comme salariés. Pour ouvrir un Perp, il faut d'abord adhérer à une association, le Groupement d'épargne individuelle pour la retraite (Gerp), qui souscrit le contrat avec l'assureur (banque, assurance, mutuelle) et veille sur les intérêts de l'ensemble des cotisants.

En revanche, le compte Perp lui-même est individuel. Les versements sont libres et facultatifs et, s'ils sont effectués avant le 31 décembre de l'année, ils sont déductibles de l'impôt sur le revenu dans la limite de :

- ✓ 10 % des revenus nets de l'activité professionnelle, dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale;
- ✓ Ou 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale de l'année précédente, si ce plafond est plus élevé.



Durant la phase d'épargne, l'argent est indisponible.

L'épargne versée au contrat est ensuite placée pour donner des intérêts. Le rendement dépend des placements choisis. Mais dans tous les cas l'épargne est progressivement sécurisée par l'assureur :

- ✓ Entre 10 et 20 ans avant la retraite, au moins 40 % de l'épargne doit être garantie;
- ✓ Entre 5 et 10 ans, le taux d'épargne garantie passe à 65 %;
- ✓ Entre 2 et 5 ans, 80 % sont garantis;
- ✓ Enfin, moins de deux ans avant la retraite du souscripteur, au moins 90 % de l'épargne doit être garantie par l'assureur.

Lors de la liquidation de sa retraite, l'assuré touche en principe une rente viagère.



Le versement de la rente peut être anticipé dans certains cas d'invalidité, de cessation d'activité à la suite d'une liquidation judiciaire (et pour les salariés en cas de fin du droit aux allocations chômage après un licenciement).

Le Perp permet aussi d'acquérir sa première résidence principale. Dans ce cas, à la date d'échéance du contrat, l'épargne est versée sous forme de capital. Dans cette hypothèse, le souscripteur peut également bénéficier d'un prêt à 0 %.

Mais dans les deux cas l'épargne est soumise à l'impôt sur le revenu.

À noter enfin que, en cas de décès avant ou après la liquidation des droits à la retraite, la rente prévue par le Perp peut être reversée sous forme de rente viagère au conjoint survivant ou à tout autre bénéficiaire désigné dans le plan. Les enfants mineurs peuvent aussi la percevoir sous forme de rente éducation.

Qu'est-ce qu'une rente éducation ?

C'est d'un contrat d'assurance qui garantit un revenu aux enfants pour qu'ils poursuivent leurs études en cas de décès des parents. Il s'agit de verser une prime fixe ou variable, calculée en pourcentage du revenu annuel d'un ou des deux parents. Le montant de la prime dépend de

l'âge des parents et du montant à garantir. Par exemple, un parent âgé de 40 ans qui souhaite garantir une rente annuelle de 10 000 € à chacun de ses deux enfants devra déboursier une prime annuelle de l'ordre de 500 €. En revanche, s'il a 60 ans, la prime s'élèvera à 900 €.

Les contrats de retraite « Madelin »

Institués à partir de 1994, les contrats de retraite « Madelin » sont des contrats d'assurance réservés aux artisans, commerçants, industriels, professions libérales et exploitants agricoles. Ils leur permettent de bénéficier d'une rente viagère au moment de la retraite, pour compléter leurs pensions. Ces contrats sont proposés par les caisses de retraite de leurs professions mais aussi par les banques et les compagnies d'assurances.

Le souscripteur du contrat fixe lui-même sa classe de cotisations, qu'il peut modifier dès qu'il le souhaite.

Durant la phase d'épargne, l'argent est bloqué jusqu'à l'âge de la retraite prévu au contrat : aucun retrait partiel n'est possible avant, sauf en cas :

- ✓ De cessation d'activité à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire ;
- ✓ Ou d'invalidité empêchant l'indépendant d'exercer toute activité.



Pour favoriser encore l'épargne retraite des indépendants, les contrats « Madelin » s'accompagnent d'un dispositif d'exonérations fiscales. Ainsi, les cotisations versées sur ce type de contrat sont déductibles des bénéfices imposables, dans la limite du plus élevé des deux montants suivants :

- ✓ 10 % de la part du bénéfice imposable, dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, auxquels s'ajoutent 15 % sur la fraction de ces mêmes bénéfices compris entre une et huit fois ce même plafond ;
- ✓ Ou 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.



Si votre contrat ne vous convient pas, la loi vous autorise à faire transférer à tout moment votre épargne, mais seulement vers un autre contrat « Madelin ». Attention, ce transfert peut être payant.

L'assurance chômage volontaire

Il y a deux possibilités d'assurance chômage individuelle : celle que l'on contracte en même temps qu'un crédit, et l'assurance volontaire des travailleurs indépendants et des mandataires sociaux, qui n'ont pas accès à l'assurance chômage nationale (réservée aux salariés et décrite au chapitre 17).

L'assurance chômage dans le cadre d'un crédit

Lorsqu'une personne souscrit un crédit auprès de sa banque, elle peut faire le choix de souscrire en même temps une assurance chômage. Dans cette hypothèse, si l'emprunteur perd son emploi, l'assureur prendra à sa charge le remboursement de son crédit.



Si l'assurance temporaire décès est quasiment toujours obligatoire lors d'un crédit bancaire, l'assurance chômage est souvent facultative. Néanmoins, chaque contrat possède ses spécificités. Avant de souscrire, lisez toujours toutes les clauses et discutez-en avec l'assureur.

L'assurance chômage est un contrat de un à quatre ans, renouvelable tacitement. Elle peut être choisie par un ou plusieurs des souscripteurs du crédit immobilier. La part prise en charge varie entre 30 et 75 % selon les contrats et le montant de la prime demandée.

Les assurés admis

Pour avoir le droit de prendre une assurance chômage, il faut en général remplir toutes les conditions suivantes :

- ✓ Être salarié en CDI avec un minimum d'ancienneté (6 à 12 mois) ;
- ✓ Être couvert par Pôle emploi (anciennement Assedic) ou assimilé en cas de licenciement ;
- ✓ Ne plus être en période d'essai ;
- ✓ Ne pas être en préavis de licenciement ;
- ✓ Ne pas être démissionnaire de son entreprise.

Les conditions de prise en charge

Elles sont draconiennes. D'abord, il y a un délai de carence de 6 à 12 mois, avant la prise en charge des frais par l'assurance. Si l'assuré perd son emploi durant la carence, la garantie ne fonctionne pas.

Ensuite, il y a en général un délai de franchise d'au moins 90 jours, pendant lequel l'indemnisation n'est pas encore en place.

Enfin, l'indemnisation elle-même ne dure que 18 mois au maximum. Si la période de chômage est plus longue, l'assuré doit reprendre lui-même le remboursement de son crédit.

Lorsque l'emprunteur arrive au terme de la période d'indemnisation, il doit retrouver un emploi, pendant six mois ou un an selon les contrats, avant que l'assurance ne puisse à nouveau intervenir. Certaines banques plafonnent aussi le nombre de mensualités qui peuvent être prises en charge au total pendant toute la durée du prêt.



La loi interdit que la somme prise en charge par l'assurance, ajoutée au montant des allocations chômage, dépasse le salaire que percevait l'emprunteur lorsqu'il travaillait. Si c'est le cas, la part de la mensualité payée par l'assurance est diminuée.

L'assurance chômage des travailleurs indépendants

En France, l'assurance chômage n'est obligatoire que pour les salariés qui ont un lien de subordination avec leur employeur (voir chapitre 17). Cela signifie que, pour tous les autres actifs, et en particulier les gérants et les mandataires sociaux, l'assurance chômage est facultative.

Les statuts concernés

C'est ce qu'on appelle l'assurance chômage « volontaire ». Elle concerne tous les dirigeants d'entreprise :

- ✓ Gérants minoritaires, égalitaires ou majoritaires de SARL, gérants et associés d'EURL ou d'EARL;
- ✓ Gérants et associés de sociétés en nom collectif;
- ✓ Gérants et associés de sociétés en commandite;
- ✓ Dirigeants d'associations percevant une rémunération professionnelle ne constituant pas un salaire au sens fiscal du terme;
- ✓ Associés de sociétés de fait;
- ✓ Chefs d'entreprises en nom personnel;
- ✓ Artisans, commerçants, professions libérales.

Elle concerne également les mandataires sociaux :

- ✓ Présidents-directeurs généraux;
- ✓ Présidents du directoire;
- ✓ Directeurs généraux de SA.

Trois organismes d'assurances proposent en ce type de contrat (coordonnées dans le carnet d'adresses) :

- ✓ Association pour la protection des patrons indépendants (Appi);
- ✓ April Assurances;
- ✓ Garantie sociale des chefs d'entreprise (GSC);
- ✓ Caisse d'assurances mutuelles des entreprises industrielles et commerciales (Comeic).

Les conditions d'adhésion

Tout d'abord, l'assuré doit justifier qu'il travaille sous l'un des statuts ci-dessus ou exerce une profession libérale réglementée. Sauf pour GSC, qui ne s'adresse pas aux professions libérales, et April, qui n'admet parmi elles que les gérants et associés de sociétés d'exercice libéral et les professions libérales exerçant en société civile.

Tableau 12-4 : L'âge limite d'adhésion des assurés

<i>Statut</i>	<i>Âge</i>
Appi	65 ans
April	55 ans
GSC	58 ans
Cameic	65 ans

Source : www.assurances-chomage.fr**Tableau 12-5 : Les garanties proposées**

<i>Garanties</i>	<i>Appi</i>	<i>April</i>	<i>GSC</i>	<i>CamEIC</i>
Déclenchement de la prise en charge de l'assuré	Liquidation ou redressement judiciaire + garantie optionnelle : révocation du mandat social	Redressement ou liquidation judiciaire à la suite d'une contrainte économique à l'initiative des débiteurs; fusion, absorption ou restructuration à la suite d'une contrainte; remplacement des dirigeants dans le cadre de la loi de sauvegarde économique. Garantie optionnelle : révocation du mandat social au terme ou en cours de mandat	Liquidation ou redressement judiciaire; dissolution à l'amiable; fusion; absorption, restructuration; révocation ou non-renouvellement du mandat social	Redressement ou liquidation judiciaire; fusion, absorption ou restructuration provoquée par une contrainte économique

Tableau 12-5 : Les garanties proposées (suite)

<i>Garanties</i>	<i>Appi</i>	<i>April</i>	<i>GSC</i>	<i>CamEIC</i>
Révocation du dirigeant par le conseil d'administration	Adhésion optionnelle pour les sociétés de plus de 5 ans d'existence	Garantie optionnelle pour les sociétés de plus de 2 ans d'existence	Oui	Garantie optionnelle pour société de plus de 5 ans et dont l'assuré est depuis plus de 2 ans à son poste
% du capital social autorisé détenu par le dirigeant pour l'accès à la garantie	5 % au maximum	5 % au maximum	5 % ou plus	5 % au maximum
Montant maximal garanti	Jusqu'à 100 % du revenu professionnel brut (0 % du revenu professionnel brut en cas de révocation)	Au choix : 80 % des revenus déclarés (dividendes compris) pendant 9 mois ou 50 % pendant 15 mois	Jusqu'à 70 % du revenu fiscal (à condition de souscrire des options supplémentaires à la garantie de base)	<u>Atride</u> <u>« Croisière »</u> 0 % du revenu annuel net imposable <u>Atride</u> <u>« Confort »</u> 10 % du revenu annuel net imposable
Nombre de niveaux de garantie	1 en régime « Créateur » 16 en régime « Commun » 10 en régime « Révocation »	2 à choisir au moment de l'ouverture des droits	6 classes en régime de base 8 classes en régime complémentaire	3 niveaux : – Atride « Croisière » sans garantie révocation; – Atride « Croisière » avec garantie révocation; – Atride « Confort » avec garantie révocation.

Tableau 12-5 : Les garanties proposées (suite)

<i>Garanties</i>	<i>Appi</i>	<i>April</i>	<i>GSC</i>	<i>CamEIC</i>
Services supplémentaires	Non	Non	Assistance emploi : diagnostic-bilan avec un conseiller emploi et accompagnement professionnel	Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle
Paiement points retraite Agirc	Non	Non	Pour un dirigeant salarié : remboursement à 100 % des cotisations Agirc pendant 1 an Pour un dirigeant non salarié : 1 mois d'indemnisations supplémentaire	Non

Source : www.assurances-chomage.fr**Tableau 12-6 : Les conditions d'indemnisation**

Franchise	Aucune	30 jours	30 jours	Aucune
Délai de Carence	12 mois	12 mois	12 mois	12 mois pour prestation à 60 % ou 18 mois pour prestation à 100 %
Ouverture des droits	Immédiate à la date de jugement de redressement ou liquidation judiciaire	30 jours après	30 jours après	Mensuellement à terme échu

Tableau 12-6 : Les conditions d'indemnisation (suite)

Durée de versement des allocations	Au choix à la souscription : 12 mois (maximum pour le régime « Créateur »), 18 mois ou 24 mois	Au choix au moment du sinistre : 9 mois ou 15 mois	Au choix à la souscription 12 mois, 18 mois ou 24 mois (après un an d'adhésion)	Selon l'option choisie : 12 mois, 18 mois ou 24 mois
Versement de l'allocation mensuelle	100 % du montant garanti si absence de revenu professionnel ou complémentaire au revenu professionnel, allocation Assedic, pension de retraite ou pension d'invalidité, jusqu'à concurrence du montant garanti	50 % du dernier revenu professionnel référentiel si allocation 15 mois ou 80 % si allocation 9 mois	70 % du dernier revenu professionnel référentiel	60 % ou 100 % selon le niveau de garantie choisie
Extension gratuite de garantie	Oui : 3 mois à 100 % après 10 ans d'adhésion ; 6 mois à 100 % si 15 ans ; 9 mois à 100 % si 20 ans ; 12 mois à 100 % si 25 ans	Oui : prolongement systématique de la garantie de 6 mois supplémentaires à 50 % après 3 années sans sinistre	Oui : après 5 années d'affiliation, 3 mensualités complémentaires sont octroyées	
Limite d'âge aux prestations	70 ans	60 ans	65 ans	
Réversion en cas de décès	Oui si décès avant la fin des droits	Oui	Oui au bénéfice du conjoint	

Source : www.assurances-chomage.fr

L'assurance dépendance

Le système de protection sociale impose aux Français de se protéger obligatoirement de quatre « risques » : maladie, maternité, invalidité, vieillesse. Le problème, c'est que l'assurance vieillesse suffit très mal à faire face à ce qu'on appelle la « dépendance », c'est-à-dire la perte d'autonomie physique et mentale des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle les assureurs proposent aujourd'hui des contrats d'assurance dépendance. Dans ce chapitre, nous étudions les contrats individuels ; les contrats collectifs figurent au chapitre 20.



Actuellement, sur près de 7 millions de personnes de plus de 70 ans, 800 000 ont perdu de façon partielle ou totale leur autonomie. Selon l'Insee, d'ici à 2020, ce chiffre passerait à 1 million. En 2009, le coût de la dépendance s'élevait en moyenne à 1 800 € par mois à domicile et à 2 300 € en établissement, alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension inférieure à 1 000 €, et que le montant moyen des aides de l'État est de 450 €.

Quant à l'assurance maladie, son équilibre financier déjà très précaire ne lui permet pas d'assumer cette charge supplémentaire. C'est pourquoi il est question depuis plusieurs années d'instituer un « cinquième risque », une nouvelle branche de la Sécurité sociale qui s'appellerait « Assurance autonomie ». Elle imposerait aux actifs de verser des cotisations obligatoires, destinées à assumer leur éventuelle dépendance future. Et sur le principe de la répartition, le versement de ces cotisations permettrait de financer la dépendance des personnes âgées d'aujourd'hui. En attendant un projet de loi dans ce sens, l'assurance dépendance reste une affaire privée et facultative.

Qu'est-ce que la dépendance ?

C'est un peu le problème : les définitions ne sont pas les mêmes pour tout le monde, pouvoirs publics, assureurs privés, établissements d'accueil.

La grille Aggir

La grille nationale Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (Aggir) est une grille d'évaluation instituée par les pouvoirs publics. Elle permet de mesurer l'autonomie d'une personne âgée pour lui attribuer, selon ses ressources, une aide en nature proportionnelle à ses besoins d'assistance. L'aide attribuée par les conseils généraux est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).



Toute personne de plus de 60 ans peut y prétendre quels que soient ses revenus. Toutefois, son montant varie en fonction des ressources et du niveau d'autonomie. Au 31 décembre 2008, 1 115 000 personnes âgées en bénéficiaient en France.

La grille Aggir évalue le degré de dépendance, physique et psychique, dans l'accomplissement des actes quotidiens.

Dans cette grille, les personnes âgées sont classées en six groupes « iso-ressources », en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état.

Tableau 12-7 : La grille nationale Aggir d'évaluation de la dépendance

<i>Groupe iso-ressources</i>	<i>Niveau de dépendance</i>
GIR I	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR II	<ul style="list-style-type: none"> – Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; – Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR III	Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
GIR IV	<ul style="list-style-type: none"> – Personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage ; – Personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et les repas.
GIR V	Personnes âgées ayant besoin seulement d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR VI	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.



Seuls les quatre premiers GIR de la grille donnent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en maison de retraite, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR V et VI peuvent prétendre à une aide ménagère proposée par leur régime de retraite ou par l'aide sociale du département. Tous les autres besoins doivent être financés en propre, par la personne âgée elle-même et sa famille.

Rappelons que les enfants ont une obligation légale de s'occuper de leurs parents dans le besoin : c'est ce qu'on appelle l'« obligation alimentaire ». D'où l'intérêt de l'assurance dépendance, qui permet de provisionner de l'épargne pour faire face à ces dépenses le moment venu.



Certains assureurs et certaines banques qui proposent des contrats d'assurance dépendance utilisent la grille Aggir pour déclencher leur prise en charge. À vérifier évidemment avant de souscrire leur contrat.

Les actes de la vie quotidienne (AVQ)

D'autres assureurs ou banques choisissent d'évaluer le degré d'autonomie par un certain nombre d'actes de la vie quotidienne (AVQ) que l'assuré n'est plus capable d'effectuer.

Tableau 12-8 : Les actes de la vie quotidienne (AVQ)

AVQ	Définition
La toilette	Capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
L'habillement	Capacité de s'habiller et de se déshabiller.
L'alimentation	Capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée et mise à disposition.
La continence	Capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux.
Le déplacement	Capacité de se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger.
Les transferts	Capacité de passer du lit à une chaise ou à un fauteuil et inversement.

Tableau 12-9 : Les niveaux de dépendance selon les AVQ

	<i>Niveau d'incapacité</i>
Niveau 1	Incapacité d'effectuer 2 AVQ sur 6
Niveau 2	Incapacité d'effectuer 3 AVQ sur 6
Niveau 3	Incapacité d'effectuer 4 AVQ sur 6
Niveau 4	Incapacité d'effectuer 5 ou 6 AVQ sur 6



Plus les assureurs multiplient les conditions avant de déclencher leur prise en charge, moins le contrat est cher. C'est le cas s'ils combinent les deux systèmes de référence Aggir et AVQ pour définir le degré de dépendance ou s'ils ont d'autres définitions, ou encore s'ils ajoutent d'autres conditions (un hébergement en établissement spécialisé, la nécessité d'une tierce personne, etc.).

A contrario, les assureurs qui exigent moins de conditions de prise en charge sont plus favorables à l'assuré... mais plus chers.

Les différents types de contrat d'assurance dépendance

Pour le souscripteur, le but de l'assurance dépendance est d'épargner durant sa période valide, pour se constituer une rente mensuelle qui complètera sa retraite et lui permettra de continuer à vivre à son domicile, aidé des services appropriés, ou de financer son installation dans un établissement spécialisé.



Les pouvoirs publics réfléchissent à l'instauration d'un « viager hypothécaire » : la personne âgée dépendante hypothéquerait sa maison auprès de sa banque, pour garantir un emprunt destiné à financer sa dépendance. Mais la crise internationale des *subprimes* est intervenue et a repoussé la mise en œuvre de cette idée. À suivre...

Les contrats à fonds perdus

Le premier type de contrats d'assurance dépendance est le moins cher. Ils s'appellent en général « contrats de prévoyance ». Comme l'assurance temporaire décès, ils sont à fonds perdus : si l'assuré meurt en parfaite santé physique et mentale, l'assureur conserve son épargne, en échange du risque pris en l'assurant.

Ces contrats sont souscrits à partir de 50 ans et jusqu'à environ 70 ans, voire 75 ans. La cotisation moyenne varie de 300 à 900 € par an, selon l'âge au moment de la souscription.



Avant de souscrire, vérifiez toujours dans le contrat non seulement les définitions choisies pour évaluer la dépendance, mais surtout qui mènera les évaluations : le médecin de l'assuré, celui de l'assureur, ou un médecin indépendant totalement impartial.

Les contrats d'assurance vie + dépendance

Il s'agit là de transformer un contrat d'assurance vie en assurance « perte d'autonomie » : l'épargne accumulée sur le contrat se transforme alors en rente mensuelle en cas de perte d'autonomie de l'assuré. Mais il faut en avoir les moyens : par exemple, pour percevoir une rente de 1 500 € par mois, il faut d'abord avoir épargné à peu près 100 fois plus sur le contrat. Certains contrats proposent de doubler la rente en cas de dépendance partielle.



Le contrat de dépendance n'est en aucun cas un produit d'épargne : le versement des prestations est subordonné uniquement à la réalisation l'état de dépendance.

Les garanties proposées

Les contrats garantissent soit la dépendance totale, soit la dépendance partielle. Les meilleurs sont ceux qui garantissent les deux à la fois.

La dépendance totale

Elle est généralement définie comme l'impossibilité d'accomplir sans aide extérieure au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne : s'alimenter, se laver, se déplacer, s'habiller. Lorsqu'un état de dépendance totale ou lourde est reconnu, le versement de la rente s'effectue à hauteur de 100 % du montant prévu par le contrat.

La dépendance partielle

Elle est évaluée en fonction des critères définis au contrat. Par exemple :

- ✓ Le fait d'avoir besoin d'aide pour se lever, se coucher, s'asseoir et effectuer quelques activités corporelles, y compris la préparation des repas;
- ✓ Quand la personne assurée a besoin d'être aidée quotidiennement et plusieurs fois par jour pour son autonomie corporelle.

Lorsque l'état de dépendance partielle est reconnu, le montant de la rente versée correspond à un pourcentage de la rente prévue en cas

de dépendance totale. Ce pourcentage varie en fonction du degré de dépendance.

Les prestations complémentaires

De nombreux contrats d'assurance dépendance proposent, en annexe des prestations d'assistance destinées à orienter et aider l'assuré dépendant, ou sa famille, pour trouver l'établissement adapté, mettre en place des services d'aide à domicile et lui proposer, le cas échéant, un soutien psychologique.

Combien coûte l'assurance dépendance ?

Le montant des primes dépend de l'âge de l'assuré au moment de la souscription : plus il est âgé, plus le risque de dépendance est important et plus la cotisation est élevée.

Tout dépend aussi de la rente que l'assuré souhaite se constituer : plus son montant sera important, plus il faudra verser d'épargne au contrat.

Enfin, si l'assuré choisit d'assurer une dépendance partielle et totale, ses primes seront plus élevées que s'il n'assure qu'une dépendance totale.

Enfin, des surprimes peuvent être appliquées si les examens de santé du souscripteur ne sont pas satisfaisants pour l'assureur.



Le montant de la rente choisi à la souscription n'est pas fixe : il est régulièrement revalorisé par l'assureur, selon un taux et dans les conditions décidées au contrat. Par exemple, la rente peut être revalorisée à dates fixes en référence à un indice tel que les points Agirc (les points de retraite complémentaires des cadres) ou Arrco (celui de tous les salariés, cadres et non cadres).

Au cours de la phase d'épargne, les primes peuvent augmenter. L'assuré peut refuser cette augmentation, mais dans ce cas sa future rente sera réduite proportionnellement.

Certains contrats intègrent la possibilité d'avoir des difficultés financières en cours de route. Ils garantissent alors une indemnité calculée sur les montants versés, même si l'assuré a cessé de cotiser. Cela s'appelle la « mise en réduction ».

Attention, en cas de refus de paiement des primes, certains contrats prévoient une résiliation pure et simple.



Les rentes des contrats prévoyance ne sont pas imposables. En revanche, les rentes issues des contrats d'épargne deviennent imposables si le contrat n'a pas été souscrit dans le cadre d'un plan d'épargne populaire (PEP). Les contrats d'assurance dépendance sont toutefois exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance.

Les conditions d'âge et de santé

On peut souscrire une assurance dépendance dès l'âge de 40 ans et jusqu'à 74 ans à 77 ans. Au-delà, certains assureurs acceptent les contrats, mais comme le risque de dépendance est plus important, le tarif est plus cher.

Par ailleurs, le souscripteur doit remplir un questionnaire de santé, voire passer un examen médical devant un médecin-conseil. Si l'assureur considère que le souscripteur présente un risque de dépendance plus important que la moyenne et ne correspond pas à ses critères, il peut refuser de l'assurer ou accepter moyennant une surprime. Bien qu'il soit possible de souscrire jusqu'à un âge avancé, les antécédents médicaux auront toutes les chances d'être moins importants si la souscription se fait tôt.



Toute fausse déclaration entraîne la nullité du contrat sans remboursement des cotisations payées.

Les délais de carence et de franchise

La carence est le délai durant lequel les garanties ne peuvent pas encore être mises en place, après la souscription du contrat.

La franchise est le délai entre le constat que le risque s'est déclaré et la prise en charge par l'assureur.

La carence

Tous les contrats de dépendance comportent un délai de carence compris entre un et trois ans, à partir de la date de souscription du contrat. Pendant ce délai, la personne assurée ne sera pas garantie si l'état de dépendance survient. Dans cette hypothèse, aucune indemnité ne peut être perçue : le contrat est alors clôturé, mais l'assureur doit rembourser les cotisations déjà versées par l'assuré.



Le délai de carence ne s'applique pas en cas de dépendance d'origine accidentelle.

La franchise

Une fois la dépendance constatée, certains assureurs appliquent un délai de franchise de 90 jours, à compter de la reconnaissance de l'état de dépendance. La rente ne commence à être versée qu'au terme de ce délai.

L'assurance obsèques

Ce sont des contrats dont l'objectif est de mettre de l'argent de côté de son vivant, pour financer ses obsèques et éviter ainsi d'obliger la famille à engager cette dépense. Car les obsèques, même modestes, sont toujours onéreuses.

Deux types de contrat

Il existe deux types de contrat obsèques : ceux qui servent juste à financer les obsèques et ceux qui servent non seulement à les financer, mais aussi à les organiser.

Le financement simple : le contrat de capital

Dans cette hypothèse, le contrat obsèques est un simple contrat d'assurance vie, destiné à constituer un capital, qui sera versé à un bénéficiaire : soit un membre de la famille ou un proche qui se chargera lui-même d'organiser les funérailles, soit directement une entreprise de pompes funèbres.

Dans le contrat, rien ne stipule que ce capital est affecté à la couverture des frais d'obsèques et aucune prestation funéraire n'est prévue d'avance. Seulement le financement.

Le souscripteur détermine le niveau de financement et désigne un bénéficiaire qui peut être une personne physique ou morale. Au moment de son décès, le bénéficiaire désigné dans le contrat dispose librement du capital : pour financer les obsèques (ou non) et pour choisir les prestations funéraires.

Des garanties d'assistance peuvent compléter le contrat de capital : rapatriement du corps du défunt et des personnes l'accompagnant au moment du décès, transport de la famille, aide à domicile.

Si l'assuré choisit de désigner une société de pompes funèbres, celle-ci perçoit le capital en règlement partiel ou total des frais d'obsèques. Néanmoins, si le montant du capital est supérieur à la facture des obsèques, le solde doit être reversé aux bénéficiaires de « second rang », également désignés dans le contrat.

Financement et organisation : le contrat obsèques

La seconde catégorie de contrat propose non seulement de financer ses obsèques, mais aussi de les organiser d'une manière précise. Ils combinent alors un contrat d'assurance vie et un contrat de prestations funéraires,



ce qui implique obligatoirement l'action conjointe d'un assureur et d'un opérateur funéraire :

- ✓ L'assureur se charge du financement : il gère le contrat durant la phase d'épargne, puis au décès de l'assuré la reverse au bénéficiaire du contrat : l'opérateur funéraire ;
- ✓ L'opérateur funéraire se charge d'exécuter les volontés du défunt, consignées dans un contrat obsèques adossé au contrat d'assurance : mode de sépulture, modèle de cercueil, de tombe ou de caveau, modèle d'urne funéraire, type de cérémonie.



Un devis est établi, que la famille peut consulter pour vérifier si tout est correctement respecté.

Les capitaux garantis au titre d'une assurance obsèques sont versés très rapidement et, au plus tard, dans les 48 heures qui suivent le décès.

La souscription du contrat obsèques

On peut souscrire un contrat à n'importe quel âge et en général jusqu'à 75 ans, parfois plus tard. Il n'y a pas de questionnaire médical.



En général, le décès n'est pas couvert lors des deux premières années de souscription. À vérifier dans le contrat.

Les modalités de versement sont libres :

- ✓ Une prime unique : l'assuré règle en une fois le financement de ses obsèques ;
- ✓ Prime annuelle ou mensuelle : le financement s'étale sur plusieurs mois ou plusieurs années.

Le capital garanti est souvent plafonné à 75 000 €. Mais, selon les contrats, il peut être réévalué d'année en année, en fonction de l'indice du coût de la vie.



Si vous souscrivez un contrat obsèques, informez-en plusieurs personnes de votre entourage, faites des copies du contrat et demandez-leur d'en conserver un exemplaire chez elles. De cette manière, au moment d'organiser les obsèques, même plusieurs années plus tard, la preuve de l'existence de ce contrat sera incontestable.

La réforme de 2004

Les contrats d'assurance obsèques soumis à la réglementation applicable à l'assurance vie sont encadrés par la loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004. Cette loi a introduit de profonds changements sur le marché de l'assurance

obsèques, surtout dans le domaine des contrats de prestations d'obsèques à l'avance.

Les prestations funéraires

L'opérateur funéraire a l'obligation de détailler les produits et les prestations qu'il s'engage à réaliser ainsi que les biens et services funéraires qui ne sont pas couverts. Toute clause d'un contrat prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance sans que le contenu détaillé des prestations soit réellement défini est réputée non écrite (article L. 2223-34-1 du Code général des collectivités territoriales).

Le contrat obsèques doit également prévoir explicitement la faculté, pour le souscripteur, de modifier la nature de ses obsèques, le mode de sépulture, le contenu des prestations et fournitures funéraires, l'opérateur désigné pour exécuter les obsèques et, le cas échéant, le mandataire nommé pour veiller à la bonne exécution des volontés exprimées.

La compagnie d'assurances doit respecter cette liberté de modification du souscripteur sous peine d'une amende de 15 000 € (article L. 2223-35-1 du même code).



L'engagement financier

Le contrat doit faire apparaître de manière claire :

- ✓ Si le capital souscrit permettra de couvrir intégralement les prestations d'obsèques prévues au contrat, quelle que soit l'évolution des prix de prestations funéraires ;
- ✓ Si la famille aura à régler un supplément financier, en cas d'augmentation des prix entre la date de souscription du contrat et la date du décès.

Et inversement, si le montant final des obsèques laisse apparaître un excédent par rapport au capital épargné par l'assuré, le contrat doit prévoir qu'il sera reversé à un ayant droit du défunt, désigné d'avance.

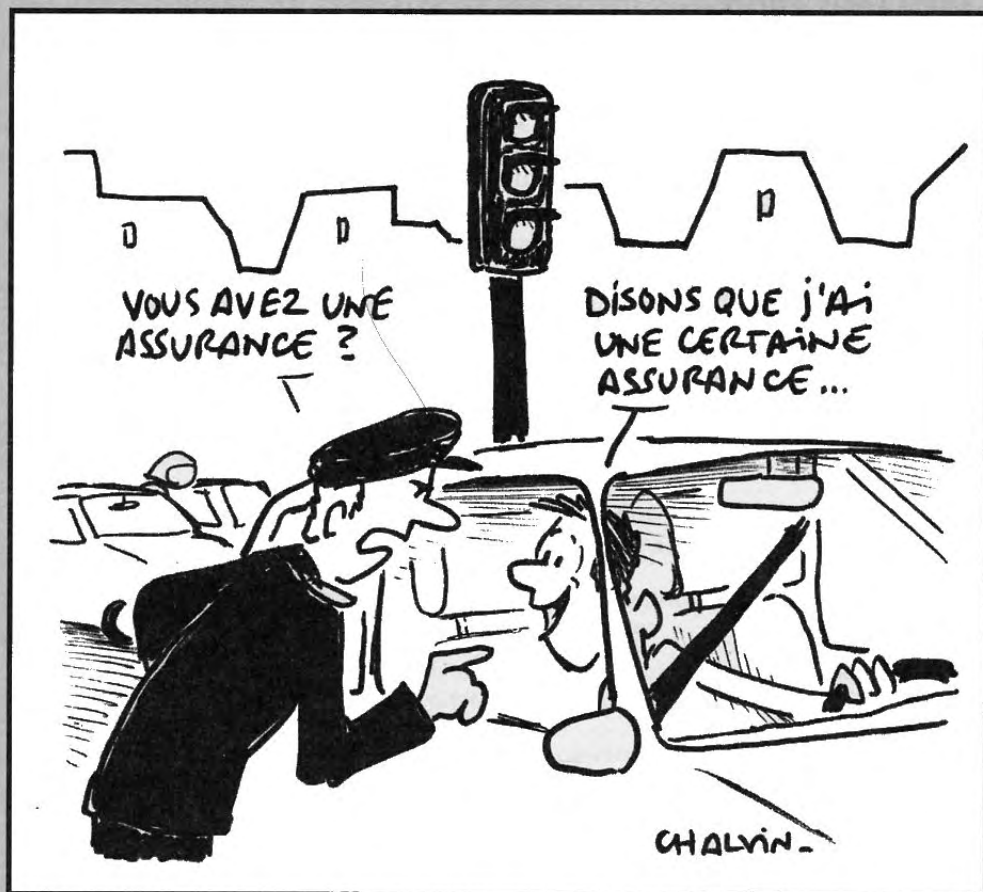


Combien coûte un contrat obsèques ?

Le prix dépend à la fois du montant garanti et de l'âge de l'assuré. À titre d'exemple : pour garantir un capital obsèques de 6 000 €, une personne âgée de 60 ans devra déboursier environ 45 € par mois, jusqu'à la date de son décès, tandis qu'une personne de 75 ans devra payer le double.

Cinquième partie

Les assurances sociales obligatoires



Dans cette partie...

Au cours de la seconde moitié du xx^e siècle, tous les actifs français se sont vu progressivement obligés par l'État de s'assurer auprès d'un régime institutionnel de protection sociale. L'obligation a d'abord concerné les salariés de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, des services. Puis elle s'est lentement étendue aux différents actifs indépendants : agriculteurs, commerçants, artisans, industriels, professions libérales.

Cette protection minimale obligatoire couvre ce qu'on appelle les « risques sociaux » : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, chômage.

Aujourd'hui, cette couverture sociale « de base » est relativement homogène pour tous les Français.

Chapitre 13

L'assurance maladie

Dans ce chapitre :

- Les bénéficiaires
- Le parcours de soins et la carte Vitale
- L'assurance maladie pour les enfants
- L'assurance maladie des étudiants
- Les frais remboursés par l'assurance maladie
- Le régime local d'Alsace-Moselle
- L'assurance maladie française à l'étranger

Pour quiconque travaille en France, le versement de cotisations d'assurance maladie est obligatoire, auprès de l'une des institutions qui en est chargée. En échange de quoi, pour la prise en charge de sa santé, l'assuré reçoit une carte appelée « Vitale », qui lui sert pour tous ses soins et ses médicaments.

Bénéficiaires et prise en charge

L'assurance maladie couvre bien sûr l'assuré social lui-même, c'est-à-dire celui qui verse les cotisations sociales. Et par ailleurs elle couvre aussi :

- ✓ Son conjoint, concubin ou partenaire de pacs, lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale propre ;
- ✓ Ses enfants à charge ou les enfants qui se trouvent à la charge de son conjoint, concubin ou partenaire de pacs, jusqu'à 20 ans au maximum.

Enfin, l'assurance maladie obligatoire couvre aussi toute personne qui se trouve à la charge effective et permanente de l'assuré social, même si elle n'a aucun lien de parenté ou de vie maritale avec lui. La seule obligation est de justifier d'être entièrement à sa charge.

Pour être pris en charge par l'assurance maladie, quel que soit le régime de gestion, les soins doivent remplir deux conditions :

- ✓ Être dispensés par un établissement public ou privé autorisé, un praticien habilité à exercer ;
- ✓ Figurer sur la liste des actes, des médicaments et des produits pris en charge.

Le parcours de soins coordonnés

Depuis 2004, pour être correctement pris en charge, les assurés sociaux doivent déclarer un médecin généraliste référent : le « médecin traitant ».

Le rôle du médecin traitant

À quelques exceptions près, pour toute maladie, les assurés doivent commencer par consulter le médecin qu'ils ont choisi de désigner comme médecin traitant auprès de leur caisse. C'est lui qui organise leur parcours de soins et gère leur dossier médical personnalisé.

Cela lui permet, à lui-même et aux éventuels médecins spécialistes qui peuvent avoir à intervenir, de connaître tout le parcours de santé du patient.

Certains spécialistes restent néanmoins accessibles, sans pénalités, sans passer par le médecin traitant. Il s'agit des :

- ✓ Gynécologues ;
- ✓ Ophtalmologistes ;
- ✓ Dentistes ;
- ✓ Pédiatres ;
- ✓ Psychiatres.

En cas d'éloignement de sa résidence habituelle, le patient peut aussi consulter un autre médecin généraliste.



Si l'assuré n'a pas communiqué le nom de son médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie, ses frais ne sont remboursés qu'à hauteur de 30 % (au lieu de 70 %). Il en est de même si, une fois le médecin traitant désigné, le parcours coordonné n'est pas respecté. Excepté bien sûr en cas d'urgence grave, pour laquelle le patient se présente au service d'urgences le plus proche. Dans ce cas, les remboursements se font normalement.

L'intervention des autres médecins

Le médecin traitant peut avoir besoin de l'avis d'un confrère. C'est pourquoi le parcours de soins coordonnés prévoit trois types d'orientation vers d'autres médecins par le médecin traitant :



✓ **La demande d'avis ponctuel** : le médecin traitant oriente le patient vers un autre médecin, le médecin « correspondant ». Celui-ci n'est cependant pas habilité à procéder à des soins répétés. C'est toujours au médecin traitant de s'assurer que les prescriptions faites par son confrère sont bien respectées par le malade ;

Pour qu'un avis soit considéré comme ponctuel, il est nécessaire que le patient n'ait pas consulté le spécialiste concerné dans les six mois précédant le rendez-vous ni qu'il le voie dans les six mois qui suivent la rencontre.

✓ **La nécessité de soins répétés** : le médecin correspondant peut avoir à demander à son tour l'avis d'autres spécialistes pour le traitement de la même pathologie. Ces différentes consultations sont programmées par le « plan de soins ». Celui-ci est déterminé par le médecin traitant, en collaboration avec le médecin correspondant ;

✓ **La séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants** : le médecin correspondant a besoin de faire appel à d'autres confrères pour traiter la pathologie. Dans ce cas, la séquence de soins est définie avec le médecin traitant et le médecin correspondant, et elle permet au malade de s'adresser directement aux spécialistes.

La carte Vitale

C'est une petite carte rectangulaire de couleur verte qui contient tous les éléments administratifs nécessaires à la prise en charge des soins et au déclenchement des remboursements.

Elle simplifie donc les démarches et évite l'envoi de feuilles de soins en papier : il suffit pour cela de la présenter à chaque professionnel de santé. Chez certains d'entre eux, comme les pharmaciens, elle permet même de ne pas avancer les frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie : c'est ce qu'on appelle le « tiers payant ».

Désormais, la carte Vitale permet également au médecin traitant de visualiser l'ensemble des soins, médicaments et examens qui ont été prescrits et remboursés au patient au cours des 12 derniers mois. La carte Vitale n'a pas de date d'expiration, elle est valable sans limitation de durée, mais il faut la mettre à jour après chaque changement de situation : maternité, déménagement, mariage, affection de longue durée, etc.



Dans les trois ou quatre ans à venir, les 59 millions d'assurés sociaux de tous les régimes vont recevoir progressivement une nouvelle carte Vitale, avec la photo du patient apposée sur le recto. Pour le moment, seuls sont concernés les jeunes à partir de 16 ans, les nouveaux assurés en France, ainsi que ceux dont la carte Vitale a été déclarée perdue, volée ou détériorée.



Si vous possédez déjà une carte Vitale, vous n'avez aucune démarche à faire pour recevoir la nouvelle. Votre caisse d'assurance maladie vous contactera par courrier.

L'assurance maladie pour les enfants

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas astreints au parcours de soins coordonnés imposé aux adultes. Pour eux, dès leur naissance, l'assurance maladie met en place un parcours spécifique, jalonné d'examen obligatoires du nourrisson, d'un calendrier de vaccinations et d'examen de médecine scolaire aux âges clés. Durant tout ce temps, leur carnet de santé coordonne les soins pratiqués par les différents médecins qu'ils rencontrent.

Ce parcours spécifique prend fin dès que les jeunes atteignent l'âge de 16 ans. À partir de cette date, leurs parents doivent accomplir la démarche de déclaration d'un médecin traitant. Pour cela, il suffit de remplir un formulaire de déclaration, fourni par le médecin ou à télécharger sur l'un des sites internet des régimes de protection sociale.

S'ils ne le font pas, le remboursement des frais se fait sur la base de 30 % des honoraires au lieu de 70 % (les taux de remboursement sont détaillés plus loin).

L'assurance maladie des étudiants

La Sécurité sociale des étudiants est gérée exclusivement par leurs mutuelles étudiantes. Pour la part obligatoire de leur régime, les étudiants doivent s'inscrire, au choix :

- ✓ Auprès de La Mutuelle des étudiants (LMDE), partout en France ;
- ✓ Auprès d'une des neuf mutuelles régionales, selon la ville dans laquelle ils poursuivent leurs études :
 - Smerep en Île-de-France,
 - Smeba en Bretagne, Pays de la Loire,
 - MEP en Languedoc-Roussillon et Paca,

- MGEL en Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace,
- Smeco en Poitou-Charentes, Centre,
- Smeno en Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie,
- Smereb en Bourgogne, Franche-Comté,
- Smerra en Rhône-Alpes,
- Vittavi en Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées.

(Leurs coordonnées figurent dans le carnet d'adresses.)



Pour l'année universitaire 2009-2010, la cotisation annuelle au régime obligatoire est fixée à 198 €. Les boursiers en sont exonérés.

Si l'étudiant a entre 16 et 20 ans – ou 21 ans si sa scolarité a été retardée pour des raisons médicales –, l'affiliation à la sécurité sociale étudiante est obligatoire. Mais elle est gratuite, car l'étudiant dispose toujours de la qualité d'ayant droit de ses parents. Le rôle de la mutuelle étudiante est seulement d'assurer la prise en charge de l'étudiant.

En revanche, dès qu'il dépasse l'âge de 20 ans, il ne peut plus être ayant droit de ses parents : son affiliation à la sécurité sociale étudiante est alors également obligatoire. Mais cette fois elle est payante, sauf pour les étudiants boursiers, qui sont exonérés du paiement de la cotisation.



L'âge auquel l'étudiant doit obligatoirement s'inscrire à la sécurité sociale étudiante peut changer selon la profession de ses parents :

Tableau 13-1 : Les modalités d'affiliation à la sécurité sociale étudiante*

<i>Profession du parent (père ou mère) de l'étudiant</i>	<i>Étudiant entre 16 et 19 ans</i>	<i>Étudiant de 20 ans</i>	<i>Étudiant entre 21 et 28 ans</i>
– Salarié du secteur privé (et autre profession relevant du régime d'assurance maladie des salariés);	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et gratuite	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante (gratuite pour les boursiers)	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante (gratuite pour les boursiers)
– Fonctionnaire, agent des collectivités territoriales;			
– Exploitant ou salarié agricole;			
– Régime de la Banque de France.			

Tableau 13-1 : Les modalités d'affiliation à la sécurité sociale étudiante* (suite)

<i>Profession du parent (père ou mère) de l'étudiant</i>	<i>Étudiant entre 16 et 19 ans</i>	<i>Étudiant de 20 ans</i>	<i>Étudiant entre 21 et 28 ans</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Professions indépendantes (artisan, commerçant, industriel, profession libérale); – Régimes spéciaux : EDF, GDF, RATP, mines, militaires, clercs de notaires, chambre de commerce de Paris. 	Pas d'inscription à la sécurité sociale étudiante ni de cotisation à payer (les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents)	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante (gratuite pour les boursiers)	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante (gratuite pour les boursiers)
<ul style="list-style-type: none"> – Marine marchande (Enim); – Port autonome de Bordeaux; – Théâtre national de l'Opéra; – Comédie-Française. 	Pas d'inscription à la sécurité sociale étudiante ni de cotisation à payer (les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents)	Pas d'inscription à la sécurité sociale étudiante ni de cotisation à payer (les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents)	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante (gratuite pour les boursiers)
Agent de la SNCF	Les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents	Les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents	Les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents

Tableau 13-1 : Les modalités d'affiliation à la sécurité sociale étudiante* (suite)

<i>Profession du parent (père ou mère) de l'étudiant</i>	<i>Étudiant entre 16 et 19 ans</i>	<i>Étudiant de 20 ans</i>	<i>Étudiant entre 21 et 28 ans</i>
Fonctionnaire international	Pas d'inscription à la sécurité sociale étudiante ni de cotisation à payer (les étudiants sont rattachés au régime et à l'organisme d'assurance maladie de leurs parents)	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante, à défaut d'attestation de l'organisme international indiquant que l'étudiant bénéficie d'une couverture maladie en qualité d'ayant droit	Inscription à la sécurité sociale étudiante obligatoire et payante, à défaut d'attestation de l'organisme international indiquant que l'étudiant bénéficie d'une couverture maladie en qualité d'ayant droit

* Pour les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur.



Les étudiants qui poursuivent leurs études dans un établissement d'enseignement non agréé par le régime étudiant de Sécurité sociale ne peuvent pas s'affilier à la sécurité sociale étudiante. Ils restent affiliés à la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence et c'est elle qui continue à assurer la gestion de leur dossier et le remboursement de leurs soins.

Les frais remboursés par l'assurance maladie

Dès que la maladie est constatée par le médecin traitant, l'assurance maladie prend en charge les frais suivants :

- ✓ La médecine générale et spéciale;
- ✓ Les soins et prothèses dentaires;
- ✓ La pharmacie et l'appareillage;
- ✓ Les analyses et examens de laboratoire;
- ✓ L'hospitalisation et les traitements lourds dans les établissements de soins;

- ✓ Le transport des malades ;
- ✓ La réadaptation fonctionnelle ;
- ✓ La rééducation ou éducation professionnelle ;
- ✓ Les vaccinations qui figurent sur une liste (fixée par arrêté) ;
- ✓ Tout dépistage effectué dans le cadre d'un programme de santé publique ;
- ✓ L'hébergement et le traitement des enfants ou des adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle.

Le montant des frais de soins servant de base de calcul des remboursements est fixé :

- ✓ Soit par convention entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats professionnels ou les établissements ;
- ✓ Soit par l'administration, en lien avec les caisses d'assurance maladie.

Le ticket modérateur

L'assurance maladie ne prend pas en charge la totalité des frais : une franchise est laissée à la charge des assurés, appelée « ticket modérateur ».

Selon les soins, il peut être proportionnel ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestation.



Vous consultez votre médecin traitant qui est un médecin généraliste conventionné en secteur 1, vous réglez 22 €. Sur ce montant, l'assurance maladie rembourse 70 % (15,40 €), moins 1 € au titre de la participation forfaitaire. Votre remboursement est donc de 14,40 € et le montant du ticket modérateur est de 7,60 €, soit 30 % (l'ensemble des taux de remboursement est détaillé plus loin).



Les assurances et mutuelles complémentaires peuvent prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur. À vérifier si vous en possédez une.

Par ailleurs, ce ticket modérateur est limité, voire totalement supprimé pour les soins les plus coûteux. Par exemple, en cas d'hospitalisation ou lorsque l'assuré est officiellement atteint d'une affection de longue durée, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (cancer, maladie cardiaque, etc.).



Ne confondez pas ticket modérateur et forfait journalier. Ce dernier est exigé en cas de séjour en établissement, lorsque les frais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Le principe du tiers payant

Le tiers payant consiste à éviter à l'assuré d'avancer la somme qui va lui être remboursée par sa caisse d'assurance maladie : grâce à ce système, le professionnel de santé se fait payer directement par la caisse et le patient ne règle que le ticket modérateur, s'il y en a un.

Pour bénéficier de ce service, le patient doit juste détenir une carte Vitale, en tant qu'assuré ou ayant droit.

Le tiers payant concerne :

- ✓ Les frais d'une hospitalisation dans un établissement de soins public ou privé conventionné;
- ✓ Les consultations à l'hôpital, dans un dispensaire ou un centre de santé;
- ✓ Les honoraires médicaux pour des actes techniques d'un montant supérieur à 91 €;
- ✓ Les actes pratiqués dans le cadre d'un dépistage organisé (dépistage du cancer du sein, par exemple);
- ✓ Les frais d'un transport effectué par une entreprise conventionnée;
- ✓ Les gros appareillages;
- ✓ Les frais de médicaments en pharmacie.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant si le patient refuse l'usage de médicaments génériques.



Les participations forfaitaires

Comme l'assurance maladie française est en perpétuel déséquilibre financier, pour la préserver, certaines mesures financières ont été prises au fil des années.

La participation forfaitaire de 1 €

Une participation forfaitaire de 1 € est demandée à tous les patients de plus de 18 ans. Elle s'applique :

- ✓ À toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin;
- ✓ Aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale;
- ✓ Quel que soit le médecin consulté, que le patient respecte ou non le parcours de soins coordonnés;



- ✓ Aux femmes enceintes jusqu'au cinquième mois, aux malades d'une ALD, aux personnes en incapacité permanente après une maladie professionnelle ou un accident du travail, aux personnes invalides, retraitées, etc.

Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par personne.

Par ailleurs, cette participation n'est pas déduite des remboursements :

- ✓ Pour les consultations des enfants de moins de 18 ans ;
- ✓ Pour les actes pratiqués par les chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, infirmier, orthophoniste ou orthoptiste ;
- ✓ Pour les examens obligatoires des femmes enceintes, et ensuite pour toutes les consultations à compter du premier jour du sixième mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après la date de l'accouchement ;
- ✓ Pour les actes réalisés dans le cadre d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital et dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ;
- ✓ Si le remboursement par la caisse d'assurance maladie est inférieur à 1 €.



Les bénéficiaires du revenu de solidarité activité (RSA, qui a remplacé le RMI en 2009) n'en sont pas dispensés. La dispense ne concerne que les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État (la prise en charge destinée aux personnes étrangères).

Dans l'hypothèse où le patient se rend à plusieurs consultations dans la même journée, la participation forfaitaire de 1 € est retenue pour chaque consultation ou acte.

De même, s'il consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la même journée, ou si un médecin réalise plusieurs actes au cours d'une même séance, la participation forfaitaire est retenue pour chaque consultation ou acte, dans la limite de 4 € par jour pour un même professionnel de santé.

En outre, si plusieurs actes de biologie sont prescrits par un médecin, la participation forfaitaire est prélevée pour chaque acte de biologie réalisé, dans la limite de 4 € par jour et par laboratoire exécutant.

La participation forfaitaire de 18 €

Depuis le 1^{er} septembre 2006, une autre participation forfaitaire de 18 € s'applique aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, ou qui sont dotés d'un coefficient égal ou supérieur à 50. Cela inclut donc :

- ✓ Tous les actes, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes. Par exemple :

- Une échographie-doppler du cœur : 95,16 €,
- Une photocoagulation au laser : 125,40 €;
- ✓ Les frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital comme clinique) au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique. Par exemple :
 - L'ablation d'un nodule de la thyroïde avec anesthésie : 205 €,
 - L'appendicectomie par cœlioscopie avec anesthésie : 284,09 €.
- ✓ Les frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital ou clinique) consécutive à une hospitalisation et en lien direct avec elle.

En cas de cumul d'actes, la participation forfaitaire de 18 € s'applique dès que le montant résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 91 €. De même, lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leur tarif et/ou leur coefficient peuvent se cumuler. En revanche, lorsque plusieurs actes d'un tarif égal ou supérieur à 91 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, la participation forfaitaire de 18 € ne s'applique qu'une seule fois.



✓ **TRUC** Votre complémentaire santé peut, éventuellement, prendre en charge la participation forfaitaire de 18 €. Renseignez-vous auprès d'elle. De même, si vous bénéficiez de la CMU complémentaire ou si vous relevez du régime d'Alsace-Moselle, cette participation de 18 € est prise en charge par ces dispositifs.

Néanmoins, quelques actes, dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, échappent à ce forfait. Il s'agit :

- ✓ Des actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie par émission de positons ;
- ✓ Des frais de transport d'urgence en cas d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte ainsi que les frais de transport en cas d'une hospitalisation consécutive à l'hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte soumis au forfait ;
- ✓ Des frais d'hospitalisation à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutif ;
- ✓ Des frais d'acquisition de prothèses oculaires et faciales, d'orthoprothèses, de véhicules pour handicapés physiques ;
- ✓ Des frais relatifs à la fourniture de sang humain, de plasma ou de leurs dérivés, et de lait humain ;

- ✓ Des frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cytopathologie qui ne sont pas non plus concernés par le forfait et qui restent, quel que soit leur tarif ou leur coefficient, pris en charge dans les conditions habituelles (néanmoins, le ticket modérateur reste à la charge de l'assuré).

Le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il s'applique pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de la sortie.

Il est fixé par arrêté ministériel à :

- ✓ 16 € par jour en hôpital ou en clinique ;
- ✓ 12 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.



Ce forfait est parfois pris en charge par les mutuelles ou les assurances ou mutuelles complémentaires. Renseignez-vous.

Par ailleurs, il n'est pas toujours exigé. Les exonérations concernent tous les assurés affiliés au régime d'Alsace-Moselle, mais aussi :

- ✓ Les femmes enceintes hospitalisées pendant les quatre derniers mois de leur grossesse, pour l'accouchement et pendant 12 jours après l'accouchement ;
- ✓ L'enfant nouveau-né hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance ;
- ✓ L'enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- ✓ Les soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- ✓ L'hospitalisation à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- ✓ Les titulaires d'une pension militaire ;
- ✓ Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide médicale de l'État.

La franchise médicale

Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle concerne les mêmes patients que ceux pour qui s'applique le forfait de 1 €.

Son montant est fixé à 50 centimes d'euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement), 50 centimes d'euro par acte paramédical et 2 € par transport sanitaire.



Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou des prestations concernés. En outre, un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ainsi, on ne peut pas déduire plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ou plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Les taux de remboursement

Dans le cadre du parcours de soins, la prise en charge par l'assurance maladie est de 70 % du tarif conventionnel.

Toutefois, selon les situations (une affection de longue durée, une maternité de plus six mois ou une prise en charge par la CMU complémentaire, par exemple), les consultations chez les médecins conventionnés peuvent être prises en charge à 100 %.

Le patient suit le parcours de soins coordonnés

Dans ce cas, les taux de remboursement sont les suivants.

Tableau 13-2 : Tarifs des consultations du médecin traitant

<i>Médecin consulté</i>	<i>Tarif</i>	<i>Base du remboursement</i>	<i>Taux de remboursement</i>	<i>Montant remboursé*</i>
Généraliste conventionné secteur 1	22 €	22 €	70 %	14,40 €
Généraliste conventionné secteur 2	Honoraires libres	22 €	70 %	14,40 €
Spécialiste secteur 1	25 €	25 €	70 %	16,50 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 1	37 €	37 €	70 %	24,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	Honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 €.



Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Mais dans ce cas, le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

Lorsque le patient consulte un médecin correspondant

Dans cette hypothèse, il y a alors deux possibilités de remboursement, selon que le médecin traitant lui demande un avis ponctuel ou d'établir avec lui un « plan de soins ».

Tableau 13-3 : Tarifs des consultations du médecin correspondant pour avis ponctuel

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Spécialiste – secteur 1 – ou secteur 2 avec option de coordination	44 €	44 €	70 %	29,80 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	44 €	70 %	29,80 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue – secteur 1 – ou secteur 2 avec option de coordination	55 €	55 €	70 %	37,50 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	Honoraires libres	55 €	70 %	37,50 €

Tableau 13-4 : Tarifs des consultations des médecins correspondants pour un plan de soins

<i>Médecin consulté</i>	<i>Tarif</i>	<i>Base du remboursement</i>	<i>Taux de remboursement</i>	<i>Montant remboursé*</i>
Généraliste – secteur 1 – ou secteur 2 avec option de coordination	25 €	25 €	70 %	16,50 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	22 €	70 %	14,40 €
Spécialiste – secteur 1 – ou secteur 2 avec option de coordination	28 €	28 €	70 %	18,60 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue – secteur 1 – ou secteur 2 avec option de coordination	41 €	41 €	70 %	27,70 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	Honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €
Cardiologue – secteur 1 – ou secteur 2 avec option de coordination	49 €	49 €	70 %	33,30 €
Cardiologue secteur 2	honoraires libres	45,73 €	70 %	31,01 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 €.

Les affections de longue durée

Les affections de longue durée (ALD) sont des pathologies pour lesquelles un protocole de soins doit être établi. Cela permet au patient d'accéder aux médecins spécialistes dont il a besoin pour se soigner, sans avoir à passer chaque fois par son médecin traitant. Cela concerne :

- ✓ L'une des 30 maladies figurant sur une liste établie par l'administration ;
- ✓ Une autre maladie grave, caractérisée, ne figurant pas sur cette liste, nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois ;
- ✓ Plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Tableau 13-5 : Les 30 affections désignées comme des affections de longue durée

Accident vasculaire cérébral invalidant	Hypertension artérielle sévère
Aplasie médullaire	Infarctus du myocarde datant de moins de six mois
Artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite), avec manifestations cliniques ischémiques	Insuffisance respiratoire chronique grave
Bilharziose compliquée	Lèpre
Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave	Maladie de Parkinson
Maladies chroniques actives du foie et cirrhose	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le virus de l'immunodéficience humaine	Mucoviscidose
Diabète insulino dépendant ou non insulino dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif
Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie)	Paraplégie périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
Hémoglobino pathie homozygote	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
Hémophilie	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives Sclérose en plaques invalidante

Tableau 13-5 : Les 30 affections désignées comme des affections de longue durée (suite)

Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne	Tuberculose active
Spondylarthrite ankylosante grave	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
Suites de transplantation d'organe	

Le régime local de l'Alsace et de la Moselle

À la fin de la Première Guerre mondiale, le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle sont redevenus des territoires français. Néanmoins, depuis 1919, ces trois départements bénéficient d'un régime juridique spécial, qui leur permet de continuer à bénéficier de certaines dispositions notamment sociales, lorsqu'elles sont plus favorables que le régime français.

C'est ainsi que le régime local d'Alsace-Moselle comporte :

- ✓ Des lois françaises d'avant 1870 maintenues par l'administration allemande mais abrogées par les autorités françaises durant l'annexion ;
- ✓ Des lois allemandes adoptées par l'Empire allemand entre 1871 et 1918 ;
- ✓ Des dispositions propres à l'Alsace et à la Moselle adoptées par les organes locaux de l'époque ;
- ✓ Des lois françaises intervenues après 1918 mais applicables aux trois départements seulement.

En matière d'assurance maladie, le régime local d'Alsace-Moselle fonctionne comme une caisse complémentaire obligatoire : en plus des cotisations versées au régime général, 1,5 million de salariés et retraités alsaciens et mosellans (et non leurs employeurs) paient une « surcotisation » à leur régime local. En contrepartie, ces assurés et leurs ayants droit, soit 2,3 millions de personnes, sont mieux remboursés :

- ✓ 90 % sur les soins et la pharmacie ;
- ✓ 100 % en cas d'hospitalisation, y compris du forfait hospitalier dès le premier jour.



Resté provisoire pendant plusieurs décennies, le régime local d'Alsace-Moselle a été pérennisé en 1991. Depuis, la gestion du régime est gérée par un conseil d'administration local installé à Strasbourg.

L'assurance maladie française à l'étranger

En cas de séjour à l'étranger pour des vacances, un voyage d'affaires ou d'études ou une obligation médicale, les frais de soins de l'assuré, actif ou retraité, et de ses ayants droit peuvent être remboursés par l'assurance maladie.

Les soins concernés sont :

- ✓ Les soins rendus médicalement nécessaires par l'état de santé de l'assuré (accident ou maladie) ;
- ✓ Les soins consécutifs à un traitement entrepris avant le séjour ;
- ✓ Les soins ne pouvant être dispensés en France.

Attention toutefois, car dans les deux derniers cas l'accord préalable du régime est toujours nécessaire.

Vous partez en Europe

Pour être pris en charge dans l'ensemble de l'Espace économique européen (Union européenne + Islande, Norvège, Liechtenstein) et en Suisse, l'assuré doit demander la carte européenne d'assurance maladie à sa caisse d'assurance maladie.

Avec elle, il pourra bénéficier d'une prise en charge de ses frais médicaux par les organismes d'assurance maladie locaux, sur la base du tarif applicable dans le pays de séjour.

À défaut, il est toujours possible d'adresser ses feuilles de soins et ses factures à l'assurance maladie, en France, en rentrant. Le remboursement s'effectuera sur la base des tarifs de l'État de séjour ou, sous certaines conditions, sur la base du tarif français.

Vous partez hors d'Europe

Dans tous les cas, l'assuré doit contacter sa caisse d'assurance maladie avant son départ.

Qu'il s'agisse de soins immédiats dont il pourrait avoir besoin durant son voyage ou de soins qui ne peuvent pas être dispensés en France, un remboursement forfaitaire peut éventuellement être effectué, mais après avis du contrôle médical.

Évidemment, ce remboursement ne peut être supérieur à celui qui aurait été alloué si les soins avaient été reçus en France.

Ce remboursement n'est pas une obligation, c'est une simple faculté laissée aux caisses.

Sur les possibilités d'assurance santé en voyage, consultez aussi le chapitre 12, consacré aux assurances individuelles.



Chapitre 14

L'assurance maternité

Dans ce chapitre :

- La prise en charge de la maternité en France
- Les différents congés de maternité selon les secteurs d'activité
- Le congé de paternité
- Congés parentaux et allocations familiales

L'assurance maternité permet aux femmes enceintes de se faire rembourser les frais liés à leur grossesse et leur accouchement mais aussi de bénéficier d'un congé de maternité. Depuis quelques années, les pères aussi ont le droit d'en profiter. Les modalités de prise en charge ne sont pas tout à fait les mêmes selon l'activité exercée par les parents.

La prise en charge de la maternité en France

En France, l'assurance maternité est gérée par les caisses d'assurance maladie des différents régimes de protection sociale. On parle donc d'assurance maladie maternité. En effet, les modalités de prise en charge des examens, des soins et du repos maternels sont exactement les mêmes :

- ✓ Une première visite chez le gynécologue, qui ouvre la procédure en constatant la grossesse : rappelons que les gynécologues peuvent être consultés hors parcours de soins (voir chapitre précédent) ;
- ✓ La déclaration de grossesse, par la future mère, auprès de la caisse d'assurance maladie de son régime de protection sociale ;
- ✓ Le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse à partir du sixième mois ;
- ✓ La prise en charge de trois examens prénataux, des frais d'accouchement, des soins prodigués à la mère et au nourrisson et du repos maternel avant et après la naissance.

Tableau 14-1 : Les durées du congé de maternité

<i>Situation</i>	<i>Nombre de semaines avant la naissance</i>	<i>Nombre de semaines après la naissance</i>
Naissance du 1 ^{er} ou du 2 ^e enfant	6	10
Naissance du 3 ^e enfant	8	18
Naissance de jumeaux	12	22
Naissance de triplés	24	22

Si elles le souhaitent, les femmes peuvent raccourcir un peu leur congé prénatal et prolonger d'autant leur congé postnatal. Mais dans ce cas le congé prénatal doit tout de même durer au moins deux semaines avant la date présumée de l'accouchement. Si au contraire elles sont fatiguées, elles peuvent bénéficier de deux semaines de congés supplémentaires avant leur accouchement, sur prescription médicale. Enfin, si le nourrisson a besoin d'une hospitalisation dans les six semaines qui suivent sa naissance, il est également possible de décaler les dates du congé de maternité.



Pour les parents qui adoptent des enfants, quel que soit l'âge, les droits au congé indemnisé et aux soins de l'enfant sont exactement les mêmes qu'en cas de naissance « biologique ».

Conditions et modalités selon les régimes

Pendant toute la seconde moitié du XX^e siècle, seules les femmes salariées ont eu droit à un véritable congé de maternité : un repos maternel indemnisé pendant quatre mois.

Désormais, toutes les femmes actives, quel que soit leur régime de protection sociale, bénéficient de ce repos rémunéré avant et après un accouchement.

Le congé de maternité des salariées

Selon qu'elles travaillent dans le secteur privé, public ou semi-public, l'assurance maternité des salariées est gérée par les caisses d'assurance maladie de leur régime (les différents régimes de protection sociale selon les secteurs d'activité sont étudiés au chapitre 13).

Dans le secteur privé, la Sécurité sociale rembourse tous les soins liés à la grossesse et à l'accouchement des femmes :

- ✓ Salariées et personnellement assurées à la Sécurité Sociale depuis au moins dix mois à la date présumée de l'accouchement. Elles doivent également :
 - Avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois civils ou des 90 jours précédant le début de la grossesse ou du congé prénatal,
 - Ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du smic horaire au cours des six mois civils précédant le début de la grossesse ou du congé prénatal,
 - Ou, à défaut, en cas d'activité saisonnière ou discontinue, avoir travaillé au moins 800 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du smic horaire, au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant le début de la grossesse ou du congé prénatal;
- ✓ « Ayants droit » d'un assuré social, c'est-à-dire à la charge d'un salarié (épouse, partenaire de pacs ou concubine, mais aussi toute autre personne à charge, par exemple une fille de l'assuré).

Quel que soit le régime de rattachement, pour pouvoir être correctement prises en charge, les futures mères doivent déclarer leur grossesse avant la fin de la quatorzième semaine et se soumettre aux différents examens médicaux : à fin du troisième mois, puis chaque mois suivant, et enfin dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.



Les femmes salariées peuvent prendre du temps sur leur temps de travail pour subir ces examens et cela sans retenue de salaire. Si elles en omettent certains, elles peuvent se voir diminuer ces indemnités.

En plus des remboursements de soins et d'accouchement, l'assurance maternité des salariées finance :

- ✓ Huit séances de préparation à l'accouchement;
- ✓ Le séjour dans la limite de 12 jours d'hospitalisation;
- ✓ Dix séances de rééducation abdominale;
- ✓ Tous les soins dispensés au nourrisson dans l'établissement de santé durant son premier mois;
- ✓ Un congé de maternité de 16 semaines, soit 6 semaines avant et 10 semaines après la naissance. Mais cette durée peut être plus longue en fonction du nombre d'enfants.



Consultez aussi votre convention collective : certaines d'entre elles accordent des avantages supplémentaires, notamment un maintien intégral du salaire pendant le congé de maternité.

Lorsque la salariée remplit les conditions de durée d'assurance, sa caisse d'assurance maladie lui verse, sans délai de carence, pendant toute la durée de son congé de maternité, une somme journalière, samedi, dimanche et jours fériés compris. Cette indemnité est égale à son salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires des trois mois qui précèdent le congé prénatal (ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue).

Les salaires retenus sont les salaires soumis à cotisations, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours, et diminués des cotisations obligatoires et de la CSG.

Attention, cette indemnité journalière est elle-même plafonnée : ainsi, en 2009, le montant maximal était fixé à 76,54 € par jour (74,97 € par jour en Alsace et en Moselle). En outre, elle est soumise à 0,5 % de CRDS et à 6,2 % de CSG, et à l'impôt sur le revenu.



La période de maternité est assimilée à une période de travail salarié « normale » : elle est donc prise en compte, entre autres, pour l'affiliation à l'assurance chômage et pour le calcul des trimestres de retraite.

Le congé de maternité des professions indépendantes

Dans le Régime social des indépendants, il y a deux types de congés de maternité, selon que la future mère exerce elle-même en tant que chef d'entreprise ou en tant que conjointe collaboratrice d'un entrepreneur.

Par ailleurs, cette fois, quel que soit le statut, l'assurance maternité du RSI rembourse entièrement les examens et les soins prodigués à la mère et à l'enfant.

Tableau 14-2 : Les taux de remboursement du RSI en cas de maternité

<i>Examens et soins pour la mère</i>	<i>Assurance maternité du RSI</i>
Examens obligatoires pré- et postnatals	100 %
Tous examens et soins dispensés à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement	100 %
Frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, tels que : <ul style="list-style-type: none"> • caryotype fœtal et amniocentèse; • dosage de la glycémie; • séance de rééducation postnatale. 	100 %
Hospitalisation (ensemble des frais : honoraires et frais de séjour)	100 %
Examen général du futur père	100 %
<i>Examens et soins pour l'enfant</i>	
Soins ou hospitalisation dans un délai de 30 jours après sa naissance	
Examens de surveillance sanitaire obligatoires des enfants jusqu'à 6 ans	100 %
Autres soins (hors assurance maternité) pour la mère ou l'enfant	
– Dispensés par un médecin ou une sage-femme (en tant que praticien);	100 %
– Dispensés par un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute).	
<i>Autres soins (hors assurance maternité) pour la mère ou l'enfant</i>	
Dispensés par un médecin ou une sage-femme (en tant que praticien)	70 %
Dispensés par un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute)	60 %

Le congé de maternité des femmes chefs d'entreprise

Les femmes chefs d'entreprise, qui exercent une activité artisanale, commerciale ou libérale, ont droit, si elles le souhaitent, à une indemnité journalière forfaitaire versée par l'assurance maladie maternité du Régime social des indépendants.

Pour cela, elles doivent interrompre toute activité professionnelle pendant au moins 44 jours consécutifs, dont 14 jours de repos immédiatement avant la date présumée de l'accouchement.

Cet arrêt de travail peut être prolongé par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs.

La durée des arrêts de travail ne peut pas être fractionnée autrement.



Tableau 14-3 : Montant de l'indemnité maternité versée aux femmes chefs d'entreprise par le RSI (en 2009)

<i>Durée du repos maternel prénatal</i>	<i>Indemnité forfaitaire d'interruption d'activité</i>
44 jours	2 096,60 €
59 jours	2 811,35 €
74 jours	3 526,10 €
En cas d'état pathologique : 30 jours supplémentaires dès la déclaration de grossesse	1 429,50 €
En cas de naissances multiples : 30 jours d'arrêt consécutifs supplémentaires non cumulables avec l'indemnité prévue en cas de grossesse ou accouchement pathologiques	1 429,50 €
Allocation forfaitaire de repos maternelle versée pour moitié à la fin du 7 ^e mois, pour moitié après l'accouchement.	2 859,00 € (cumulables avec l'indemnité forfaitaire)



La période du congé de maternité est allongée en cas de naissance prématurée de plus de 44 jours avant la date prévue d'accouchement et d'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Le congé d'adoption des chefs d'entreprise

Le RSI verse également une indemnité en cas de congé d'adoption d'une femme chef d'entreprise.

Tableau 14-4 : Montant de l'indemnité d'adoption du RSI (en 2009)

<i>Durée du congé d'adoption</i>	<i>Indemnité forfaitaire d'interruption d'activité</i>
56 jours	2 668,40 €
86 jours	4 097,90 €
Allocation forfaitaire versée à la date d'arrivée de l'enfant dans la famille	1 429,50 € (cumulables avec l'indemnité forfaitaire)

Le congé de maternité des conjointes collaboratrices

Lorsque la future mère a pris le statut de conjointe collaboratrice d'un artisan, commerçant, professionnel libéral ou associé d'EURL, elle bénéficie aussi de deux types d'allocation maternité, qui lui permettent d'interrompre ses activités pendant sa grossesse ou à l'occasion d'une adoption.

L'indemnité de remplacement compense partiellement les frais engagés pendant au moins une semaine comprise dans la période suivante : six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix semaines après. L'indemnité est versée :

- ✓ En cas de cessation d'activité;
- ✓ Ou si la future mère doit se faire remplacer dans ses travaux professionnels ou ménagers par une personne salariée.

Toutes les durées de versement de l'indemnisation peuvent être doublées sur demande.

Le montant journalier de l'indemnité de remplacement est égal au coût réel du remplacement, dans la limite d'un plafond fixé à 1/56 de deux fois le smic mensuel, soit 50,99 €. Suivant la durée du congé, cela donne les montants maximaux suivants :



Tableau 14-5 : Montant de l'indemnité maternité versée aux conjointes collaboratrices par le RSI (en 2009)

<i>Durée du repos maternel prénatal</i>	<i>Indemnité forfaitaire maximale</i>
28 jours	1 427,72 €
56 jours	2 855,44 €
En cas d'état pathologique	
Pour 42 jours d'arrêt au maximum	2 141,58 €
Pour 84 jours d'arrêt (les 14 jours supplémentaires peuvent être pris dès la déclaration de grossesse)	indemnité maximale 4 283,16 €
En cas de naissances multiples	
56 jours d'arrêt au maximum	2 855,44 €
Pour 112 jours d'arrêt	indemnité maximale 5 710,88 €
En cas d'état pathologique causé par la grossesse et de naissances multiples	
Pour 70 jours d'arrêt	3 569,30 €
Pour 140 jours d'arrêt	indemnité maximale 7 138,60 €
Allocation forfaitaire de repos maternelle versée pour moitié à la fin du 7 ^e mois, pour moitié après l'accouchement	1 427,82 € (cumulables avec l'indemnité forfaitaire)



La période du congé de maternité est allongée en cas de naissance prématurée plus de six semaines avant la date prévue d'accouchement et d'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Le congé d'adoption des conjoints collaborateurs

Le RSI verse également une indemnité en cas de congé d'adoption.

Tableau 14-6 : Montant de l'indemnité d'adoption du RSI (en 2009)

<i>Durée du congé d'adoption</i>	<i>Indemnité forfaitaire d'interruption d'activité</i>
Adoption d'un seul enfant	
14 jours	713,86 €
28 jours	Indemnité maximale : 1 427,72 €
Adoptions multiples	
28 jours	1 427,72 €
56 jours	2 855,44 €

Le congé de maternité des exploitantes agricoles

Les agricultrices peuvent se faire remplacer pour prendre un congé de maternité. Le ou la salarié(e) recruté(e) à cet effet, ou le service de remplacement, est alors rémunéré par la MSA pendant deux semaines, à condition que le remplacement soit organisé au cours d'une période commençant six semaines avant la date prévue pour l'accouchement et se terminant dix semaines après celle-ci.

Le remplacement doit porter sur des travaux ayant pour but la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise. Il ne doit pas porter sur les travaux ménagers.



Pour avoir droit à cette prise en charge, l'agricultrice doit être personnellement affiliée à l'Amexa (Assurance maladie des exploitants agricoles) et participer de manière constante, à temps plein ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole.

La durée d'attribution de l'allocation de remplacement dépend du nombre d'enfants que l'agricultrice attend et du nombre de ceux qu'elle a déjà mis au monde (ou adoptés).

Par ailleurs, selon son état, une agricultrice peut reporter une partie de son congé prénatal de maternité sur le congé postnatal, dans la limite de trois semaines. Et, en cas de grossesse pathologique, un remplacement supplémentaire de deux semaines est accordé.

Tableau 14-7 : La durée d'attribution de l'allocation de remplacement

<i>Congé de maternité</i>	<i>Durée maximale d'attribution</i>	<i>Durée maximale d'attribution sans report</i>	<i>Durée maximale d'attribution avec report</i>
Congé normal	16 semaines	6 semaines de congé prénatal 10 semaines de congé postnatal	3 semaines de congé prénatal 13 semaines de congé postnatal
Naissance simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge	26 semaines	8 semaines de congé prénatal 18 semaines de congé postnatal	5 semaines de congé prénatal 21 semaines de congé postnatal
Naissance de jumeaux	34 semaines	12 semaines de congé prénatal 22 semaines de congé postnatal	9 semaines de congé prénatal 25 semaines de congé postnatal
Naissance de triplés ou plus	46 semaines	24 semaines de congé prénatal 22 semaines de congé postnatal	21 semaines de congé prénatal 25 semaines de congé postnatal

Source : MSA.



En cas d'adoption, la même allocation de remplacement est accordée à compter de l'arrivée de l'enfant dans le foyer, ou dans les sept jours qui précèdent.

Le montant de l'allocation correspond à la totalité des frais engagés, c'est-à-dire :

- ✓ Au montant des salaires et charges de la personne embauchée, dans la limite du salaire conventionnel correspondant à la qualification de l'emploi;
- ✓ Au montant du prix de journée fixé par le service de remplacement multiplié par le nombre de jours de remplacement.

Le congé de paternité

Les pères ont également droit à un congé rémunéré, au moment de la naissance ou de l'adoption d'un enfant. Il dure :

- ✓ 11 jours consécutifs pour une naissance simple ;
- ✓ 18 jours consécutifs en cas de naissances multiples.



Le congé de paternité n'est pas fractionnable. Les 11 jours ou 18 jours se décomptent dimanches et jours non travaillés compris.

Le congé doit être pris dans les quatre mois qui suivent la naissance ou l'arrivée de l'enfant dans le foyer, sauf en cas de report pour hospitalisation du nouveau-né.

Congés parentaux et allocations familiales

À la suite d'une naissance ou de l'adoption d'un enfant de moins de 16 ans, tout salarié peut bénéficier d'un congé parental d'éducation lui permettant d'interrompre ou de réduire son activité professionnelle pour élever cet enfant.

Pour avoir droit à ce congé, l'intéressé(e) doit avoir au moins un an d'ancienneté dans son entreprise à la date de la naissance ou de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté.

Les travailleurs indépendants peuvent bien sûr prendre également des congés parentaux, mais comme ils sont leur propre patron ils n'ont aucune règle particulière à suivre.



Le congé parental d'éducation n'est pas rémunéré, mais le salarié peut le « financer » en utilisant les droits acquis sur son compte épargne temps. Il est également possible de bénéficier du complément de libre choix d'activité versé, sous conditions, par la Caisse d'allocations familiales.

Le congé parental des salariés

Homme ou femme, parent naturel ou adoptif, pour pouvoir faire une demande de congé parental, il faut avoir au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise à la date de la naissance de l'enfant ou, en cas d'adoption, de son arrivée au foyer (avant l'âge de 16 ans).

Deux modalités existent :

- ✓ Le congé total durant lequel le contrat de travail est suspendu ;
- ✓ Le travail à temps partiel : la durée de travail doit être d'au moins 16 heures par semaine.

Le salarié peut choisir la durée de travail qui lui convient. En revanche, la répartition des horaires doit être fixée en accord avec l'employeur (à défaut d'accord, cette répartition relève du pouvoir de direction de l'employeur).



Quel que soit l'effectif de l'entreprise, ce type de congé familial est de droit : l'employeur ne peut donc pas le refuser.

Le congé parental dure d'abord un an au maximum, mais il peut être prolongé deux fois, sans toutefois excéder la date du troisième anniversaire de l'enfant.

En cas d'adoption, il ne peut pas dépasser :

- ✓ Un an si l'enfant était âgé de plus de 3 ans et qu'il n'a pas encore atteint l'âge de 16 ans révolus ;
- ✓ Trois ans si l'enfant était âgé de moins de 3 ans à son arrivée au foyer.

En cas de maladie, d'accident ou de handicap graves de l'enfant, la durée du congé parental ou de la période d'activité à temps partiel peut être prolongée d'un an.

À chaque renouvellement, le salarié peut transformer son congé total en activité à temps partiel et réciproquement.

À l'issue du congé, le salarié doit retrouver son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. Il a droit à un entretien avec son employeur en vue de son orientation professionnelle. Il peut également bénéficier d'une formation professionnelle soit avant la fin du congé parental, soit lors de son retour dans l'entreprise.



Pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté, le congé parental d'éducation est retenu pour la moitié de sa durée. Des accords de branche peuvent toutefois prévoir les conditions dans lesquelles la période d'absence des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant un congé parental d'éducation à plein temps est intégralement prise en compte.

Le complément de libre choix d'activité

La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) est un ensemble d'allocations versées par la branche famille de la Sécurité sociale, pour aider les parents à élever, garder ou faire garder leur enfant avant qu'il ait l'âge d'aller à l'école.

La Paje comprend :

- ✓ La prime à la naissance ou à l'adoption ;
- ✓ L'allocation de base, une aide financière mensuelle pour les personnes aux ressources très faibles ;
- ✓ Le complément de libre choix du mode de garde, pour faire garder un enfant de moins de 6 ans à domicile ou par une assistante maternelle agréée ;
- ✓ Le complément de libre choix d'activité, destiné aux parents qui réduisent ou cessent leur activité pour s'occuper de leur enfant. Autrement dit, qui prennent un congé parental.

Pour avoir droit au complément de libre choix d'activité, il faut remplir les conditions suivantes :

- ✓ Avoir un enfant de moins de 3 ans né après le 1^{er} janvier 2004 ou avoir adopté ou recueilli en vue d'adoption un enfant depuis cette date ;
- ✓ Avoir cessé de travailler ou travailler à temps partiel ;
- ✓ Justifier d'au moins huit trimestres de cotisations d'assurance vieillesse (en continu ou non) validés au titre d'une activité professionnelle :
 - Pour un premier enfant, dans les deux années qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant ouvrant droit au complément de libre choix d'activité,
 - Pour deux enfants, dans les quatre années qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant ouvrant droit au complément de libre choix d'activité, la cessation ou la réduction d'activité si elle est postérieure à la naissance, à l'adoption ou à l'accueil de cet enfant,
 - Pour trois enfants ou plus, dans les cinq années qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant ouvrant droit au complément de libre choix d'activité, ou qui précèdent la cessation ou la réduction d'activité si elle est postérieure à la naissance, à l'adoption ou à l'accueil de cet enfant.

Par ailleurs, il ne faut pas percevoir le complément optionnel de libre choix d'activité, ou une pension d'invalidité ou de retraite, des allocations chômage, ou des indemnités journalières maladie, maternité, paternité ou d'accident du travail. Il ne faut pas non plus toucher des indemnités de congés payés.

Si vous êtes au chômage indemnisé et que vous souhaitez prendre un congé parental, il faut demander à Pôle emploi de suspendre son paiement, de manière à pouvoir bénéficier du complément de libre choix d'activité. Les allocations chômage reprendront lorsque vous cesserez de bénéficier du complément de libre choix d'activité.



Tableau 14-8 : Montants mensuels du complément de libre choix d'activité selon le temps de travail (montants valables jusqu'au 31/12/09)

<i>Activité professionnelle</i>	<i>Vous recevez l'allocation de base de la Paje</i>	<i>Vous ne recevez pas l'allocation de base de la Paje</i>
Vous ne travaillez plus	374,17 € par mois	552,11 € par mois
Vous travaillez Votre temps de travail ne dépasse pas 50 % de la durée du travail fixée dans votre entreprise	241,88 € par mois	419,83 € par mois
Vous travaillez Votre temps de travail est compris entre 50 et 80 % de la durée du travail fixée dans votre entreprise	139,53 € par mois	317,48 € par mois
Vous êtes non salarié ou VRP à temps partiel Votre temps de travail ne dépasse pas 76 heures par mois et votre revenu professionnel mensuel est inférieur ou égal à 1 563,99 €	241,88 € par mois	419,83 € par mois
Vous êtes non salarié ou VRP à temps partiel Votre temps de travail est compris entre 77 et 122 heures par mois et votre revenu professionnel mensuel ne dépasse pas 2 502,38 €	139,53 € par mois	317,48 € par mois



Si vous faites garder votre enfant par une assistante maternelle agréée ou une garde d'enfant à domicile, vous ne pourrez pas bénéficier en même temps du complément de libre choix d'activité et du complément de libre choix du mode de garde.

La durée de versement du complément de libre choix d'activité varie selon le nombre d'enfants :

- ✓ Vous avez un seul enfant à charge : vous le percevrez pendant une période maximale de six mois, à compter du mois de la naissance ou de l'adoption ou encore de la fin du congé de maternité, de paternité ou d'adoption. Toutefois, cette période peut être inférieure si votre congé parental d'éducation (ou la cessation de votre activité si vous n'êtes pas salarié) n'est pas immédiatement consécutif à l'un de ces événements ou si vous reprenez une activité (ou des congés payés) pendant cette période de six mois ;
- ✓ Vous avez plusieurs enfants à charge : vous le percevrez à partir du mois suivant la naissance ou l'arrivée de l'enfant (ou de la cessation d'activité totale ou partielle) et jusqu'au mois précédant le troisième anniversaire de l'enfant.



Si vous reprenez un travail à temps plein ou à temps partiel entre le 18^e et le 29^e mois de l'enfant, vous bénéficiez du maintien de ce complément pendant deux mois.

Le complément « optionnel » de libre choix d'activité

Pour les familles d'au moins trois enfants, depuis le 1^{er} juillet 2006, en cas de cessation d'activité professionnelle, les parents ont le choix entre le complément de libre choix d'activité et le complément optionnel de libre choix d'activité. Celui-ci est d'un montant plus élevé mais versé sur une durée plus courte.



Le choix est définitif et vous ne pourrez pas y renoncer et préférer le complément de libre choix d'activité pour le même enfant.

Pour avoir droit au complément optionnel, il faut donc avoir au moins trois enfants à charge et avoir cessé totalement de travailler.

Il faut aussi justifier d'au moins huit trimestres de cotisations d'assurance vieillesse (en continu ou non) validés au titre d'une activité professionnelle, dans les cinq années qui précèdent la naissance ou l'adoption de l'enfant. Enfin, il ne faut pas percevoir d'autres pensions ou allocations.



En revanche, ce complément est cumulable avec les indemnités de licenciement, l'allocation de veuvage, les pensions de réversion liées au décès du conjoint, une rente viagère à titre onéreux ou une rente accident du travail.

Tableau 14-9 : Montants mensuels du complément optionnel de libre choix d'activité selon le temps de travail (montants valables jusqu'au 31/12/09)

<i>Activité professionnelle</i>	<i>Vous recevez l'allocation de base de la Paje</i>	<i>Vous ne recevez pas l'allocation de base de la Paje</i>
Vous ne travaillez plus	611,59 € par mois	789,54 € par mois

Le versement dure 12 mois au maximum, à partir du mois de la naissance ou de l'adoption (ou de la cessation d'activité). Le dernier mois payé est le mois précédant le premier anniversaire de l'enfant, ou de son adoption, ou encore de la reprise d'activité du parent. Il n'y a pas de renouvellement.

Chapitre 15

L'assurance invalidité et décès des régimes sociaux

Dans ce chapitre :

- L'assurance invalidité obligatoire liée au travail
- L'assurance décès selon les régimes de protection sociale obligatoire

La protection sociale française a été instituée pour protéger les travailleurs et leur famille, non seulement du risque de maladie mais aussi du risque d'invalidité du chef de famille. Cette protection est complétée par la possibilité, par le même régime, de verser un capital s'il décède prématurément. Aujourd'hui, cette protection sociale obligatoire est complétée par de nombreuses possibilités d'assurance privée (les principales sont étudiées aux chapitres précédents, en quatrième partie).

L'assurance invalidité liée au travail

La pension d'invalidité est une aide financière versée aux actifs à la suite d'une maladie ou d'un accident qui les empêchent de reprendre leur métier. L'objectif est de remplacer leur revenu d'activité, provisoirement ou définitivement.

Dans tous les régimes de protection sociale, le risque d'invalidité n'est donc couvert que durant la vie active de l'assuré : dès qu'il atteint l'âge de la retraite, la pension d'invalidité est supprimée, puisqu'elle est remplacée par les pensions de retraite.

L'assurance invalidité des salariés du secteur privé

Pour les salariés de l'industrie, du commerce et des services, assurés par le régime général de la Sécurité sociale, l'état d'invalidité est constaté après une période de maladie de trois ans au maximum. Durant ce délai, ils ont d'abord été pris en charge par l'Assurance maladie.

Les conditions pour demander une pension d'invalidité

Pour pouvoir demander une pension d'invalidité, les salariés doivent d'abord avoir touché des indemnités journalières de maladie pendant au moins trois ans sans interruption. Après cela, le médecin-conseil de leur caisse d'assurance maladie les déclare en invalidité :

- ✓ Si leur état est stabilisé;
- ✓ Ou dès la constatation de la stabilisation de leur état avant l'expiration des trois ans;
- ✓ Ou au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsqu'elle résulte de l'usure prématurée de leur organisme.

C'est aussi le médecin-conseil qui évalue le degré d'invalidité. Selon ce degré, les salariés invalides sont classés en trois catégories différentes, compte tenu de leur capacité à continuer d'exercer une activité professionnelle.

Tableau 15-1 : Les catégories d'invalidité de la Sécurité sociale

<i>Catégorie</i>	<i>Capacité de travail</i>
1	Le salarié reste capable d'exercer une activité professionnelle à hauteur de 1/3 de ses capacités de travail ou de revenus (soit 33 %)
2	Le salarié ne peut plus exercer d'activité professionnelle
3	Le salarié ne peut plus exercer d'activité professionnelle et a besoin de l'aide d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante

Pour être pris en charge par le régime, en plus d'être déclaré invalide par le médecin et de ne pas avoir atteint l'âge de 60 ans, il faut remplir les conditions suivantes :

- ✓ Avoir une capacité de travail ou de revenus réduite d'au moins 2/3 (soit 66,66 %);

- ✓ Être assuré comme salarié du régime général depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail pour invalidité ou de la constatation de l'invalidité par le médecin-conseil de la caisse;
- ✓ Avoir effectué au moins 800 heures de travail salarié au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail pour invalidité ou la constatation d'invalidité;
- ✓ Ou avoir touché un salaire au moins égal à 2030 fois le smic horaire (dont au moins 1 015 fois le smic horaire au cours des six premiers mois).

Le montant de la pension d'invalidité du régime général

Le montant d'une pension d'invalidité dépend :

- ✓ Du salaire annuel moyen de l'assuré, calculé à partir des dix meilleures années d'activité. La caisse ne retient que les salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale;
- ✓ De la catégorie d'invalidité dans laquelle le salarié a été classé par le médecin-conseil de sa caisse d'assurance maladie.

Tableau 15-2 : Montants des pensions d'invalidité du régime général (au 1^{er} avril 2009)

	<i>Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité</i>	<i>Montant mensuel minimal</i>	<i>Montant mensuel maximal</i>
Pension d'invalidité de 1^{re} catégorie	L'assuré peut encore travailler à hauteur de 33 % de ses capacités : sa pension d'invalidité s'élève à 30 %	262,78 €	857,70 €
Pension d'invalidité de 2^e catégorie	50 %	262,78 €	1 429,50 €
Pension d'invalidité de 3^e catégorie	50 % + majoration pour tierce personne	262,78 € + 1 029,10 4 €	1 429,50 € + 1 029,10 €

Le montant des pensions d'invalidité est revalorisé chaque année. Par ailleurs, il est aussi réactualisé en fonction de la situation de l'assuré : celui-ci reçoit périodiquement un document à remplir pour mettre sa situation à jour.

Ainsi, par exemple, la pension peut être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment pour des raisons médicales, en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de santé du salarié.

De même, si le salarié invalide reprend ou arrête une activité, ou s'il change de situation financière, il doit le signaler à sa caisse. Et le montant de sa pension d'invalidité peut être revu en conséquence.



En cas de cumul de la pension d'invalidité avec un salaire, le versement de la pension peut être suspendu si, pendant six mois consécutifs, cet ensemble dépasse l'ancien salaire perçu avant l'arrêt de travail pour invalidité.

Si le salarié invalide préfère reprendre une activité professionnelle non salariée, le versement de sa pension est suspendu si le cumul de sa pension et de sa rémunération dépasse un plafond fixé à :

- ✓ 6 227,69 € pour une personne seule, après un trimestre d'activité;
- ✓ 8 622,98 € pour un couple, après un trimestre d'activité (montants au 1^{er} avril 2009).



À partir de l'âge de 60 ans, la pension d'invalidité se transforme en pension vieillesse pour inaptitude, versée tant que l'invalide n'a pas droit à sa retraite à taux plein. Cependant, s'il continue à travailler, il peut refuser cette transformation. Dans ce cas, le versement de la pension se fera lorsqu'il cessera toute activité et demandera sa retraite.

L'allocation supplémentaire

En complément de la pension d'invalidité, si les ressources du salarié invalide sont insuffisantes, il peut faire une demande d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), au service invalidité de sa caisse d'assurance maladie.

Cette allocation est versée si les ressources de l'assuré sont inférieures aux plafonds annuels suivants (au 1^{er} avril 2009) :

- ✓ 7 859,08 € pour une personne seule;
- ✓ 13 765,73 € pour un couple marié.

Le montant de cette allocation varie en fonction des ressources, mais elle ne peut jamais dépasser :

- ✓ 4 520,24 € par an pour une personne seule;
- ✓ 7 459,07 € par an pour un couple marié (montants au 1^{er} avril 2009).



Cette allocation n'est soumise ni à l'impôt sur le revenu, ni à la CSG, ni à la CRDS.

La carte d'invalidité

Elle est attribuée par la Maison départementale des personnes handicapées, en fonction du degré de handicap. Elle donne droit à certains avantages fiscaux (comme l'exonération de la redevance télévisuelle), à des réductions de tarifs et à des places réservées dans les transports en commun, ainsi qu'une priorité aux guichets, si la carte porte la mention « station debout pénible ».



L'attribution d'une pension d'invalidité n'entraîne pas automatiquement la délivrance d'une carte d'invalidité. C'est le handicap qui est pris en compte et non l'incapacité de travail.

L'assurance invalidité des travailleurs indépendants

Chez les indépendants, l'assurance invalidité n'est pas gérée par les caisses d'assurance maladie mais par les régimes de retraite. De ce fait, la prise en charge est un peu différente selon les professions.

Pour les artisans

En cas d'incapacité totale permanente ou définitive, le Régime social des indépendants (RSI) peut verser une pension, que les artisans peuvent toucher jusqu'à 60 ans, sous réserve de reconnaissance de leur incapacité de travail par le médecin-conseil de leur caisse.

Le montant correspond à :

- ✓ 50 % du revenu annuel moyen de l'assuré (sur lequel il a versé des cotisations, dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale) pendant les trois premières années, avec un minimum de 3 153,34 € et un maximum de 17 154 € annuels ;
- ✓ 30 % du revenu annuel moyen de l'assuré au cours des années suivantes avec un minimum de 3 153,34 € et un maximum de 10 292,40 € annuels (montants au 1^{er} avril 2009).

Pour les commerçants

En cas d'invalidité partielle, pour avoir droit à une prise en charge, l'incapacité de travailler doit également être évaluée par le médecin-conseil du RSI. L'assuré doit présenter une perte de sa capacité de travail (ou de rémunération) supérieure aux deux tiers de celle que lui procurerait son activité commerciale.

Le montant de cette pension d'invalidité est égal à 30 % du revenu annuel moyen de l'assuré (cotisé dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale), avec un minimum de 3 153,34 € et un maximum de 10 292,40 € (au 1^{er} avril 2009).

En cas d'invalidité totale et définitive, la pension correspond à 50 % du revenu annuel moyen de l'assuré, avec un minimum forfaitaire de 7 140,22 € et un maximum de 17 154 € annuels (au 1^{er} avril 2009).



L'état de santé de l'assuré peut nécessiter l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, s'alimenter). Dans ce cas, il peut bénéficier d'une majoration de sa pension « pour tierce personne ». Elle s'élève à 12 349,29 € annuels au 1^{er} avril 2009 (attention, ce droit est suspendu en cas d'hospitalisation).

L'assurance invalidité des professions libérales

Pour les professions libérales, l'assurance invalidité dépend du régime de retraite auquel elles appartiennent. Rappelons que ces assurances sociales sont gérées par 11 caisses différentes (voir chapitre 18). Les prestations d'invalidité sont donc différentes d'une profession libérale une l'autre.



Ainsi, lorsque l'invalidité est partielle, le professionnel peut toucher des indemnités journalières :

- ✓ Caisse des auxiliaires médicaux : 45,21 €;
- ✓ Caisse des sages-femmes : 12,30 €;
- ✓ Caisse des médecins : 90 €;
- ✓ Caisse des chirurgiens-dentistes : 83,30 €;
- ✓ Caisse des avocats : 61 €.

Lorsque l'invalidité est totale, les régimes versent une rente annuelle :

- ✓ Caisse des auxiliaires médicaux : 12 330 €;
- ✓ Caisse des sages-femmes : 3 450 €;
- ✓ Caisse des médecins : entre 7 068 et 16 492 €;
- ✓ Chirurgiens-dentistes : 23 206 € (+ 6 792 € par enfant à charge);
- ✓ Avocats : 50 % de la retraite de base pour 20 années d'activité (100 % de la retraite proportionnelle au-delà).



Il y a un délai de carence de 90 jours.

L'assurance invalidité des agriculteurs

C'est la Mutualité sociale agricole qui gère l'assurance invalidité du monde agricole, pour les salariés comme pour les exploitants indépendants. Les règles d'attribution des pensions d'invalidité des salariés agricoles sont exactement les mêmes que celles des salariés du secteur privé.

En revanche, pour les chefs d'exploitation, la prise en charge se fait par le biais de l'Atexa (Accidents du travail des exploitants agricoles). C'est une assurance obligatoire, alimentée par les cotisations versées par les agriculteurs, qui prend en charge non seulement les accidents du travail mais aussi les maladies professionnelles et les incapacités qu'ils peuvent provoquer.

Les risques couverts

L'Atexa prend en charge les accidents :

- ✓ Durant le travail sur le lieu de l'exploitation, de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier;
- ✓ Pendant le trajet aller-retour entre le domicile et le lieu de travail ou tout lieu où vous devez vous rendre pour vos activités professionnelles.

Elle fonctionne également si l'agriculteur développe une maladie liée à son activité professionnelle et inscrite sur la liste des maladies professionnelles (ou reconnue par le Comité régional de reconnaissance de ces maladies).

Si vous êtes victime d'un accident de travail ou de trajet, précisez-le aux professionnels de santé. De cette manière, les frais de soins occasionnés par ces accidents seront bien pris en charge par l'Atexa, et non par l'assurance maladie.



Les agriculteurs concernés par l'affiliation à l'Atexa sont :

- ✓ Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole;
- ✓ Les membres non salariés de société;
- ✓ Les mandataires de sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles;
- ✓ Les cotisants solidaires, sous certaines conditions;
- ✓ Les aides familiaux et associés d'exploitation;
- ✓ Les conjoints collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise ou les conjoints participants aux travaux (conjoints, concubins ou pacsés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole).



Les enfants d'agriculteurs âgés de 14 à 20 ans au maximum sont couverts s'ils participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

La prise en charge

L'Atexa prend en charge à 100 % les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers et de transport. Elle couvre aussi la réadaptation fonctionnelle, la rééducation, voire le reclassement professionnel nécessité par le traitement.

L'assuré n'a pas à faire l'avance de ces frais.

En cas d'incapacité temporaire de travail du chef d'exploitation, elle verse également des indemnités journalières forfaitaires, y compris en cas de rechute.



Il y a tout de même un délai de carence, du premier au septième jour d'incapacité de travail.

Enfin, une rente accident du travail, servie à partir d'un taux d'incapacité de travail de :

- ✓ 30 % pour le chef d'exploitation, d'entreprise ou le membre de société ;
- ✓ 100 % pour le collaborateur d'exploitation (conjoint, concubin ou pacsé) ou le conjoint participant aux travaux, l'aide familial, l'associé d'exploitation, l'enfant âgé de 14 à 20 ans.

Si l'accident est mortel, une rente est versée aux ayants droit : conjoints, concubins, partenaire de pacs ou enfants, et une participation est versée pour les frais funéraires.

L'assurance invalidité des fonctionnaires civils

Dans le régime des fonctionnaires civils, lorsqu'une personne se trouve dans l'incapacité permanente de continuer à exercer ses fonctions, son service doit d'abord chercher à le reclasser dans un autre emploi. Si ce n'est pas possible, il peut être « radié des cadres » par anticipation sur l'âge normal de sa retraite. Et, s'il remplit les conditions d'assurance, il peut obtenir une pension civile d'invalidité.



Pour être prise en charge, l'invalidité doit survenir alors que le fonctionnaire est titulaire et non plus stagiaire. Dans ce cas, la radiation des cadres peut être prononcée soit à la demande du fonctionnaire, soit d'office, après l'expiration des droits statutaires aux congés de maladie.

C'est une commission de réforme qui détermine l'invalidité et évalue son taux, après expertise d'un médecin agréé.

Lorsque l'invalidité est reconnue, le versement de la pension se fait sans condition de durée minimale de services accomplis et sans condition d'âge. Elle prend effet au premier jour du mois suivant la radiation des cadres.

Lorsque l'invalidité résulte de l'exercice des fonctions, la pension civile est augmentée d'une rente viagère d'invalidité, dont le montant correspond au dernier salaire du fonctionnaire, multiplié par son taux d'invalidité.

Toutefois, le cumul de la pension d'invalidité et de la rente viagère d'invalidité ne peut être supérieur au dernier traitement d'activité du fonctionnaire.



Si le fonctionnaire est mis à la retraite par suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions, d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, et que son taux d'invalidité est au moins égal à 60 %, le montant total de la pension civile d'invalidité et de la rente viagère d'invalidité est égal à sa pension de retraite pour 40 ans d'exercice.

L'assurance invalidité des militaires

Le régime d'invalidité des militaires est le plus ancien régime d'indemnisation du dommage corporel français. Outre les hôpitaux créés spécialement pour accueillir des soldats blessés, le principe du droit à la pension d'invalidité pour les soldats a été posé par Henri IV, dès 1534.

Par la suite, ce sont surtout la Première puis la Seconde Guerre mondiale qui ont installé durablement le droit à la réparation du dommage corporel, non seulement des militaires mais aussi des victimes de guerre.



Deux vénérables institutions sont les témoins de l'ancienneté de la prise en charge de l'invalidité des soldats français. D'abord l'Hospice des Quinze-Vingts, créé par Saint-Louis en 1254, officiellement pour y accueillir les aveugles, officieusement pour ses croisés dont un très grand nombre étaient rentrés aveugles de la septième croisade. L'autre est l'Hôtel des Invalides, dont la construction fut ordonnée par Louis XIV le 24 février 1670, pour abriter les invalides de ses armées. Un rôle que cet établissement remplit toujours aujourd'hui (en plus d'abriter le tombeau de Napoléon, comme chacun sait).

Autres points à souligner concernant l'assurance invalidité des militaires : elle est régie par le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, c'est-à-dire par ses propres textes législatifs et réglementaires. Et elle est gérée par sa propre administration, en appui sur ses propres commissions de réforme et ses propres juridictions. Elle dispose également

de son propre service social : l'Office national des anciens combattants (Onac).

Les personnes concernées

En cas d'invalidité résultant du service, les militaires qui peuvent demander réparation sont :

- ✓ Les militaires de carrière ;
- ✓ Les militaires engagés ;
- ✓ Les anciens militaires du contingent (c'est-à-dire les appelés jusqu'à la fin de l'année 2000) ;
- ✓ Les anciens combattants.

Ce droit est également ouvert aux personnes civiles victimes de guerre, c'est-à-dire :

- ✓ Les ressortissants français victimes d'actes de terrorisme perpétrés à l'étranger ;
- ✓ Les ressortissants français et étrangers victimes d'actes de terrorisme perpétrés sur le territoire français depuis le 1^{er} janvier 1982 ;
- ✓ Les victimes d'attentats ou de violences résultant de la guerre d'Algérie.

Et auparavant encore, les membres de la Résistance, les victimes des bombardements et les déportés et internés pour motifs raciaux ou politiques durant la Seconde Guerre mondiale.



À la différence des autres régimes d'invalidité, celui des militaires n'indemnise pas une incapacité au travail mais des infirmités résultant soit d'un événement de guerre, soit d'un accident survenu en service ou à l'occasion du service, soit d'une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du service.

Le taux d'invalidité

L'expertise médicale fixe le taux d'invalidité pour chaque infirmité en fonction d'un barème. Ainsi, pour pouvoir être prise en considération, une infirmité doit être au moins égale à 10 %.

En cas d'infirmités résultant de maladies associées à des blessures, la pension est accordée pour les maladies si le taux global d'invalidité atteint 30 %.



Lorsque la blessure d'un militaire l'empêche de reprendre son activité (l'armée appelle ça l'« inaptitude physique au service »), celui-ci reçoit une pension de retraite assortie d'une allocation versée par le Fonds de prévoyance militaire ou le Fonds de prévoyance de l'aéronautique (des

fonds d'assurance auxquels les militaires sont affiliés obligatoirement et alimentés par prélèvements sur leurs soldes). Le militaire inapte au service reçoit également, si nécessaire, des aides à la reconversion professionnelle. D'ailleurs, le ministère de la Défense peut recruter, par contrat comme personnel civil, un personnel militaire reconnu travailleur handicapé du fait de son accident.

En temps de paix, si les infirmités résultent uniquement de maladies, la pension n'est accordée que si l'invalidité atteint au moins 30 % (infirmité unique) ou 40 % (infirmités multiples).

Si la pension indemnise plusieurs infirmités, le calcul du taux global d'invalidité s'effectue selon la règle de la validité restante. Si l'infirmité la plus importante est d'un taux supérieur à 20 %, un suffixe croissant de 5 en 5 est affecté à chacune des autres infirmités. Si une infirmité atteint 100 %, les autres infirmités sont comptées en degrés, à raison d'un degré par tranche de 10 %.

Un degré a une valeur forfaitaire de 16 points d'indice, indépendamment du grade. Le catalogue des grades du régime des pensions militaires d'invalidité ne reprend pas toutes les évolutions d'échelon prévues par les statuts particuliers des militaires.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, le point d'indice des pensions militaires est égal à 13,72 € par an.



Le montant de la pension

Les pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont attribuées à l'initiative du ministère de la Défense. Elles sont accordées à titre temporaire lorsque les infirmités indemnisées ne sont pas médicalement incurables.

Les pensions peuvent être transformées en pensions définitives au bout de trois ans en cas de blessure ou neuf ans en cas de maladie.

Elles peuvent être révisées à tout moment en cas d'aggravation des infirmités pensionnées ou de nouvelles infirmités.

La pension principale

Lorsque le bénéficiaire est un militaire en activité ou une victime civile, le taux global d'invalidité correspond à un nombre de points d'indice de base. Lorsque le militaire est à la retraite, il varie en fonction du grade détenu en dernier lieu.

Les « accessoires » de pension

À la pension principale s'ajoutent des allocations spéciales correspondant à un nombre de points d'indice forfaitaire. Elles dépendent :

- ✓ Soit du pourcentage d'invalidité : au moins 85 % pour les allocations aux grands invalides ;
- ✓ Soit de la nature des infirmités : par exemple les allocations aux grands mutilés ;
- ✓ Soit de l'incapacité d'exercer une profession : par exemple l'allocation aux « implaçables » ;
- ✓ Soit de la nécessité d'avoir besoin de l'assistance constante d'une tierce personne : la majoration spéciale.

Les prélèvements fiscaux et sociaux sur les pensions d'invalidité

Les pensions d'invalidité sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf la « majoration forfaitaire pour tierce personne », qui reste exonérée d'impôts. Chaque début d'année, l'invalidé reçoit un relevé annuel indiquant le montant à déclarer à son centre d'imposition.

Les pensions d'invalidité sont également soumises aux prélèvements sociaux :

- ✓ 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- ✓ 6,6 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Les possibilités d'exonération sont les suivantes :

- ✓ L'invalidé n'est pas redevable de la taxe d'habitation : il est aussi exonéré de CSG et de CRDS ;
- ✓ L'invalidé est redevable de la taxe d'habitation, mais le montant de son impôt est inférieur à 61 € : la CSG ne sera prélevée sur sa pension qu'au taux de 3,8 % ;
- ✓ La pension d'invalidité est complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) : l'invalidé est exonéré d'imposition et de prélèvements sociaux ;
- ✓ L'invalidé ne réside pas fiscalement en France : il est également exonéré d'imposition et de prélèvements sociaux.

L'assurance décès des régimes obligatoires

L'assurance décès est gérée par les mêmes régimes que l'assurance invalidité, c'est-à-dire l'assurance maladie pour les salariés du secteur privé et les régimes de retraite pour les autres actifs. Elle peut être complétée de manière facultative par une assurance décès privée, voire par une assurance vie (voir chapitres 10 et 11).

L'assurance décès des salariés du secteur privé

En cas de décès d'un salarié durant sa période d'activité, un capital décès est ouvert à ses ayants droit (conjoint, partenaire de pacs, concubin et enfants). À une condition : que le salarié soit en activité durant les trois mois précédant son décès.

Toutefois, le capital décès est également ouvert si le salarié était :

- ✓ Au chômage, indemnisé par Pôle emploi (ou en fin d'indemnisation depuis moins d'un an, voire en situation de maintien de droits) ;
- ✓ Ou titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle, correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 %.



Les retraités du régime général n'ont pas droit au capital décès, sauf si, à la date du décès, ils remplissaient les conditions d'activité requises. Autrement dit, le capital décès est ouvert si le défunt était à la retraite depuis moins de trois mois. Les bénéficiaires du capital décès

Le capital décès est versé en priorité aux personnes qui étaient à la charge effective, totale et permanente de l'assuré, au jour de son décès. Si plusieurs personnes sont bénéficiaires prioritaires, le capital décès est versé suivant cet ordre :

- ✓ À son époux(se), même séparé(e), ou son partenaire de pacs, à condition d'être à charge ;
- ✓ Ou, à défaut, à ses enfants ;
- ✓ Ou, à défaut, aux ascendants (parents, grands-parents).



S'il y a plusieurs bénéficiaires prioritaires de même rang, comme plusieurs enfants, le capital décès est partagé entre chacun d'entre eux. Dans tous les cas, les bénéficiaires prioritaires disposent d'un délai maximal d'un mois, à compter de la date de décès, pour demander le capital décès.

S'il n'y a pas de bénéficiaire prioritaire, le capital décès est attribué à ses proches, même s'ils n'étaient pas à la charge totale et permanente du défunt. Dans cette hypothèse, l'ordre des priorités est le suivant :

- ✓ Le conjoint non séparé(e) ou le partenaire de pacs ;
- ✓ Ou, à défaut, les descendants ;
- ✓ Ou, à défaut, les ascendants.

Les bénéficiaires non prioritaires disposent d'un délai maximal de deux ans, à compter de la date de décès, pour demander le capital décès.

Le montant du capital décès des salariés

Le capital décès est égal aux trois derniers salaires mensuels de l'assuré décédé (soumis à cotisations sociales). Mais comme ils ne sont pris en compte que dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2885 € au 1^{er} janvier 2010), le capital décès ne peut pas dépasser 8655 € (au 1^{er} janvier 2010).

Il y a également un minimum, fixé à 346,09 € (au 1^{er} janvier 2010).

Le capital décès de la Sécurité sociale n'est soumis à aucune cotisation sociale ou fiscale ni à l'impôt sur les successions.



L'assurance décès du RSI

Dans le régime des artisans, commerçants et industriels, un capital est également prévu en cas de décès prématuré. Une particularité de ce régime est que le capital décès est également versé si l'assuré était à la retraite. Ce qui n'est pas le cas dans les autres secteurs d'activité.

Le défunt était encore en activité

Au décès d'un assuré cotisant au RSI ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, ses ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès, soit 6861,60 € en 2009.

Pour cela, le défunt devait :

- ✓ Être affilié au RSI et cotiser au régime à titre obligatoire ou volontaire au moment du décès ou être radié depuis moins de deux ans sans avoir repris une autre activité professionnelle entraînant une affiliation à un autre régime obligatoire de sécurité sociale ;
- ✓ Être à jour de toutes les cotisations vieillesse de base, complémentaire, invalidité et décès du RSI.

Le défunt était retraité du régime des artisans

Au décès d'un assuré retraité ou de son conjoint à charge à condition qu'il soit bénéficiaire d'un avantage versé par le régime artisan (majoration pour conjoint à charge...), ses ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 8 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès, soit 2 769,60 € en 2010.

Pour cela, le défunt devait avoir la qualité de retraité et :

- ✓ Avoir validé au moins 80 trimestres d'assurance dans le RSI en tant qu'artisan ;
- ✓ Avoir été affilié en dernier lieu aux AVA (l'ancienne caisse de retraite des artisans, disparue en 2006 avec la création du RSI). Cette condition n'est pas exigée pour les anciens artisans reconnus incapables d'exercer leur métier et ayant repris une autre activité professionnelle.



En plus du capital décès principal, un capital égal à 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 1 731 € en 2010, est versé aux enfants âgés de moins de 16 ans (au jour du décès de l'assuré) et aux enfants de plus de 16 ans, et de moins de 20 ans, poursuivant leurs études ou leur apprentissage.

Ce capital est également versé aux enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont bénéficiaires des allocations instituées en faveur des handicapés.



Le décès d'un retraité commerçant n'ouvre pas droit à un capital décès.

Les bénéficiaires

Le capital décès du RSI est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- ✓ Au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait ;
- ✓ À défaut, aux enfants à charge de plus de 16 ans, et de moins de 20 ans, poursuivant leurs études ou leur apprentissage, ou aux enfants bénéficiaires des allocations aux handicapés quel que soit leur âge ;
- ✓ À défaut, à toute personne (avec ou sans lien de parenté) se trouvant au jour du décès à la charge effective totale et permanente de l'assuré, à condition que ses ressources personnelles annuelles soient inférieures à 6 436,80 € ;
- ✓ À défaut, aux descendants autres que ceux mentionnés ci-dessus ;
- ✓ À défaut, aux ascendants.

S'il existe plusieurs bénéficiaires de même rang, le capital est réparti entre eux à parts égales.



Les commerçants conservent une particularité : dans leur régime, le capital décès est versé en priorité à toute personne avec ou sans lien de parenté avec le défunt, à deux conditions :

- ✓ Au jour du décès, il devait être à la charge effective totale et permanente de l'assuré;
- ✓ Ses ressources personnelles annuelles devaient être inférieures à 7 025,76 €.

Ces personnes sont bénéficiaires prioritaires et disposent d'un mois suivant le décès de l'assuré pour invoquer cette qualité. Après expiration de ce délai, le capital peut être attribué aux autres bénéficiaires : conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, ou descendants, ou ascendants.

L'assurance décès des professions libérales

Pour ces professions, de même que l'assurance invalidité, l'assurance décès dépend du régime de retraite auquel elles appartiennent.



Le capital versé est donc différent d'une profession libérale à l'autre.

Ainsi, il s'élève à :

- ✓ Pour les sages-femmes : 3 800 €;
- ✓ Pour les auxiliaires médicaux : 8 220 €;
- ✓ Pour les chirurgiens-dentistes : 8 490 €;
- ✓ Pour les avocats : 34 302 €;
- ✓ Pour les médecins : 38 000 €.

L'ordre des bénéficiaires prioritaires est en général le même que dans le régime général. À vérifier auprès de chaque caisse de retraite.

L'assurance décès des fonctionnaires civils

Les fonctionnaires bénéficient d'une assurance décès qui peut être complétée par des actions propres à chaque administration. Néanmoins, pour tous, le capital décès n'est versé qu'à condition que le défunt soit en activité au moment de son décès.

Le fonctionnaire titulaire en exercice

Ses ayants droit perçoivent alors un an de son salaire ainsi réparti : un tiers au conjoint non séparé de corps ni divorcé et deux tiers aux enfants de moins de 21 ans (ou handicapés sans limite d'âge).

De plus, chacun de ces enfants perçoit une majoration égale à 3/100 du traitement de l'indice brut 585 (650 €). Les enfants légitimes ou naturels reconnus, nés viables dans les 300 jours du décès, ne reçoivent que cette majoration.

En cas d'absence de conjoint et d'enfants, le capital peut être attribué aux ascendants du fonctionnaire s'ils étaient à sa charge lors du décès.

Par ailleurs, le capital décès et les majorations sont versés durant trois ans de suite, si le fonctionnaire est décédé à la suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions, d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou encore du sauvetage d'une ou plusieurs personnes.

Dans tous les cas, le capital décès versé aux fonctionnaires est exonéré d'impôt sur le revenu.



Le fonctionnaire était stagiaire en exercice

Dans ce cas, le capital décès s'élève à seulement trois mois de traitement du défunt. Le capital est versé en priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge du fonctionnaire. Si aucune priorité n'est invoquée dans le délai d'un mois, le capital est attribué :

- ✓ Au conjoint survivant non séparé de droit et de fait;
- ✓ À défaut, aux descendants;
- ✓ À défaut, aux ascendants.



Un décret en date du 20 novembre autorise dorénavant les partenaires de pacs à toucher le capital décès de leur compagnon fonctionnaire. Le texte impose néanmoins une condition de deux ans d'ancienneté de signature du pacs, une ancienneté qui n'est exigée que pour les fonctionnaires, y compris désormais ceux relevant de la fonction publique territoriale. Cette différence est fondée sur le fait que le capital décès des fonctionnaires s'élève à un an de salaire, alors que celui des salariés du régime général correspond à seulement trois mois de salaire.

L'assurance décès des militaires

En cas de décès du militaire en opération extérieure, le conjoint survivant, les enfants (ou à défaut les ascendants) bénéficient de plusieurs types d'aides.

Les aides à la famille

D'abord, une allocation de trois mois de solde est versée, à compter du premier jour du mois suivant le décès. Une « délégation de solde d'office », égale à 50 % de la solde, est ensuite versée pendant trois ans.

Parallèlement, le capital décès s'élève à une année de solde de base du militaire décédé. Il est versé durant trois années de suite.

En outre, le veuf ou la veuve touche une pension de réversion, égale à 50 % de la pension qu'aurait obtenue le militaire s'il avait pu prendre sa retraite. Elle est aussi versée à chaque orphelin de moins de 21 ans, à hauteur de 10 % de la retraite de leur parent décédé.

Enfin, la famille reçoit une pension de réversion au titre de l'invalidité, ainsi qu'une allocation du Fonds de prévoyance militaire ou du Fonds de prévoyance de l'aéronautique (voir pages précédentes).



Les veuves de militaires et de personnels civils décédés en activité peuvent aussi être recrutées par le ministère de la Défense comme adjoint administratif (fonctionnaire civil de la défense de catégorie C).

La protection particulière des enfants

La protection particulière concerne les enfants d'un militaire décédé en temps de paix, durant l'exécution d'une mission comportant des risques particuliers ou au cours de manœuvres ou d'exercices préparant au combat. Ainsi, ils bénéficient :

- ✓ De bourses d'études ;
- ✓ D'une exonération des droits d'examen ou des droits de scolarité ;
- ✓ Ou d'une aide financière spéciale en vue de contribuer à leur éducation et à leur entretien.



Cette protection est accordée par jugement du tribunal de grande instance.

Les pupilles de la Nation

Le statut de pupille de la Nation concerne les enfants dont un parent est décédé à la suite de faits de guerre ou d'opérations assimilées (par exemple la lutte contre le terrorisme), ou encore d'opérations de maintien de l'ordre.

La qualité de pupille de la Nation est reconnue par le tribunal de grande instance du lieu de domicile. Elle confère à l'enfant qui en bénéficie le droit à une protection supplémentaire et à un soutien matériel et moral de l'État,

Cette protection permet, par exemple, de percevoir des aides :

- ✓ Subventions scolaires et universitaires ;
- ✓ Aides médicales ;
- ✓ Aide aux vacances ;
- ✓ Exonération du paiement des droits de scolarité ;

- ✓ Subvention à la conduite de projets ;
- ✓ Accès aux écoles de reconversion professionnelles de l'Onac ;
- ✓ Prêt d'installation professionnelle.

C'est l'Office national des anciens combattants (Onac) qui gère les aides aux pupilles de la Nation.

Chapitre 16

L'assurance chômage obligatoire des salariés

Dans ce chapitre :

- Les salariés concernés
 - Le calcul des allocations chômage
 - Les allocations de préretraite
 - Les allocations de solidarité
-

Contrairement à toutes les autres assurances sociales, l'assurance contre la perte d'emploi n'est pas une obligation légale pour tous les actifs. Elle ne l'est que pour les salariés du secteur privé et pour les salariés sous contrat public. Les travailleurs indépendants peuvent s'assurer, mais pour eux ce n'est qu'une option privée et facultative. Les possibilités d'assurance chômage volontaire sont étudiées au chapitre 13.

Les salariés concernés

Les salariés qui doivent obligatoirement être couverts contre le risque de chômage sont les travailleurs qui ont signé un contrat de travail avec un employeur du secteur privé ou du secteur public.



Le contrat de travail est caractérisé par trois éléments : le salarié fournit un travail ou une prestation de service. Il est rémunéré pour cela par son employeur. Et, surtout, un lien de subordination juridique permet à l'employeur de diriger ou de contrôler le salarié. Cela exclut les dirigeants salariés et les mandataires sociaux.

Dans le secteur privé

L'assurance chômage concerne tous les salariés français et étrangers qui travaillent :

- ✓ En France, c'est-à-dire en métropole, dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- ✓ Quels que soient le statut, l'activité et la nationalité de l'employeur : entreprises et associations du commerce, de l'industrie, de l'artisanat, des services et de l'agriculture ;
- ✓ Quelles que soient la nature et la durée de leur contrat de travail : indéterminée, déterminée, intérim ou saisonnier.

L'affiliation des salariés du secteur privé est obligatoire, non seulement pour les salariés exerçant leur activité en France, mais également pour les salariés détachés à l'étranger par leur employeur. Autres salariés obligatoirement affiliés, les salariés expatriés, dans la mesure où ils ont été engagés en France et sont de nationalité française, suisse, ou ressortissants d'un pays de l'Espace économique européen. Les autres salariés expatriés peuvent être affiliés au régime d'assurance chômage, mais cette fois seulement à titre facultatif.



Le régime d'assurance chômage des salariés n'est pas ouvert (même volontairement) aux artisans, commerçants, chefs d'exploitation agricole, professions libérales, et conjoints de chefs d'entreprise, sauf s'ils sont régulièrement salariés.

De même, les mandataires de société en tant que tels ne sont pas affiliés à l'assurance chômage des salariés, sauf s'ils cumulent cette fonction avec une véritable fonction salariée.

Les salariés du secteur public

Les salariés sous contrat public doivent aussi être assurés contre la perte de leur emploi. Ce sont :

- ✓ Les agents non fonctionnaires de la fonction publique d'État, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière ;
- ✓ Les agents non fonctionnaires des établissements publics administratifs de l'État : par exemple les salariés de Pôle emploi lui-même (qui gèrent le chômage), ceux de l'Acoess (Agence de gestion de la Sécurité sociale), ceux du CNRS, des Crous et de toutes agences nationales (Anah, Anact, Anil, etc.) ;

- ✓ Les agents non titulaires des collectivités territoriales : stagiaires, auxiliaires, contractuels ;
- ✓ Les agents statutaires des autres établissements publics administratifs ;
- ✓ Les agents non statutaires des établissements publics administratifs autres que ceux de l'État et ceux des chambres consulaires ;
- ✓ Les agents non statutaires des groupements d'intérêt public (GIP) ;
- ✓ Les salariés des entreprises nationales à caractère industriel ou commercial et des entreprises dans lesquelles l'État ou des entreprises nationales détiennent 30 % du capital social (par exemple EDF, GDF, SNCF, RATP, Air France, Aéroports de Paris...) ;
- ✓ Les salariés des sociétés d'économie mixte dans lesquelles les collectivités territoriales ont une participation majoritaire ;
- ✓ Les salariés relevant des établissements publics à caractère administratif (EPA), à caractère industriel et commercial (Epic), des collectivités locales (Opac, offices de tourisme...) ;
- ✓ Les salariés non statutaires des chambres des métiers, des services à caractère industriel ou commercial gérés par les chambres de commerce et d'industrie, et des chambres d'agriculture ;
- ✓ Les salariés des établissements et services d'utilité agricole des chambres agricoles.

Le montant des allocations chômage

C'est le règlement de l'assurance chômage qui fixe le mode de calcul de l'indemnisation des chômeurs. Il est établi par convention entre les partenaires sociaux, le patronat et les syndicats.



Depuis la création de l'assurance chômage en 1958, la convention relative à l'indemnisation du chômage a été renégociée régulièrement pour s'adapter aux évolutions du marché du travail. La dernière en date, la treizième, a été conclue le 19 février 2009. Elle est entrée en application le 1^{er} avril 2009.

Vous pouvez la consulter sur www.unedic.fr, le site de l'Union nationale pour l'emploi de l'industrie et du commerce (Unedic), association loi 1901 dirigée par les partenaires sociaux et chargée de la gestion de l'assurance chômage des salariés.

L'allocation de retour à l'emploi (ARE)

C'est l'allocation chômage principale, que quiconque touche lorsqu'il perd involontairement son emploi. L'ARE est versée par Pôle emploi, la nouvelle institution chargée de la recherche d'emploi depuis la fusion, en 2008, de l'ANPE et des Assedic.

La durée d'affiliation

Pour toucher des allocations chômage, il faut d'abord avoir versé des cotisations durant une certaine période, en deçà de laquelle aucune prise en charge n'est possible. C'est ce qu'on appelle la « période d'affiliation ». Elle correspond à des périodes d'emploi, accomplies dans une ou plusieurs entreprises entrant dans le champ d'application du régime d'assurance chômage.

Pour avoir droit à une prise en charge, il faut avoir travaillé au moins quatre mois, au cours d'une période qui dépend de l'âge du salarié.

Tableau 16-1 : Les conditions d'affiliat

<i>Âge du chercheur d'emploi</i>	<i>Affiliation minimale</i>	<i>Période de référence</i>
Moins de 50 ans	122 jours ou 610 heures	Au cours des 28 mois qui précèdent la fin du contrat de travail (fin du préavis)
50 ans et plus	122 jours ou 610 heures	Au cours des 36 mois qui précèdent la fin du contrat de travail (fin du préavis)

Les personnes qui ne remplissent pas cette durée minimale d'affiliation n'ont donc pas droit au versement d'allocations chômage. En revanche, elles peuvent tout de même s'inscrire à Pôle emploi : l'aide à la recherche d'emploi n'est en effet soumise à aucune condition. Elle s'adresse à tout le monde, quelle que soit l'activité précédente, y compris aux personnes qui n'ont encore jamais travaillé.



Si vous avez travaillé entre deux et quatre mois, une prime de 500 € est mise en place depuis le 1^{er} avril 2009.

Les autres conditions pour être indemnisé

Outre la durée d'affiliation, pour toucher des allocations chômage, il faut :

- ✓ S'inscrire au chômage, c'est-à-dire effectuer les démarches d'inscription à Pôle emploi ;
- ✓ Être à la recherche effective et permanente d'un emploi : si l'allocataire ne cherche pas activement un travail, ses allocations peuvent être suspendues, voire supprimées ;
- ✓ Être âgé de moins de 60 ans, l'âge officiel de la retraite. Néanmoins, si à 60 ans l'allocataire n'a pas acquis assez de trimestres de retraite pour avoir droit au calcul de sa pension à taux plein, il reste indemnisé par l'assurance chômage, au plus tard jusqu'à l'âge de 65 ans (le calcul des retraites est étudié au chapitre suivant) ;
- ✓ Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi : les personnes déclarées inaptes sont prises en charge non par l'assurance chômage mais par l'assurance invalidité (étudiée au chapitre précédent) ;
- ✓ Être en situation de chômage involontaire : les allocations chômage sont réservées aux personnes licenciées (y compris pour faute) ou en fin de contrat à durée déterminée. La démission n'autorise pas l'indemnisation, au moins dans un premier temps. En revanche, après une rupture amiable du contrat de travail, l'indemnisation par l'assurance chômage est possible ;
- ✓ Résider sur le territoire relevant du champ d'application du régime d'assurance chômage : les allocations chômage françaises ne sont pas versées à l'étranger, sauf quelques mois dans les autres pays européens, mais les possibilités sont très réduites.



Chaque mois, l'allocataire doit aussi confirmer qu'il est toujours à la recherche active d'un emploi. S'il oublie d'effectuer cette démarche, il risque la radiation. À noter aussi que l'ARE est cumulable pendant un certain temps avec une reprise d'emploi à temps partiel. Renseignements auprès de Pôle emploi.

Démission et droit aux allocations chômage

La démission est une perte volontaire d'emploi. À ce titre, elle n'est pas prise en charge par l'assurance chômage. Au moins au début.



Après une démission, il faut attendre quatre mois pour demander à Pôle emploi le réexamen de votre situation. Si vos efforts de reclassement ont été sérieux, des allocations chômage peuvent alors vous être attribuées.

Néanmoins, le règlement de l'assurance chômage énumère une dizaine de situations dans lesquelles le salarié est considéré comme contraint à la démission. Dans ce cas, sa perte d'emploi est jugée involontaire et il a droit au versement d'allocations chômage tout de suite après son inscription.

Ces situations sont les suivantes :

- ✓ Devoir suivre son conjoint ou concubin qui change de résidence pour un motif professionnel (par exemple une mutation) ;
- ✓ Se marier ou conclure un pacs, entraînant un changement de résidence. Dans ce cas, le délai entre la démission et le mariage ou le pacs ne doit pas dépasser deux mois ;
- ✓ Devoir suivre ses parents qui déménagent (pour les salariés de moins de 18 ans) ;
- ✓ Changer de résidence à la suite d'actes de violence conjugale (dépôt de plainte à l'appui) ;
- ✓ Démissionner durant la période d'essai d'un contrat qui fait suite lui-même à un licenciement ou à une fin de CDD. Pour que cette démission soit indemnisée, la période d'essai ne doit pas excéder 91 jours ;
- ✓ Démissionner pour reprendre un CDI, mais l'employeur y met fin durant la période d'essai (et avant l'expiration d'un délai de 91 jours). Dans ce cas, le salarié démissionnaire peut toucher des allocations chômage s'il a travaillé précédemment sans interruption durant trois ans ou plus ;
- ✓ Démissionner dans le cadre d'un contrat « de couple » ou indivisible (comme des gardiens de résidence) : par exemple l'un part à la retraite ou est licencié, l'autre a le droit de démissionner et de toucher des allocations chômage ;
- ✓ Quitter un emploi repris en cours d'indemnisation, parce qu'il ne permet pas d'ouvrir une nouvelle période d'affiliation à l'assurance chômage ;
- ✓ Quitter un contrat aidé (CIE, CI-RMA etc.) pour signer un CDI, un CDD d'au moins six mois ou pour suivre une formation qualifiante ;
- ✓ Quitter un contrat d'insertion, un contrat emploi-jeune, un contrat emploi-solidarité. Dans ce cas, la démission doit être justifiée par une reprise d'emploi ou une entrée en formation ;
- ✓ Quitter une entreprise qui ne verse plus les salaires : dans ce cas, il faut avoir obtenu une ordonnance de référé du conseil de prud'hommes, condamnant l'employeur à verser les rémunérations ;
- ✓ Quitter une entreprise à la suite d'actes délictueux dont on est victime, à l'occasion de l'exécution de son contrat de travail (dépôt de plainte à l'appui) ;

- ✓ Pour les journalistes, faire jouer la clause de conscience : les journalistes ont le droit de refuser de rédiger des articles après un « changement notable dans le caractère ou l'orientation du journal » ;
- ✓ Démission pour effectuer une ou plusieurs missions de volontariat pour la solidarité internationale d'au moins un an ;
- ✓ Démission pour créer ou reprendre une entreprise : le salarié a démissionné, son activité a donné lieu aux formalités de publicité requises par la loi, puis a dû cesser pour des raisons indépendantes de sa volonté. L'assurance chômage l'indemnise au titre de la perte de sa précédente activité salariée.

Le montant de l'allocation de retour à l'emploi



L'allocation de retour à l'emploi (ARE) est calculée à partir des anciens salaires du demandeur d'emploi, primes comprises.

Les indemnités de licenciement et les indemnités compensatrices de congés payés ne sont pas intégrées au salaire de référence.

Compte tenu de l'activité du salarié (temps plein, temps partiel, travail saisonnier), Pôle emploi calcule un salaire journalier de référence (SJR), qui sert de base au calcul de l'allocation chômage journalière.

Depuis le 1^{er} juillet 2009, les allocataires perçoivent une allocation chômage brute égale au plus élevé des deux montants suivants :

- ✓ 40,4 % du salaire journalier de référence (SJR) + 11,04 € par jour ;
- ✓ 57,4 % du salaire journalier de référence.

Dans tous les cas, le montant obtenu ne peut être inférieur à 26,93 € brut par jour (au 1^{er} juillet 2009), ni dépasser 75 % du SJR.

Pour les allocataires effectuant une formation, le seuil minimal de l'allocation de retour à l'emploi est fixé à 19,30 €.



Si le salaire mensuel est inférieur à 1 066 €, ce qui correspond à un SJR inférieur ou égal à 35,01 €, le demandeur d'emploi perçoit une allocation égale à 75 % de son salaire brut antérieur.

Les cotisations fiscales et sociales sur les allocations chômage

Les allocations chômage sont soumises à l'impôt sur le revenu. Chaque début d'année, Pôle emploi informe les allocataires des sommes à indiquer sur leur déclaration de revenus.



Comme les salaires, les allocations chômage sont également saisissables en cas de dette.

Par ailleurs, trois types de retenue peuvent être prélevés :

- ✓ 6,2 % de CSG sur 97 % de l'allocation brute ;
- ✓ 0,5 % de CRDS sur 97 % de l'allocation brute ;
- ✓ 3 % du salaire journalier de référence (SJR) est prélevé pour la retraite complémentaire, sauf si ce prélèvement ramène l'allocation journalière en dessous de 26,93 €.

Cependant, les prélèvements ne peuvent porter l'allocation journalière en deçà d'un montant minimal, fixé à 44 €.



Les allocations d'assurance chômage sont exonérées de cotisation maladie, à l'exception de l'Alsace-Moselle qui en prélève au taux de 1,6 %, sauf sur les faibles revenus (le régime d'Alsace-Moselle est étudié au chapitre 13).

Ces cotisations sociales permettent aux allocataires d'être entièrement couverts, durant leur période de chômage, pour leurs autres risques sociaux : maladie, maternité, invalidité, décès, retraite. En revanche, durant une période de chômage indemnisé, on ne cotise pas au chômage. Ce n'est donc pas une période d'affiliation.

La durée d'indemnisation

Elle dépend de l'âge de l'allocataire et de ses périodes de travail. Depuis le 2 avril 2009, elle est égale à la durée d'affiliation :

Tableau 16-2 : Durées d'indemnisation (pour les fins de contrat de travail à compter du 2 avril 2009)

<i>Durée d'indemnisation</i>	<i>Pour les moins de 50 ans</i>	<i>Pour les 50 ans et plus</i>
Durée minimale	Égale à la durée d'affiliation 122 jours au minimum	Égale à la durée d'affiliation 122 jours au minimum
Durée maximale	730 jours (24 mois)	1 095 jours (36 mois)



Les allocations chômage sont versées chaque mois, à terme échu. Le paiement s'effectue en début de mois et inclut le nombre de jours du mois précédent. Par exemple, pour le mois d'avril, vous percevrez 30 jours, pour le mois de février 28 jours ou 29 jours selon l'année, pour le mois de juillet 31 jours.

Les autres allocations chômage

L'allocation de retour à l'emploi n'est pas la seule allocation chômage possible. D'autres situations permettent de toucher d'autres types d'indemnisation.

La prime de 500 €

Dans le cadre du plan de relance, depuis le 1^{er} avril 2009, Pôle emploi gère pour le compte de l'État une prime exceptionnelle de 500 € versée aux salariés qui perdent involontairement leur emploi entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010.

Pour avoir droit à cette prime, ces salariés doivent :

- ✓ Résider sur le territoire national : métropole, départements d'outre mer, ainsi que Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- ✓ Justifier d'une période d'activité salariée minimale de 305 heures et maximale de 610 heures de travail :
 - Au cours des 28 mois précédant la fin du contrat de travail pour les salariés de moins de 50 ans,
 - Ou au cours des 36 mois pour les salariés de plus de 50 ans ;
- ✓ Avoir perdu involontairement leur emploi ;
- ✓ Être déclarés aptes à exercer un emploi ;
- ✓ Être en situation régulière, leur permettant d'accéder au marché du travail ;
- ✓ Ne pas pouvoir bénéficier des allocations chômage ;
- ✓ Ne pas avoir déjà perçu la prime : celle-ci n'est versée qu'une seule fois.

L'allocation équivalent retraite

L'allocation équivalent retraite (AER) assure, jusqu'à 60 ans, un minimum de ressources aux personnes qui, avant 60 ans, totalisent 160 trimestres d'assurance vieillesse et plus.

Cette allocation est réservée aux salariés qui ont commencé à travailler très tôt, et qui pourraient toucher une retraite plus confortable. Néanmoins, n'ayant pas atteint l'âge de la retraite, c'est-à-dire 60 ans, elles doivent attendre. L'AER leur permet de « patienter ».



L'AER avait été supprimée à compter du 1^{er} janvier 2009. Les personnes qui en bénéficiaient à cette date continuaient à la percevoir jusqu'à épuisement de leurs droits. Toutefois, compte tenu de l'instabilité du marché du travail depuis le début de l'année 2009, l'AER a été rétablie jusqu'à la fin 2009.

L'allocation de préretraite licenciement

L'allocation de préretraite licenciement est financée par l'État avec la participation de l'employeur, du salarié et de l'assurance chômage. Elle est versée aux personnes de 57 ans et plus dont l'entreprise a conclu avec l'État une convention d'allocations spéciales du Fonds national de l'emploi.

La préretraite licenciement concerne les salariés de 57 ans ou plus (56 ans à titre exceptionnel) dont l'employeur a passé une convention d'allocations spéciales du Fonds national de l'emploi (ASFNE) avec la Direction départementale du travail.

Dans le cadre d'un plan social comprenant des licenciements pour motif économique, l'employeur propose aux salariés concernés d'adhérer à cette convention.

Ceux qui y adhèrent perçoivent alors un revenu mensuel versé par Pôle emploi et garanti jusqu'à leur retraite. En contrepartie, ils doivent participer au financement de la préretraite.



Depuis 2005, dans le cadre de la politique d'emploi en faveur des seniors, les pouvoirs publics tendent à restreindre les dispositifs de préretraite. Ainsi, les entreprises ne peuvent plus signer de convention de préretraite progressive (dans laquelle le salarié cessait progressivement son activité). En outre, pour les préretraites « maison », entièrement autofinancées par les entreprises, depuis le 11 octobre 2007, celles-ci doivent payer une contribution égale à 50 % de tous les avantages versés au moment du départ du salarié. Quant aux salariés en préretraite d'entreprise depuis cette même date, la CSG prélevée sur leur allocation de préretraite est passée de 6,6 % à 7,5 %.

Les conditions de la préretraite licenciement

Pour pouvoir adhérer à une convention de préretraite du FNE, il faut remplir un certain nombre de conditions, notamment d'âge et de durée de travail :

- ✓ Être âgé d'au moins 57 ans à la fin du contrat de travail (56 ans dans le cadre d'un accord particulier) ;
- ✓ Justifier, à la fin du contrat de travail, avoir appartenu pendant dix ans à un ou plusieurs régimes de sécurité sociale au titre d'emplois salariés, dont une année continue d'appartenance à l'entreprise signataire de la convention ;
- ✓ La fin du contrat de travail doit se situer dans la durée de validité de la convention ;
- ✓ Pour les personnes âgées de 60 ans : ne pas justifier du nombre de trimestres exigés pour bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- ✓ Ne plus exercer d'activité professionnelle ;
- ✓ Adhérer personnellement à la convention.

La participation au financement des préretraites

Les préretraités doivent participer au financement des préretraites. Cette participation est égale à la différence entre :

- ✓ Leur indemnité conventionnelle de licenciement ;
- ✓ Et la part de cette somme correspondant à une indemnité de départ à la retraite (celle-ci doit être au moins du même niveau que l'indemnité de licenciement prévue par la loi).

Toutefois, cette contribution ne peut pas excéder :

- ✓ 40 fois le salaire journalier moyen pour les salariés licenciés à 57 ans ou plus ;
- ✓ 45 fois pour les salariés licenciés à 56 ans.

Exemple pour un licenciement à 57 ans :

- ✓ Indemnité conventionnelle : 7 622,45 € ;
- ✓ Salaire journalier moyen : 60,98 € ;
- ✓ Indemnités de départ à la retraite : 3 048,98 €.
- ✓ Participation du salarié : $7\,622,45\,€ - 3\,048,98\,€ = 4\,573,47\,€$.
- ✓ Limite de 40 fois le salaire journalier de référence : $40 \times 60,98\,€ = 2\,439,18\,€$.
- ✓ La participation du salarié est donc limitée à 2 439,18 €.



Le revenu garanti jusqu'à la retraite

Le revenu garanti consiste en une allocation mensuelle brute égale à :

- ✓ 65 % du salaire, dans la limite du plafond de Sécurité sociale (2 859 € au 1^{er} janvier 2009) ;
- ✓ 50 % au-delà, dans la limite du plafond du salaire déterminé par Pôle emploi.



Le montant de l'allocation mensuelle ne peut être inférieur à 883,80 € avec un plafond fixé à 85 % de l'ancien salaire.

L'allocation est calculée à partir des salaires bruts, y compris les indemnités de 13^e mois, les primes, les gratifications des 12 mois civils précédant le dernier jour de travail payé. Seules les rémunérations soumises aux contributions d'assurance chômage sont intégrées, dans la limite de deux fois les plafonds mensuels de Sécurité sociale applicables au cours de la période de 12 mois.

Le dispositif Cats

L'adhésion au dispositif de cessation d'activité des travailleurs salariés (Cats) permet à certains salariés de cesser leur activité à partir 55 ans. Il s'agit de ceux qui connaissent des difficultés d'adaptation aux nouvelles technologies ou qui, au cours de leur carrière professionnelle, ont eu à accomplir des travaux pénibles.

Ils perçoivent une allocation et bénéficient d'une protection sociale jusqu'à la retraite. L'employeur en assure le financement, l'État pouvant participer au financement des allocations versées à partir de 57 ans.



Mis en place en 2000, le dispositif Cats est ouvert si un accord national de branche sur la cessation d'activité a été signé. Cependant, toujours dans le cadre de la réduction des dispositifs de préretraite, aucun nouvel accord de branche ne peut plus être conclu depuis 2005. Mais les entreprises peuvent continuer à conclure des préretraites Cats, dans le cadre des accords nationaux existants. À noter que l'accord de branche UIMM (métallurgie), principal pourvoyeur du dispositif, a lui aussi expiré le 28 février 2005.

Les salariés concernés

Pour avoir accès au dispositif Cats, le salarié doit y adhérer volontairement mais aussi remplir les conditions suivantes :

- ✓ Être âgé de 55 ans au minimum au moment de son adhésion ;
- ✓ Être salarié de l'entreprise de façon continue depuis au moins un an ;

- ✓ Avoir effectué 15 ans de travail en équipes successives ou à la chaîne, ou un travail habituel sur la base de 200 nuits et plus par an, durant 15 ans ;
- ✓ Ou avoir le statut de travailleur handicapé à la date de la signature de l'accord et compter au moins dix ans d'affiliation à un régime salarié de sécurité sociale ;
- ✓ Ne pas pouvoir prétendre à une retraite à taux plein ;
- ✓ Ne pas exercer d'autre activité professionnelle.

De son côté, l'entreprise doit avoir mis en place des dispositions relatives à la gestion prévisionnelle de l'emploi, au développement des compétences des salariés et à leur adaptation à l'évolution de leur emploi.



L'employeur peut demander aux salariés âgés de moins de 57 ans de reprendre le travail. En revanche, au-delà de 57 ans, il ne peut pas rappeler un salarié, qui est alors totalement dispensé d'activité professionnelle.

En adhérant au dispositif Cats, le salarié ne rompt pas son contrat de travail, il le suspend seulement. Cette suspension prend effet le premier jour du mois civil qui suit l'adhésion. Un avenant au contrat de travail doit être signé.

Le revenu garanti jusqu'à la retraite

Le revenu garanti consiste en une allocation mensuelle brute égale à :

- ✓ 65 % du salaire brut, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (2859 € au 1^{er} janvier 2009) ;
- ✓ 50 % du salaire de référence pour la part de ce salaire compris entre une et deux fois ce même plafond.



Certains accords peuvent prévoir un revenu supérieur. Mais l'assiette de participation de l'État ne peut dépasser les pourcentages de 65 % et 50 % du salaire.

L'allocation est calculée à partir des salaires bruts (y compris les indemnités de 13^e mois, les primes, les gratifications) des 12 mois civils précédant le dernier jour de travail payé.

Seules les rémunérations soumises aux cotisations d'assurance chômage sont intégrées.

Tableau 16-3 : Exemples de calcul de l'allocation

<i>Salaire brut</i>	<i>Calcul</i>	<i>Allocation Cats</i>
1 525 €	65 % de 1 525 €	soit 991,25 €
3 000 €	65 % de 2 859 € + 50 % de 141 € (3 000 € - 2 859 € = 141 €)	soit 1 928,85 €
5 800 € plafonnés à 5 364 €	Allocation = 65 % de 2 859 € + 50 % de 2 859 €	soit 3 287,85 €

La participation de l'État

L'État ne peut s'engager que si la période pendant laquelle les salariés peuvent adhérer aux mesures ne dépasse pas cinq ans. Et dans ce cadre la participation n'intervient qu'à compter du 57^e anniversaire de l'adhérent.

Tableau 16-4 : Les taux de prise en charge de l'État au dispositif Cats

<i>Âge</i>	<i>Taux</i>
55 ans	20 %
56 ans	35 %
57 ans et plus	50 %



La participation est suspendue en cas de reprise d'activité pendant le ou les mois de travail repris.

Les allocations de solidarité

Pour les chômeurs qui ne peuvent pas ou plus toucher d'indemnisation d'aucune sorte, un dispositif de solidarité est prévu par l'État. Le terme de « solidarité » signifie que l'aide n'est pas liée au versement de cotisations d'assurance chômage. Mais, comme elle s'adresse aux assurés de ce régime, c'est Pôle emploi qui est chargé de sa gestion et de son attribution.



Aucune démarche spécifique n'est à effectuer : dès que l'allocataire se trouve en fin de droits, Pôle emploi lui adresse directement les imprimés nécessaires à la constitution du dossier de demande.

L'allocation de solidarité spécifique

Les demandeurs d'emploi qui arrivent au terme de leur allocation de retour à l'emploi (ARE) peuvent bénéficier de l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

Il y a néanmoins plusieurs conditions à remplir :

- ✓ Être à la recherche effective d'un emploi ;
- ✓ Justifier de cinq ans d'activité salariée dans les dix ans précédant la fin du contrat de travail ;
- ✓ Ne pas dépasser un plafond de ressources de 1 047,20 € pour une personne seule et de 1 645,60 € pour un couple.

L'allocation varie en fonction des ressources mensuelles, calculées à partir des sommes perçues au cours des 12 mois civils qui précèdent le dernier jour indemnisé en allocation d'aide au retour à l'emploi.

Toutes les ressources personnelles déclarées à l'administration fiscale (y compris les revenus mobiliers et immobiliers) plus celles du conjoint ou concubin ou de la personne avec laquelle un pacs a été conclu sont prises en compte.

Sont exclues les prestations familiales et l'allocation logement, la prime exceptionnelle et forfaitaire de retour à l'emploi, la pension alimentaire ou la prestation compensatoire versée par le demandeur d'emploi.



Tableau 16-5 : L'ASS pour une personne seule

Ressources mensuelles	Allocation mensuelle
De 0 à 598,40 €	448,80 €
De 598,40 à 1 047,20 €	Allocation différentielle égale à : 1 047,20 € moins les ressources
1 047,20 € et au-delà	Pas d'allocation

Tableau 16-6 : L'ASS pour un couple

Ressources mensuelles	Allocation mensuelle
De 0 € à 1 196,80 €	448,80 €
De 1 196,80 € à 1 645,60 €	Allocation différentielle : 1 645,60 € moins les ressources
1 645,60 € et au-delà	Pas d'allocation



L'allocation de solidarité fonctionne par périodes de six mois renouvelables. Les personnes de 55 ans ou plus peuvent être dispensées de recherche d'emploi. Dans ce cas, leur situation est examinée annuellement. L'ASS est aussi cumulable avec une reprise partielle d'emploi.

L'allocation temporaire d'attente

L'allocation temporaire d'attente (ATA) a remplacé l'ancienne allocation d'insertion le 16 novembre 2006. Elle est versée :

- ✓ Aux anciens détenus libérés s'ils ont été internés au moins deux mois et sont inscrits comme demandeurs d'emploi ;
- ✓ Aux salariés expatriés inscrits comme demandeurs d'emploi lors de leur retour en France, s'ils ne peuvent pas prétendre à une allocation d'assurance chômage. Pour avoir droit à l'ATA, ils doivent avoir travaillé au moins 182 jours dans les 12 mois précédant la fin de leur contrat de travail, à l'étranger ou en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna, à Mayotte ou encore en Terres australes et antarctiques françaises (Taaf) ;
- ✓ Aux demandeurs d'asile, pendant la durée d'instruction de leur demande par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra). L'ATA est versée jusqu'à l'obtention ou le refus définitif du statut de réfugié ;
- ✓ Aux apatrides et aux victimes étrangères de la traite des êtres humains ;
- ✓ Aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, accordée aux personnes qui ne remplissent pas les conditions d'octroi du statut de réfugié mais sont exposées à des menaces graves dans leur pays ;
- ✓ Aux bénéficiaires de la protection temporaire (un dispositif exceptionnel instauré au niveau communautaire destiné aux personnes qui fuient massivement leur pays à cause d'une guerre ou de violences répétées).

Au 1^{er} janvier 2009, l'allocation temporaire d'attente s'élève à 10,54 € par jour. Pour en bénéficier, la personne doit justifier de ressources mensuelles inférieures ou égales au RMI.

Tableau 16-7 : Plafond de ressources de l'ATA (montant du RMI au 01/01/2009)

Nombre d'enfants	Personne seule	En couple
0	454,63 €	681,95 €
1	591,02 €	818,34 €
2	727,41 €	954,73 €
Par enfant supplémentaire	+ 181,85 €	+ 181,85 €



Les ressources prises en compte sont celles de l'intéressé et de son conjoint (hors prestations familiales, allocations d'assurance ou de solidarité...). Un contrôle des ressources est effectué au bout de six mois.

L'ATA n'est pas soumise à la CSG ni à la CRDS. L'allocation est en revanche soumise à l'impôt sur le revenu.

L'ATA est versée au maximum pour 12 mois. Cependant, pour les demandeurs d'asile, le versement est renouvelé tous les mois tant que la procédure de reconnaissance de la qualité de réfugié n'a pas abouti (octroi ou refus définitif) et qu'ils continuent de remplir les conditions de séjour et d'hébergement.

Chapitre 17

L'assurance retraite des régimes obligatoires

Dans ce chapitre :

- ▶ L'assurance retraite des salariés de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture
- ▶ La retraite des indépendants : industriels, commerçants, artisans, professions libérales
- ▶ L'assurance retraite des agriculteurs
- ▶ Le régime des fonctionnaires

En France, l'assurance retraite est gérée par plusieurs dizaines d'institutions et de caisses différentes, pour certaines plus que centenaires. L'ensemble du système repose sur quelques grands principes, que les différentes réformes intervenues ces dernières années tentent de préserver :

- ✓ Le financement du régime est assuré par des cotisations prélevées sur les revenus de l'activité professionnelle;
- ✓ La répartition est préférée à la capitalisation : les cotisations des actifs financent directement les pensions des retraités;
- ✓ Une solidarité est maintenue entre tous les régimes de retraite obligatoires par le biais de la « compensation démographique »;
- ✓ Un régime de retraite complémentaire par points est géré par des caisses indépendantes, liées aux différentes branches d'activité.

Tableau 17-1 : Les régimes de retraite français selon les professions

Activités professionnelles	Régimes de retraite
Salariés de l'industrie, du commerce et des services : employés, ouvriers et agents de maîtrise	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraite complémentaire Arrco
Salariés cadres de l'industrie, du commerce et des services	<i>Idem</i> + 2 ^e retraite complémentaire Agirc
Artistes auteurs d'œuvres originales	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraite complémentaire : Institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création (Irccec)
Personnels navigants de l'aéronautique civile	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraite complémentaire : Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC)
Salariés non cadres de l'agriculture	Régime de base : Mutualité sociale agricole (MSA) + régime complémentaire Arrco
Cadres de l'agriculture	<i>Idem</i> + 2 ^e retraite complémentaire Agirc
Exploitants agricoles non salariés	Retraite de base + retraite complémentaire : Mutualité sociale agricole (MSA)
Commerçants et industriels indépendants	Retraite de base + retraite complémentaire : RSI
Artisans indépendants	Retraite de base + retraite complémentaire : RSI
Professions libérales (sauf avocats)	Retraite de base : Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) + retraite complémentaire propre à chaque profession (11 caisses différentes, voir tableau suivant)
Avocats	Caisse nationale des barreaux français (CNBF)
Clercs et employés de notaires	Caisse de retraite des clercs et employés de notaires (CRPCEN)

Tableau 17-1 : Les régimes de retraite français selon les professions (suite)

<i>Activités professionnelles</i>	<i>Régimes de retraite</i>
Fonctionnaires de l'État (+ de 15 ans)	Agents titulaires de l'État (civils, militaires et magistrats) : Service des pensions de l'État + Régime additionnel de la fonction publique (RAFP)
Fonctionnaires de l'État (– de 15 ans)	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraite complémentaire (Ircantec) + RAFP
Fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (+ de 15 ans)	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) + RAFP
Fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (– de 15 ans)	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraites complémentaires (Ircantec) + RAFP
Agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraite complémentaire (Ircantec)
Ouvriers de l'État (+ de 15 ans)	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE).
Ouvriers de l'État (– de 15 ans)	Retraite de base : régime général de la Sécurité sociale (Cnav) + retraite complémentaire (Ircantec)
Élus locaux	Ircantec
Personnels des mines	Caisse des Dépôts-Retraite des mines
Marine marchande	Établissement national des invalides de la marine (Enim)
Personnels des industries électriques et gazières	Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)
Agents du cadre permanent de la RATP	Caisse de retraite du personnel permanent de la RATP
Agents du cadre permanent de la SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF)
Personnels titulaires de la Banque de France	Caisse de réserve des employés de la Banque de France

Tableau 17-1 : Les régimes de retraite français selon les professions (suite)

<i>Activités professionnelles</i>	<i>Régimes de retraite</i>
Personnels de la Comédie-Française	Caisse de retraite du personnel de la Comédie-Française (CRPCF)
Personnels de l'Opéra national de Paris	Caisse de retraite des personnels de l'Opéra national de Paris
Ministres des cultes, religieux, religieuses et membres des congrégations et collectivités religieuses	Caisse d'assurance vieillesse invalidité maladie des cultes (Cavimac), reprise par la Cnav en 1998
Activités culturelles	



Dans tous les cas, pour pouvoir liquider ses droits à la retraite de base comme complémentaire, quel que soit le régime auquel on appartient, il faut cesser toute activité professionnelle. Toutefois, si le retraité souhaite reprendre une activité par la suite, il en a le droit. Mais cela ne lui procure aucun droit supplémentaire à la retraite.

L'assurance retraite des salariés du secteur privé

Le régime de retraite des salariés du secteur privé est celui qui concerne le plus d'actifs en France : 17,2 millions personnes. Dès la première embauche officielle en tant que salarié, quelles que soient la nature et la durée du contrat de travail, l'affiliation à la branche retraite de la Sécurité sociale prend effet : les cotisations sont prélevées dès que le premier salaire est versé. Et le décompte des trimestres de retraite commence...

La retraite de base

Le régime que l'on appelle « général » a été créé en même temps que la Sécurité sociale en 1945. Depuis 1967, date de la réorganisation de l'institution en branches autonomes, il est géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).



Même s'ils sont obligatoirement affiliés à la Mutualité sociale agricole, les salariés de l'agriculture suivent exactement le même régime d'assurance retraite que les salariés des autres secteurs d'activité, étudié ici.

L'âge de la retraite

Un salarié peut partir à la retraite dès 60 ans s'il a validé 161 trimestres de cotisations, tous régimes confondus (en 2009). Lorsqu'il a cotisé moins longtemps, il peut :

- ✓ Quitter la vie active et toucher une pension réduite. Plus il manque de trimestres, plus la retraite est faible;
- ✓ Ou poursuivre son activité pour obtenir des trimestres supplémentaires.

Une personne qui a commencé à travailler très jeune peut, sous certaines conditions, demander sa retraite avant 60 ans.

Les années incomplètes et les années d'études supérieures peuvent être rachetées. Un barème des « versements pour la retraite » est fixé chaque année.



Le montant de la retraite

Pour calculer le montant de sa retraite, la caisse d'assurance vieillesse prend en compte les périodes d'activité durant lesquelles le salarié a cotisé :

- ✓ Au régime général;
- ✓ À d'autres régimes obligatoires : commerçant, artisan, profession libérale, etc.

Elle tient compte également des périodes :

- ✓ Assimilées : maladie, maternité, chômage indemnisé, accident du travail, service militaire, etc.;
- ✓ Gratuites : par exemple, pour les mères de famille, après un congé parental ou pour élever un enfant handicapé.

Cet ensemble donne le nombre de trimestres acquis au cours de la carrière. Si les 161 trimestres requis sont atteints, le taux de calcul de la pension est égal à 50 %. Sinon, ce taux est minoré.

L'autre élément du calcul de la pension est le salaire : pour calculer la retraite, on retient le salaire annuel moyen des 25 meilleures années de la carrière, limité au plafond de Sécurité sociale de chacune des années retenues.

Une personne a cotisé 161 trimestres mais seulement 120 dans le régime général. Son salaire annuel moyen s'élève à 30 000 €. Sa retraite annuelle versée par le régime général sera égale à : $30\,000 \times 50\% \times 120/161 = 11\,250$ € par an.

Les autres régimes qui ont perçu ses cotisations pendant son activité complètent ce montant.



La retraite complémentaire des salariés

C'est le second « pilier » de la retraite des salariés. Son fonctionnement est différent de celui du régime de base, puisque les salariés n'acquiescent pas des trimestres mais des points de retraite.

Le régime Arrco

L'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Arrco) fédère 33 institutions de retraite, qui perçoivent les cotisations obligatoires de 18 millions de salariés et verse des pensions à 11,3 millions de retraités.

Le régime Arrco concerne obligatoirement tous les salariés, non cadres comme cadres de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture. Ainsi, quel que soit le métier que l'on exerce aujourd'hui en tant que salarié, le régime de la retraite complémentaire Arrco est le même pour tout le monde : le versement de cotisations obligatoires jusqu'à trois fois le plafond de Sécurité sociale permet d'acquiescent chaque année un certain nombre de points de retraite. À la fin de la carrière, on additionne tous les points et on convertit le résultat en euros. Le versement des cotisations permet d'acquiescent chaque année un certain nombre de points, selon une valeur fixée chaque année au 1^{er} avril.



Comme dans le régime de base, des points continuent à être attribués en cas de maladie, maternité, chômage indemnisé, accident du travail, invalidité.

Le régime Agirc

L'Agirc est une fédération de 21 institutions de retraite, qui gèrent le régime de retraite des salariés dont l'activité répond aux critères de classification définis par les partenaires sociaux, après examen de la convention collective ou de l'accord de classification de la branche professionnelle en vigueur dans leur entreprise. Cet ensemble, relativement large, correspond à deux grandes catégories de salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture. Ce sont les ingénieurs et cadres, ainsi définis par leurs conventions collectives, mais aussi les employés, techniciens et agents de maîtrise « assimilés cadres » par leur entreprise.



L'article 4 du texte fondateur de l'Agirc, la convention collective nationale du 14 mars 1947, ajoute que le régime de retraite des cadres est obligatoirement applicable aux personnes qui exercent des fonctions de dirigeant salarié de société, de voyageur et représentant placiers (VRP), de médecin salarié et de conseiller du travail.

L'ensemble représente près de 3,7 millions de cotisants (2,5 millions d'hommes et 1,2 million de femmes), reçoit 16,4 millions d'euros de cotisations obligatoires et reverse 17,5 millions d'euros de pensions à 2,4 millions de retraités.

Le principe d'acquisition des points de retraite Agirc est exactement le même que dans le régime Arrco : les cotisations permettent d'acheter des points à un prix fixé le 1^{er} avril de chaque année. À la fin de la carrière, on additionne le nombre de points, on multiplie le résultat par la valeur du point au moment de la liquidation et on obtient sa retraite complémentaire Agirc annuelle.



Depuis le 1^{er} juillet 2002, l'Arrco et l'Agirc ont regroupé leurs services et tous leurs moyens sous un seul et même toit, dans une entité juridique de groupement d'intérêt économique. Aujourd'hui, le GIE Agirc-Arrco permet de rationaliser la gestion des deux régimes et de leurs institutions, de faire converger les systèmes d'information, et ainsi d'améliorer leurs services aux actifs, aux employeurs et aux retraités.

Le calcul de la retraite complémentaire

Dans le régime Arrco comme dans le régime Agirc, le calcul est le même : au moment de liquider la retraite de base, tous les points de retraite complémentaire sont additionnés et multipliés par la valeur des points Arrco et Agirc à cette date.



Un salarié qui a acquis 15 000 points Arrco touche une retraite égale à :

$15\,000 \times 1,1799 \text{ € (valeur du point Arrco depuis le 1^{er} avril 2009)} = 17\,698 \text{ € par an.}$

Et s'il est cadre et a acquis, par exemple, 50 000 points Agirc, il perçoit en plus :

$50\,000 \times 0,4186 \text{ € (valeur du point Agirc depuis le 1^{er} avril 2009)} = 20\,930 \text{ € par an.}$



Les salariés peuvent racheter jusqu'à 70 points de retraite complémentaire Arrco et/ou Agirc par année d'études supérieures, dans la limite de trois ans. Toutefois, ce rachat ne peut porter que sur les périodes d'études supérieures pour lesquelles un « versement pour la retraite » a déjà été effectué auprès du régime de base.

L'assurance vieillesse des travailleurs indépendants

Pour l'ensemble des professions indépendantes, il y a aujourd'hui trois grands régimes de retraite :

- ✓ Le RSI, pour les artisans, commerçants et industriels ;
- ✓ LA CNAVPL, pour les professions libérales (sauf les avocats) ;
- ✓ La MSA, pour les chefs d'exploitation agricole.

Chaque régime gère à la fois l'assurance vieillesse de base et l'assurance complémentaire de ces actifs non salariés.

L'assurance vieillesse du RSI

Depuis l'instauration du Régime social des indépendants (RSI), en 2006, les industriels, commerçants et artisans bénéficient d'un véritable régime de retraite obligatoire.

La retraite de base des « non non »

Les « non non » sont les actifs « non salariés non agricoles ». Autrement dit les patrons de l'industrie, du commerce et de l'artisanat. Eux aussi peuvent prendre leur retraite à partir de 60 ans. Et, pour avoir droit à une retraite à taux plein de 50 %, eux aussi doivent avoir cotisé durant au moins 161 trimestres, tous régimes confondus (en 2009).

À 60 ans, ceux qui n'ont pas atteint les 161 trimestres requis poursuivent leur activité ou voient leur pension calculée à un taux minoré.

Ceux qui dépassent les 160 trimestres de cotisations bénéficient d'un taux majoré.

La retraite se calcule sur la base du revenu annuel moyen des 22 meilleures années en 2010 (23 en 2011... pour arriver à 25 en 2013).



Avant 1973, la retraite de ces professions était calculée par points. Pour ceux qui ont commencé à cotiser avant 1973, le montant de cette partie de leur retraite s'obtient en multipliant le nombre de points acquis par la valeur du point de retraite, revalorisée chaque année.

Ainsi, pour les industriels, commerçants et artisans, la retraite de base du RSI se calcule pour une part avant 1973 et pour l'autre après 1973, date à laquelle ces régimes se sont alignés sur celui des salariés :

- ✓ **Avant 1973** : on compte les points acquis en fonction des classes de cotisations choisies à cette époque et on les multiplie par la valeur du point à la date de liquidation de la retraite ;
- ✓ **Après 1973** : on applique la formule suivante : $\text{revenu annuel moyen} \times \text{taux de liquidation} \times \text{nombre de trimestres acquis dans le régime d'artisan, de commerçant ou d'industriel concerné} / 161 \text{ trimestres}$ = pension de retraite annuelle brute, versée par le RSI.

La retraite complémentaire des industriels et commerçants

Depuis 2004, les commerçants et les industriels bénéficient d'un régime de retraite complémentaire obligatoire, proche de celui des salariés : un nombre

de points est acquis chaque année en fonction des revenus professionnels. Pour connaître le montant de la retraite complémentaire d'un commerçant, il faut donc procéder à deux types de calcul.

Avant 2004

Avant 2004, qu'il soit marié ou non, tout commerçant ou industriel devait obligatoirement cotiser au régime dit « des conjoints » : une fois à la retraite, la pension de base du commerçant ou de l'industriel était majorée dès que son conjoint atteignait 65 ans.

Toutefois, pour les professionnels mariés depuis moins de deux ans, les célibataires et les veufs, aucune majoration n'était versée malgré le paiement de leurs cotisations.

Ce régime, très inégalitaire comme on le voit, a été fermé le 31 décembre 2003. Mais tous les droits acquis avant cette date ont été conservés, avec néanmoins une amélioration : les commerçants qui ont cotisé pendant plus de 15 ans sans être mariés ont quand même droit à la majoration. En revanche, elle n'est pas versée en deçà de 15 ans de cotisations.



Le conjoint du commerçant ou de l'industriel qui collabore régulièrement à l'entreprise familiale doit désormais choisir un statut d'associé, de salarié ou de conjoint collaborateur, pour cotiser lui-même à sa propre retraite.

Depuis 2004

Au moment de liquider sa retraite de base, à partir de 60 ans, les points de retraite complémentaire acquis par le commerçant depuis 2004 sont additionnés et multipliés par la valeur du point à la date de départ. Par exemple, 1,102 € pour une retraite liquidée en 2009. Le résultat de ce calcul correspond à la pension de retraite complémentaire brute annuelle.



La retraite complémentaire est versée entièrement si le commerçant a obtenu sa retraite de base à taux plein, mais elle est réduite si sa retraite de base a été calculée à un taux minoré.

La retraite complémentaire des artisans

La retraite des artisans a été instituée en 1948. À cette époque, elle ne comportait qu'un « pilier ».

Cette retraite de base fonctionnait par points avec 15 classes de cotisations. À partir de 1973, ce régime s'est aligné sur celui des salariés, pour devenir un régime par trimestres. Puis, en 1979, une retraite complémentaire obligatoire par points a été instituée. Sa gestion a été transférée au Régime social des indépendants (RSI) en 2006, mais aucun changement n'a été apporté au règlement du régime et tous les droits restent acquis sans modification.



Afin de stabiliser les réserves du régime à long terme, un plan de réforme du régime complémentaire obligatoire des artisans 2008-2013 prévoit une revalorisation différente des prestations selon la date d'acquisition des droits ou de liquidation de la pension.

C'est ainsi qu'en avril 2009 la valeur de service du point de retraite complémentaire des artisans a été revalorisée en fonction de l'évolution moyenne de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'année 2008 (inflation), soit 2,8 %. Toutefois, deux catégories de points ont eu des revalorisations différentes :

- ✓ Pour les droits gratuits attribués au titre de la reconstitution de carrière avant 1979, la revalorisation est égale à 33 % de l'inflation de 2008. Tous les retraités actuels et futurs sont concernés ;
- ✓ Pour les pensions liquidées à partir du 1^{er} janvier 2008, la revalorisation des points cotisés acquis avant 1997 est égale à 50 % de l'inflation de 2008.

Tableau 17-2 : Les différentes valeurs de points de retraite complémentaire des artisans

<i>Date d'acquisition des points</i>	<i>Date d'effet de la pension</i>	<i>Valeur annuelle du point revalorisée au 1^{er} avril 2009</i>
Points acquis au titre des années 1997 à 2009	Toutes les dates d'effet	0,30603 €
Points acquis au titre des années 1979 à 1996	Pensions avant le 01/01/2008	0,30603 €
	Pensions après le 01/01/2008	0,30186 €
Points acquis au titre des années antérieures à 1979	Toutes les dates d'effet	0,30045 €

La retraite des professions libérales

Organisées dès 1948 en régime unique de retraite, les 11 sections professionnelles fédérées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (www.cnavpl.fr) n'ont pas rejoint le RSI. Chaque caisse gère donc l'assurance vieillesse mais aussi l'assurance invalidité et l'assurance décès de la profession libérale dont elle a la charge.

Tableau 17-3 : Les caisses de retraite des professions libérales qui forment la CNAVPL

<i>Activité professionnelle</i>	<i>Caisses de retraite</i>
Notaires	CRN : Caisse de retraite des notaires
Avoués des cours d'appel	Cavom : Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires, une caisse qui s'est réunie avec la Cavec, la Cipav et l'Ircec pour former le groupe de protection sociale Berri
Huissiers de justice	
Commissaires priseurs judiciaires	
Administrateurs judiciaires	
Greffiers des tribunaux de commerce	
Experts-comptables	Cavec : Caisse d'allocation vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes, gérée par le groupe Berri
Commissaires aux comptes	
Architectes, ingénieurs	Cipav : Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse, gérée par le groupe Berri
Techniciens, géomètres	
Professions de conseil	
Psychologues, diététiciens	
Activités artistiques (hors créations originales)	Pour leur retraite de base, ils relèvent du régime général, mais leur retraite complémentaire est gérée par le groupe Berri, via trois régimes :
Attachés de presse	
Hôtesse, prestataires	
Artistes auteurs d'œuvres originales	
	RACD, Ircec ou RACL selon le type de création
Médecins	Carmf : Caisse autonome de retraite des médecins de France
Chirurgiens-dentistes	CARCD : Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes
Pharmaciens	CAVP : Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens
Pharmaciens directeurs de laboratoires d'analyses sous convention non médecins	
Sages-femmes	Carsaf : Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises

Tableau 17-3 : Les caisses de retraite des professions libérales qui forment la CNAVPL (suite)

<i>Activité professionnelle</i>	<i>Caisses de retraite</i>
Infirmiers Masseurs kinésithérapeutes Pédicures, podologues Orthophonistes, orthoptistes	Carpimko : Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes et orthoptistes
Vétérinaires	CARPV : Caisse autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires
Agents généraux d'assurance	Cavamac : Caisse d'allocation vieillesse des agents généraux d'assurance

Avant la dernière réforme des retraites en 2004, le régime de retraite des professions libérales correspondait à un nombre de trimestres de cotisations, avec un minimum forfaitaire versé à partir de 60 trimestres (15 ans).

En deçà, la retraite était minorée de 1/60 par trimestre manquant ; au-delà, elle gagnait 1/60 par trimestre de cotisations supplémentaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, les professions libérales n'acquièrent plus des trimestres mais des points de retraite, dont le nombre est déterminé par les revenus professionnels soumis à cotisation :

- ✓ La cotisation maximale sur la tranche T1 permet d'acquérir 450 points ;
- ✓ La cotisation maximale sur la tranche T2 permet d'acquérir 100 points.

Pour chaque tranche, le nombre de points attribué est calculé au prorata de la cotisation effective sur la cotisation maximale, et arrondi à la décimale la plus proche.

Le montant de la retraite est ensuite calculé à partir des trois paramètres suivants :

- ✓ Le nombre de points acquis ;
- ✓ La valeur du point fixée chaque année par décret : au 1^{er} janvier 2009, elle s'élève à 0,5272 € ;
- ✓ Le taux de liquidation variable en fonction de la durée d'assurance.

Les trimestres validés avant le 1^{er} janvier 2004 sont convertis en points à raison de 100 points par trimestre.



Par ailleurs, pour les professions libérales aussi l'âge de la retraite commence à 60 ans, dès que l'assuré valide 162 trimestres de retraite, tous régimes confondus (en 2010). Auparavant, en effet, ces professions ne pouvaient pas espérer toucher leur retraite avant l'âge de 65 ans sans voir leur pension minorée, quelle que soit leur durée d'assurance. Désormais, comme dans tous les autres régimes, dès l'âge de 60 ans, la retraite à taux plein est possible si le nombre minimal de trimestres requis est atteint.

La retraite complémentaire des professions libérales

Si la retraite de base suit un régime unique, la retraite complémentaire reste liée à la profession. Pour la plupart des professions libérales, à quelques rares exceptions près, la cotisation de retraite complémentaire est obligatoire.

Les 11 régimes de retraite complémentaire des différentes professions libérales sont basés sur le versement d'une cotisation qui permet d'acquérir des points de retraite. À partir de 65 ans (avec quelques possibilités d'anticipation pour raisons de santé), lorsque le professionnel cesse son activité, les points sont additionnés et multipliés par la valeur du point cette année-là.

Les revenus d'activité sont en général divisés en tranches de cotisations, avec une option pour choisir la tranche immédiatement supérieure, de manière à acquérir un peu plus de points.

Des possibilités d'exonération sont prévues en cas d'incapacité médicale ou d'invalidité, empêchant provisoirement ou définitivement le professionnel d'exercer son activité.

Dans ces régimes, en plus de la cotisation obligatoire, le paiement d'une « cotisation facultative des conjoints » permet, en cas de décès, la réversion de la totalité des points au profit du conjoint survivant.

Le régime spécial des avocats

L'assurance vieillesse des avocats est née à la suite de l'institution du « droit de plaidoirie » au XVII^e siècle par Louis XIV, une redevance allouée encore aujourd'hui aux avocats, en contrepartie de la contribution du barreau français au service public de la justice.

La forme actuelle du régime de retraite des avocats date de 1948. Il est géré par la Caisse nationale des barreaux français, qui gère également l'assurance invalidité et décès des avocats (mais leur assurance maladie maternité est gérée par le RSI).

Les avocats salariés sont aussi affiliés à ce régime, et non au régime général, à l'Arrco et à l'Agirc.



Le régime spécial des clercs et des employés de notaires

Lorsqu'ils exercent en tant que salariés d'une étude, les employés du notariat ne cotisent ni au régime général de la Sécurité sociale ni à une caisse Arrco ou Agirc. Ils disposent en effet d'un régime spécial, géré par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN).

C'est un régime obligatoire pour tous les salariés du notariat : quelles que soient leur activité ou leur qualification, ils y sont impérativement affiliés par l'étude où ils travaillent.



La CRPCEN n'est compétente qu'en métropole : les salariés des études notariales installées dans les collectivités d'outre-mer sont obligatoirement affiliés au régime des salariés du secteur privé.

Le régime des agriculteurs

Si le Régime social des indépendants est le plus récent des régimes de protection sociale français, celui des agriculteurs est l'un des plus anciens. En effet, il y a plus de 150 ans que les agriculteurs s'organisent collectivement pour faire face aux accidents de leur vie professionnelle et privée. C'est la raison pour laquelle, même si les règles générales ne sont pas très différentes de celles des autres régimes, la sécurité sociale des agriculteurs, exploitants comme salariés, reste gérée de manière entièrement autonome par la Mutualité sociale agricole (MSA).

La retraite de base

La retraite de base des « non-salariés agricoles » est composée de deux éléments :

- ✓ Une retraite forfaitaire attribuée à taux plein dès que l'exploitant agricole a atteint le nombre de trimestres requis (161 en 2009) ;
- ✓ Une retraite proportionnelle par points, acquise par cotisations.

La retraite complémentaire des agriculteurs

Depuis le 1^{er} janvier 2003, les agriculteurs bénéficient d'un régime de retraite complémentaire obligatoire par points, géré lui aussi par la Mutualité sociale agricole. Il concerne :

- ✓ Les chefs d'exploitation en activité ;
- ✓ Ceux qui perçoivent une pension d'invalidité tout en étant encore en activité ;
- ✓ Ceux qui perçoivent une préretraite ;

- ✓ Ceux qui prennent leur retraite ou y étaient déjà après le 1^{er} janvier 2003;
- ✓ Les conjoints de chefs d'exploitation décédés.

L'assurance retraite des fonctionnaires

Pour les fonctionnaires titulaires, seule la retraite de base est obligatoire; la retraite complémentaire reste optionnelle.

La durée d'assurance

La durée d'assurance correspond aux trimestres acquis en qualité d'agent stagiaire et titulaire, auxquels s'ajoutent des bonifications (par exemple pour enfants). Elle tient compte des trimestres validés dans tous les autres régimes, publics comme privés.

Pour avoir droit à une retraite au taux plein de 75 %, il faut avoir validé 161 trimestres tous régimes confondus (en 2009).



Tout agent qui a au moins 15 ans de service a un droit à pension du régime public. En deçà de cette durée, les droits à la retraite sont transférés au régime général de la Sécurité sociale.

Le montant de la pension

Un agent obtient le montant annuel de sa pension de base compte tenu du nombre de trimestres validés avec les bonifications et du taux de liquidation, qui dépend du nombre total de trimestres validés : soit 75 % pour 161 trimestres de cotisations.

Quant au salaire de référence, c'est celui qui a été perçu durant les six derniers mois avant le départ en retraite.

La retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP)

Depuis 2005, un régime additionnel obligatoire de retraite par points et par répartition a été mis en place pour l'ensemble des fonctionnaires afin d'améliorer leur retraite de base. Les cotisations sont prélevées sur des éléments du salaire non pris en compte pour la retraite de base. Pour en

bénéficier, il faut avoir été admis à la retraite dans le régime de base et avoir au moins 60 ans.



L'âge de la retraite varie entre 55 et 70 ans selon les divers corps d'État. D'une façon générale, la limite d'âge est de 65 ans pour les emplois sédentaires et de 60 ans pour les emplois actifs. Ces limites peuvent être anticipées ou dépassées selon les métiers.

Sixième partie

Les assurances collectives pour la santé et la prévoyance



Dans cette partie...

Parmi les assurances collectives, les plus connues sont celles que les Français appellent les « mutuelles ». Leur rôle est de rembourser les frais de santé que les régimes de protection sociale obligatoire ne prennent pas en charge. Malgré cette dénomination devenue générique, les complémentaires santé sont proposées aujourd'hui tant par des mutuelles que par des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurances, essentiellement dans le cadre d'une assurance collective d'entreprise.

La santé n'est d'ailleurs plus la seule couverture complémentaire proposée collectivement. Il y a en effet un second volet d'assurance collective, qui couvre la prévoyance, c'est-à-dire la retraite, l'invalidité, la dépendance et le décès.

Chapitre 18

Les assurances complémentaires santé

Dans ce chapitre :

- ▶ Les avantages des complémentaires santé
- ▶ Contrat collectif, contrat individuel
- ▶ Bien choisir une assurance complémentaire santé

Aucun régime obligatoire de sécurité sociale ne rembourse totalement les consultations, les soins, les médicaments ou les séjours à l'hôpital. Souscrire une complémentaire santé permet donc d'être mieux remboursé de ses dépenses de santé.

Les avantages des complémentaires santé

Une assurance complémentaire santé a pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie obligatoire.

Trois types d'assureurs sont présents sur ce marché, chacun d'eux appliquant des règles particulières :

- ✓ Les mutuelles, qui relèvent du Code de la mutualité;
- ✓ Les institutions de prévoyance, qui relèvent du Code de la sécurité sociale;
- ✓ Les sociétés d'assurances, soumises au Code des assurances.

(Les différents statuts de ces sociétés d'assurances sont étudiés au début du chapitre 1.)

En réalité, en matière d'assurance santé, les frontières entre ces différents assureurs sont de moins en moins précises : certaines gèrent leur branche d'activité « santé » sous une forme mutualiste, et des institutions de prévoyance créent des structures relevant du Code de la mutualité pour proposer des contrats individuels.

Néanmoins, les mutuelles restent le principal acteur du marché. Mais elles sont en recul : au premier semestre 2009, elles représentaient 54,51 % des parts de marché, contre 57,1 % en 2008 et 58,27 % en 2007.

Dans le même temps, les assureurs privés sont passés de 24,58 % en 2007 à 25,50 % en 2008, puis 28,84 % au premier semestre 2009.

De leur côté, les institutions de prévoyance sont en pleine expansion. En 2008, leur activité de complémentaire santé a représenté 5,1 milliards d'euros de cotisations, sur un total de 11 milliards d'euros de cotisations enregistrées, toutes garanties confondues. L'activité était en progression de 5,6 %, grâce notamment aux partenaires sociaux qui négocient des régimes de remboursement de soins de santé au niveau des branches professionnelles.



C'est ainsi que de plus en plus de conventions collectives intègrent des complémentaires santé : fin 2008, il y avait 40 régimes obligatoires de complémentaire santé, contre 27 en 2007, couvrant environ 1,8 million de salariés. En 2007, les institutions de prévoyance ont contribué à 2,5 % des dépenses nationales de santé, principalement dans les domaines de la lunetterie et de l'orthopédie.

Rappelons qu'une convention collective est un accord signé entre les partenaires sociaux (représentants d'employeurs et de salariés au sein d'une branche d'activité), pour compléter et améliorer les dispositions du Code du travail. Elle peut ainsi introduire des avantages comme un meilleur salaire minimal, plus de congés payés, des indemnités de licenciement plus avantageuses et donc, parfois, une possibilité de complémentaire santé d'entreprise.

Contrat collectif, contrat individuel

Un contrat « collectif » est souscrit par une entreprise pour couvrir collectivement tous ses salariés. Il résulte d'un accord collectif négocié soit par l'entreprise avec les représentants du personnel, soit au niveau de la branche d'activité.

Selon les accords, l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé, par les salariés, peut être obligatoire ou facultative.

Les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé sont avantageux, pour plusieurs raisons :

- ✓ Pour pouvoir intégrer d'office un nombre important de nouveaux assurés, l'assureur propose ses garanties larges à des prix attractifs ;
- ✓ La mutualisation des coûts entre tous les assurés permet aussi de bénéficier de tarifs plus avantageux que dans le cadre d'un contrat individuel ;
- ✓ L'entreprise ou le comité d'entreprise prend à sa charge une partie des cotisations d'assurance des salariés ;
- ✓ Pour l'entreprise, c'est également intéressant, car ces charges sociales sont déduites du bénéfice imposable de la société ;
- ✓ Contrairement aux primes des contrats individuels, la partie de la prime payée par le salarié est déduite de son revenu imposable.

À garanties égales, les contrats collectifs sont donc beaucoup moins coûteux pour les assurés que les contrats individuels. C'est pourquoi ils ont un tel succès dans les entreprises, compte tenu de la hausse constante des dépenses de soins.

Une étude publiée en octobre 2008 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress), au ministère de la Santé, montre qu'à garanties égales la cotisation d'un contrat collectif – part salarié et part employeur – est inférieure en moyenne de 10 € par mois à celle d'un contrat individuel.

En prenant par exemple les contrats « haut de gamme », qui offrent les meilleurs remboursements, la Dress indique que les cotisations mensuelles moyennes sont de 52,80 € par bénéficiaire individuel, tandis que le montant est de 35,70 € par bénéficiaire dans le cadre des contrats collectifs.



En 2006, environ la moitié de la population française était couverte par un contrat individuel (hors CMU) et un tiers par un contrat collectif. Par ailleurs, 7 % de la population est couverte par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, voir encadré), tandis que 7 % de la population n'avait aucune couverture complémentaire, dont plus de la moitié pour des raisons financières.

Les contrats individuels sont le plus souvent souscrits par des personnes qui travaillent dans des entreprises ne proposant pas d'assurance collective, ou par des fonctionnaires et des travailleurs indépendants. Il s'agit aussi d'inactifs, en particulier des retraités.

La CMU pour les Nuls

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la loi a créé deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

- ✓ Un droit à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire français, aussi bien métropolitain que dans les départements d'outre-mer. Cette couverture maladie universelle (CMU) de base améliore l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion, mais aussi de personnes dépourvues de droit à l'assurance maladie. Il simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits. Ainsi, une caisse

ne peut cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national ;

- ✓ Un droit à une CMU complémentaire gratuite (CMU-C) destinée aux personnes défavorisées, sous condition de ressources, avec tiers payant (ce terme est expliqué au chapitre 13).

Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un certain seuil paient une cotisation, calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Les complémentaires santé d'entreprise

La mise en place d'une couverture de santé collective relève :

- ✓ Soit d'un accord collectif : une convention collective au niveau d'une branche professionnelle, accord d'entreprise ou accord d'établissement ;
- ✓ Soit d'un référendum au sein de l'entreprise ou de l'établissement ;
- ✓ Soit d'une décision unilatérale de l'employeur : c'est le cas par exemple dans les PME.

Plusieurs entreprises, petites ou moyennes, peuvent également se rassembler au niveau local ou départemental, afin de négocier cette mise en place. Des accords de groupes ou d'unités économiques peuvent être conclus également.



Dans la pratique, la convention collective ou l'accord d'entreprise ou d'établissement sont les plus efficaces quand il s'agit de mettre en place, de modifier ou de renégocier une couverture santé.

Dans le cas d'une décision unilatérale de l'employeur, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du régime ont le choix d'y adhérer ou non. En revanche, par la suite, tout nouvel embauché a l'obligation d'y adhérer.

La négociation annuelle obligatoire

Depuis le 1^{er} janvier 2000, dans les entreprises où sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives, lorsque les salariés ne sont pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise, l'employeur est tenu d'engager chaque année une négociation sur un régime complémentaire santé.



À défaut d'initiative de l'employeur plus de 12 mois après la précédente négociation, une nouvelle négociation doit s'engager dans les 15 jours suivant la demande d'une organisation.

L'obligation d'information des salariés

L'article 12 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Évin », impose à l'employeur de diffuser une notice d'information à l'ensemble des bénéficiaires du régime complémentaire santé mis en place dans l'entreprise. Cette notice rédigée par l'organisme assureur doit préciser les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'application.

Il en est de même en cas de modification du régime : l'employeur doit informer par écrit les salariés de toute modification affectant le régime.



Le comité d'entreprise ou à défaut les délégués du personnel peuvent demander à consulter le rapport annuel sur les comptes du régime de prévoyance collective.

Les avantages des complémentaires santé d'entreprise

Les contrats collectifs offrent un certain nombre d'avantages. Pour l'employeur, l'entreprise se dote d'un dispositif social attractif, qui lui permet de recruter et de fidéliser ses collaborateurs.

La mise en place puis le suivi des garanties et des prestations sont aussi l'occasion d'un dialogue social favorable au climat de l'entreprise.

L'ensemble bénéficie d'un cadre fiscal et social avantageux : les contrats collectifs à adhésion obligatoire bénéficient de plusieurs avantages, sous

réserve qu'ils remplissent les critères des « contrats responsables » (étudiés plus loin) :

- ✓ Les cotisations salariales et patronales qui financent le régime collectif de santé et de prévoyance obligatoire de l'entreprise ne sont pas imposables, dans la limite de 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (appelons-le « Pass ») + 3 % du salaire annuel brut ;

Cette limite d'exonération est plafonnée à 3 % de huit Pass, soit 8 308,80 € en 2010.

Rappelons que le plafond annuel de la Sécurité sociale est fixé à 34 620 € en 2010.

- ✓ Les cotisations patronales qui financent le régime collectif santé et de prévoyance obligatoire ne sont pas soumises à charges sociales dans la limite de 6 % du Pass + 1,5 % du salaire annuel brut.

Cette limite d'exonération est plafonnée à 12 % du Pass (soit 4 154,40 € en 2010).



Les exonérations sociales et fiscales sont désormais réservées exclusivement aux régimes de santé et de prévoyance à adhésion obligatoire. Pour les régimes à adhésion facultative, des surcoûts sont à prévoir : pour le salarié (un impôt sur la cotisation totale et des charges sociales sur la part employeur) et pour l'entreprise (des charges sociales sur la part employeur).

Les frais remboursés

Les assurances complémentaires santé prennent en charge tout ou partie des dépenses restant à la charge des assurés, une fois les remboursements de la sécurité sociale effectués. Ces remboursements se calculent selon un pourcentage du ticket modérateur, dans la limite du tarif de convention ou des frais réels, ou en fonction d'un forfait.



Certaines d'entre elles, les meilleures, prennent en charge des frais non remboursés.

Les complémentaires santé contribuent ainsi largement au financement de certains frais de santé, tels que les lunettes et les prothèses dentaires ou orthopédiques, très mal remboursés par les régimes de sécurité sociale.

Tableau 18-1 : Exemples de dépenses de santé restant à la charge du patient

<i>Soin</i>	<i>Dépense</i>	<i>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)</i>	<i>Remboursement effectif versé par la Sécurité sociale</i>	<i>Reste à la charge du patient</i>
Prothèse dentaire	460 €	107,50 €	70 % BR 75,25 €	384,75 €
Optique : 2 verres	138 €	8,23 €	65 % BR 5,34 €	132,66 €
Optique : 1 monture	107 €	2,84 €	65 % BR 1,84 €	105,16 €



L'Assurance maladie détermine à l'avance avec les professionnels de santé des tarifs officiels pour les soins de santé qu'elle rembourse : c'est ce qu'on appelle des « tarifs de convention ». Ces tarifs déterminent le prix des soins mais aussi les honoraires pratiqués par les praticiens. Les médecins « de secteur 1 » sont ceux qui s'engagent auprès de l'assurance maladie à appliquer ces tarifs à leurs patients. Ils ne peuvent facturer des dépassements qu'à titre exceptionnel, tandis que les médecins « de secteur 2 » ou « à honoraires libres » fixent eux-mêmes les prix de leurs consultations.

Le principe du contrat « responsable »

La réforme de l'assurance maladie en 2004, qui a instauré le parcours de soins coordonnés, a également institué une nouvelle catégorie de contrats d'assurance complémentaire santé : les contrats « responsables ».



Rappelons que le parcours de soins coordonnés est le passage du patient par son médecin traitant avant toute autre consultation (sauf exception). L'ensemble du dispositif est étudié au chapitre 13.

Les entreprises et les assureurs complémentaires sont donc incités à responsabiliser les patients et à les encourager à suivre le parcours de soins coordonnés. Ainsi, pour bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés aux contrats collectifs à adhésion obligatoire, les contrats santé d'entreprise doivent respecter strictement le cahier des charges des contrats responsables.

Le patient suit le parcours de soins

Comme pour l'assurance maladie obligatoire, les remboursements effectués par les assureurs complémentaires santé sont modulés selon que le patient suit correctement le parcours de soins coordonnés ou ne le suit pas.

Si le patient le suit, le contrat responsable de sa complémentaire santé lui rembourse :

- ✓ Pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant : au moins 30 % du tarif opposable;
- ✓ Pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire : au moins 30 % de la dépense;
- ✓ Pour les analyses et actes de laboratoire : au moins 35 % du tarif servant de base aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire.



Selon l'étude de la Dress sur les complémentaires santé (déjà citée), en 2007, les mutuelles sont les organismes qui ont pris le plus de mesures pour encourager leurs assurés au respect du parcours de soins. En cas d'écart, 26,7 % de leurs assurés subissent une sanction financière supérieure à celle prévue par la loi, contre 16,1 % des assurés des institutions de prévoyance, et seulement 4,7 % des assurés des sociétés d'assurances.

Le patient ne suit pas le parcours de soins

Les contrats responsables laissent à la charge de l'assuré :

- ✓ La partie correspondant à la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour non-respect du parcours de soins, soit une majoration de 40 % du ticket modérateur dans la limite de 10 € par acte pour ceux supérieurs à 25 €;
- ✓ Un forfait plafonné à 8 € sur les dépassements d'honoraires et sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés.



Dans tous les cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge le forfait de 1 € sur les consultations, les actes de médecins et les actes de biologie. Ils ne remboursent pas non plus les trois franchises médicales mises en place depuis le 1^{er} janvier 2008 : 0,50 € par boîte de médicaments ; 0,50 € par acte paramédical à l'exception de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation, 2 € par recours au transport sanitaire, à l'exception des transports d'urgence.

Les obligations de l'employeur

L'employeur se trouve dans l'obligation de vérifier, auprès de son organisme assureur, que son contrat complémentaire santé collectif répond aux critères du contrat responsable.

Il doit s'assurer que les cotisations au titre de la complémentaire santé respectent les plafonds et les conditions d'exonération sociale et fiscale.

Enfin, il doit informer les salariés :

- ✓ Des modifications éventuelles apportées au contrat de complémentaire santé;
- ✓ Des changements éventuels de tarifs.

La question de la fin du contrat de travail

Pour les salariés qui bénéficient d'une complémentaire santé d'entreprise, la fin de leur contrat de travail signifie la résiliation de la complémentaire santé. Cependant, l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 impose à l'assurance complémentaire santé de l'entreprise de proposer aux salariés qui partent à la retraite un contrat avec des garanties similaires. Mais dans ce cas le salarié sera obligé de prendre à sa charge la totalité des cotisations, patronales et salariales.



Il y a une autre condition au maintien de la complémentaire santé : le salarié doit en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin de son contrat de travail.

L'assureur ne peut alors ni refuser ni lui imposer un questionnaire ou un examen médical. Il peut cependant modifier certaines conditions de garantie. Et il a également le droit d'augmenter le montant de la cotisation globale jusqu'à 50 %. Pas plus.

Les salariés concernés par ces dispositions sont :

- ✓ Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite. Pour eux, le maintien se fait sans condition de durée;
- ✓ Les ayants droit d'un assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès;
- ✓ Les salariés licenciés depuis le 1^{er} juillet 2009. Pour eux, la couverture santé et prévoyance de leur ancienne entreprise peut être maintenue pendant neuf mois au plus, à condition que la rupture de leur contrat de travail donne droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (licenciement, rupture conventionnelle homologuée, fin de contrat à durée déterminée, etc.).



Les salariés ayant commis une faute lourde sont exclus du dispositif de maintien de la complémentaire santé d'entreprise.

Bien choisir sa complémentaire santé

Si l'entreprise n'en propose pas, ou si le souscripteur est un travailleur indépendant, un fonctionnaire ou un retraité, choisir une assurance complémentaire santé adaptée à ses besoins n'est pas chose facile. Avant de souscrire un contrat, il faut d'abord étudier le remboursement accordé par l'assurance maladie pour un acte médical et quelle somme reste à la charge de l'assuré.

Les différents niveaux de couverture

Les assureurs proposent des contrats d'assurance santé qui interviennent en complément des organismes sociaux. Ils prennent en charge, notamment, le remboursement du ticket modérateur et éventuellement, selon les contrats, les dépassements de tarifs au-delà du montant retenu par la Sécurité sociale.

C'est ainsi qu'ils proposent plusieurs niveaux de couverture :

- ✓ La couverture de base, qui ne prend en charge que le ticket modérateur (la part que ne rembourse pas la Sécurité sociale) pour les médecins et soins ne dépassant pas le tarif de convention de la Sécurité sociale ;
- ✓ Une couverture plus étendue, qui va au-delà des dépenses courantes. Elle offre également de meilleures prestations en cas d'hospitalisation ;
- ✓ Une formule plus complète, qui couvre les dépassements d'honoraires et offre une meilleure prise en charge des cures, appareils acoustiques, prothèses dentaires, lunettes, lentilles de contact, etc.



Toutes les complémentaires santé offrent aujourd'hui à l'assuré la possibilité de se dispenser de l'avance des frais pharmaceutiques laissés à sa charge par le régime obligatoire. Le pharmacien récupère directement les fonds auprès de l'assureur.

Les tarifs des contrats

Les tarifs des contrats d'assurance complémentaire santé sont fixés librement par les assureurs. Ils dépendent en général de l'âge de l'assuré et, éventuellement, de son lieu de résidence. En effet, selon les régions, la couverture médicale est plus ou moins importante, et il est plus ou moins facile de trouver des médecins conventionnés.

Deux paramètres entraînent des tarifs plus élevés :

- ✓ L'âge de l'assuré : le tarif initial est fait en fonction de l'âge de l'assuré au moment de la souscription ; il évolue ensuite soit tous les ans avec le vieillissement de l'assuré, soit tous les cinq ans, par exemple (par classes d'âge) ;
- ✓ L'augmentation générale appliquée à toute une catégorie de contrats, qui dépend de la consommation médicale générale du portefeuille assuré ou du poids des transferts de charges de la Sécurité sociale vers les assureurs complémentaires.



Il n'y a pas d'individualisation des tarifs en fonction de la consommation médicale : un assureur ne peut pas augmenter le tarif d'un contrat en particulier, sous prétexte que l'état de santé de l'assuré s'est dégradé. Si une hausse du tarif intervient, elle doit s'appliquer à l'ensemble des contrats d'un même type ou d'une même génération. Ainsi, une personne qui consomme peu subira la même augmentation tarifaire qu'une autre qui consomme beaucoup.

À noter également qu'il est très rare qu'un tarif de complémentaire santé augmente en cours d'année. La concurrence étant de plus en plus vive sur le marché de l'assurance complémentaire santé, les organismes d'assurances qui pratiqueraient de trop fortes hausses risqueraient de perdre des clients. À l'inverse, ceux qui n'augmenteraient pas suffisamment leurs tarifs risqueraient d'essuyer des pertes financières.

Les taux de remboursement

Pour choisir une complémentaire santé qui lui convient, l'assuré doit d'abord privilégier les contrats qui indiquent clairement ce qu'ils remboursent. Le problème est qu'ils ne l'expriment pas tous de la même manière.



Par exemple, la consultation chez le généraliste est remboursée :

- ✓ Complémentaire n°1 : à 100 % du ticket modérateur (TM) ;
- ✓ Complémentaire n°2 : à 100 % du tarif de convention (TC) ;
- ✓ Complémentaire n°3 : à 100 % de la base de remboursement (BR) ;
- ✓ Complémentaire n°4 : à un montant forfaitaire en euros ;
- ✓ Complémentaire n°5 : selon un panachage de ces différentes formules.

Comment comparer ?

Il faut d'abord savoir décoder les messages. Ainsi, l'annonce d'une prise en charge à 100 % (du TM ou du TC ou de la BR) signifie que l'assureur ne rembourse que dans la limite du tarif de la Sécurité sociale, c'est-à-dire en général inférieur à la dépense réelle. Pour une consultation chez le généraliste à 22 € (tarif de convention 2009), le remboursement sera maximal. Mais pour un certain nombre d'autres dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les consultations chez certains spécialistes, cela ne couvrira pas l'intégralité des sommes engagées.

Méfiez-vous aussi des garanties qui paraissent très intéressantes, par exemple un remboursement de 500 % du TC : si la Sécurité sociale ne rembourse que quelques euros sur certaines prestations, le fait d'être remboursé à 500 % de quelques euros restera très insuffisant.

Ainsi, 500 % de 20 €, ça donne simplement 100 € de remboursement. Si les frais réels s'élèvent par exemple à 900 €, Sécurité sociale + complémentaire rembourseront ensemble seulement 120 €.



Utilisez les sites internet comparateurs de produits. En général, ils permettent de comparer une quinzaine de complémentaires santé entre elles. Au moins pour faire une première sélection, ça permet de gagner du temps.

Les éléments pour choisir sa complémentaire santé

Schématiquement, on peut diviser les remboursements des complémentaires santé en trois grandes catégories :

- ✓ Les soins courants : les consultations, la pharmacie, les radiographies, les frais de laboratoire, etc. ;
- ✓ L'hospitalisation ;
- ✓ L'appareillage et les prothèses : optiques, dentaires, auditives, etc.

Inutile par conséquent de passer l'intégralité des contrats au crible : le meilleur est celui qui va adapter ses garanties au budget du souscripteur et à sa consommation médicale. Les éléments à prendre en compte pour faire un choix sont les suivants :

- ✓ La taille de la famille : assuré seul, conjoint, nombre d'enfants à charge ;
- ✓ Le lieu de résidence : les médecins habituellement consultés pratiquent-ils des honoraires libres ? Inutile, en effet, de prendre une complémentaire santé qui rembourse les dépassements d'honoraires si l'on ne consulte que des médecins conventionnés ;

- ✓ Les besoins en matière de santé et les besoins de sa famille : besoin de lunettes et/ou de soins dentaires, maladie chronique, consultation de médecins généralistes ou spécialistes ;
- ✓ Les garanties à privilégier : une maladie chronique, l'optique, les soins dentaires, les prothèses, les soins hospitaliers. Ainsi, par exemple, une femme retraitée n'aura que faire de très bons remboursements de maternité ;
- ✓ Les tarifs : les cotisations des assurances complémentaires santé peuvent varier du simple au triple selon les garanties. Sans surprise, les couvertures les plus larges sont aussi les plus chères. Il appartient au souscripteur d'arbitrer entre les différentes formules de garantie en fonction du prix qu'il est prêt à payer.



Si vous exercez une profession indépendante (artisan, commerçant, profession libérale), vous disposez d'un régime spécifique « loi Madelin » qui vous permet, sous certaines conditions, de déduire de votre revenu global annuel les cotisations versées pour obtenir une protection complémentaire (cette possibilité est détaillée au chapitre 12).

Les délais de carence

Lors de toute nouvelle souscription, l'assuré se voit en général appliquer un délai, pendant lequel il n'est pas pris en charge par l'assureur pour ses dépenses de santé, bien qu'il verse déjà des cotisations. Ce laps de temps varie en général de 3 à 12 mois selon les assureurs. C'est donc un élément de comparaison supplémentaire.



Si le souscripteur peut prouver qu'il vient de résilier un contrat similaire auprès d'une mutuelle ou d'un autre organisme de prévoyance, ce délai de carence peut être supprimé.

Chapitre 19

La prévoyance collective

Dans ce chapitre :

- ▶ Le principe de la prévoyance collective
- ▶ Les contrats de retraite d'entreprise
- ▶ L'épargne salariale et l'épargne retraite d'entreprise
- ▶ L'épargne retraite des fonctionnaires
- ▶ L'épargne retraite des salariés agricoles

Les contrats de prévoyance collective émanent essentiellement des mutuelles et surtout des (bien nommées) institutions de prévoyance. Le plus souvent, elles gèrent déjà la retraite complémentaire de la branche d'activité concernée et proposent aussi des contrats collectifs d'assurance complémentaire santé.

La prévoyance collective complète non seulement les assurances sociales obligatoires (invalidité, retraite, décès), mais aussi les assurances individuelles (notamment l'assurance dépendance ou les contrats obsèques étudiés au chapitre 12).

Le principe de la prévoyance collective

Les contrats de prévoyance collective agissent sur le même modèle que les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé. L'entreprise souscrit un contrat pour protéger ses salariés de certains autres risques sociaux, comme l'invalidité ou le décès prématuré de l'assuré.

Une autre garantie est désormais de plus en plus souvent ajoutée aux contrats de prévoyance collective : la dépendance. Un volet qui reste encore minoritaire, mais l'allongement de la durée de vie pousse les entreprises à demander ce type de prestation pour leurs salariés.



Les modalités de mise en place d'un contrat de prévoyance collective dans une entreprise sont exactement les mêmes qu'en matière de contrat d'assurance complémentaire santé. Elles résultent soit d'un accord collectif (une convention collective au niveau d'une branche professionnelle, ou un accord d'entreprise ou accord d'établissement), soit d'un référendum au sein de l'entreprise ou de l'établissement, soit d'une décision unilatérale de l'employeur (voir les détails au début du chapitre précédent).

À quoi ça sert ?

Comme pour la santé, la prévoyance vise à compléter les prestations versées aux assurés sociaux par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Elle couvre les principaux risques liés à la personne.

Tableau 19-1 : Les garanties proposées par la prévoyance collective

<i>Risque</i>	<i>Prestation proposée par l'assureur</i>
Arrêt de travail pour incapacité temporaire	Capital Rente d'invalidité
Invalidité	Indemnités journalières
Décès	Capital Rente éducation Rente de conjoint Allocation obsèques



Dans le cadre d'un contrat collectif d'entreprise, les contrats de prévoyance ne sont pas des produits d'épargne. Ce sont des contrats « à fonds perdus » : l'assureur ne verse les prestations prévues que si le risque se réalise pendant la période d'activité. Si le risque ne se réalise jamais, l'assureur conserve les cotisations et les utilise pour indemniser d'autres assurés. C'est le principe de la « mutualisation » des risques.

Les avantages des contrats de prévoyance collective

Comme les assurances complémentaires santé d'entreprise, les dispositifs de prévoyance collectifs présentent des avantages par rapport aux contrats de prévoyance individuels. En amenant les salariés à cotiser très tôt et en

mutualisant les cotisations sur l'ensemble des salariés de l'entreprise, ils permettent de réduire considérablement leur effort de cotisation. Et, par ailleurs, l'employeur participe au financement, souvent à hauteur de la moitié des cotisations.



Dans une même entreprise, ces dispositifs couvrent l'ensemble des salariés de la même manière, quels que soient leur revenu ou leur état de santé, puisqu'ils n'imposent pas de questionnaire médical. En outre, ils ne prévoient pas de délais de carence ni de délais de franchise.

Et ils offrent également aux assurés la possibilité de couvrir leur conjoint et leurs enfants à charge.

Le régime spécial des cadres

Selon la convention collective nationale des cadres, du 14 mars 1947, la mise en place d'un régime de prévoyance des cadres est obligatoire. Cette convention prévoit trois obligations :

- ✓ Les cadres doivent bénéficier d'un régime de prévoyance dont le taux de cotisation ne peut être inférieur à 1,50 % de la tranche A des salaires bruts (la tranche A est égale à 2859 € par mois en 2009) ;
- ✓ L'employeur doit prendre en charge la totalité de la cotisation de 1,50 % de la tranche A ;
- ✓ Le régime doit prioritairement garantir le risque décès.



Si l'entreprise ne respecte pas ses obligations et que l'un de ses cadres décède, elle doit verser aux ayants droit de ce dernier un capital égal à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur lors du décès (par exemple, pour un décès en 2009, le montant serait de 102924 €).

La garantie arrêt de travail des contrats de prévoyance collective

L'objectif du contrat est de compléter les indemnités journalières versées par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail. Leur forme et leur montant varient selon les causes de l'incapacité :

- ✓ Un accident ou une maladie d'origine non professionnelle ;
- ✓ Une grossesse ;
- ✓ Un accident de travail ou une maladie professionnelle (attention, les causes obéissent à des définitions réglementaires).



Les indemnités journalières sont versées par l'assurance maladie après trois jours de franchise. Leur montant est égal à 50 % du salaire brut, sans pouvoir excéder 50 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 1 429,50 € par mois en 2009). Le versement peut être effectué pendant trois ans au maximum. Au-delà, l'assuré est indemnisé au titre de l'invalidité, selon la classification de la Sécurité sociale (l'ensemble de cette question est étudié au chapitre 15).

La question du maintien du salaire par l'employeur

Une loi du 19 juillet 1978 impose aux entreprises, en cas d'arrêt de travail d'un salarié, de maintenir le versement intégral de son salaire, s'il a au moins trois ans d'ancienneté.



Les durées augmentent de dix jours par tranche de cinq ans d'ancienneté.

Tableau 19-2 : Le maintien du salaire par l'entreprise en cas d'arrêt de travail d'un salarié à partir de trois ans d'ancienneté

<i>Montant du versement</i>	<i>Durée du versement</i>
90 % du salaire brut	– Durant 30 jours à partir du 11 ^e jour en cas de maladie ou d'accident; – Immédiatement pour les maladies professionnelles et les accidents du travail.
66 % du salaire brut	Durant les 30 jours suivants



De nombreuses conventions collectives de branche contiennent des dispositions relatives à ce maintien du salaire, qui viennent compléter et même améliorer la loi du 19 juillet 1978. L'accord de branche peut également élaborer un régime complet de prévoyance et/ou imposer un taux de financement minimal affecté à la couverture de prévoyance complémentaire.

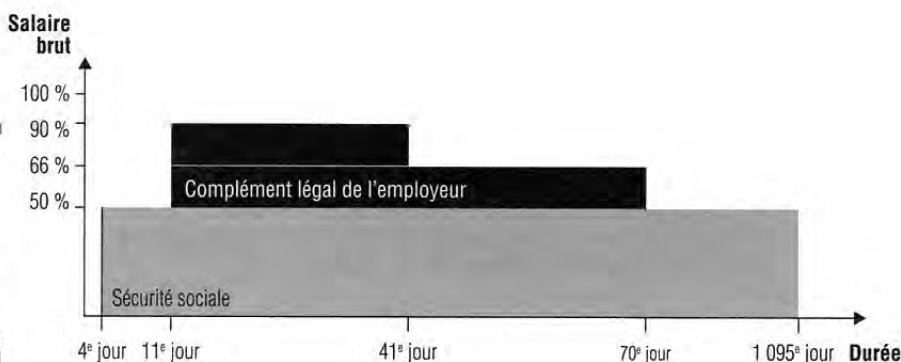
Toutes les conventions collectives sont consultables gratuitement sur le site institutionnel www.legifrance.gouv.fr.

Le complément prévu par le contrat de prévoyance

On l'aura compris, compte tenu du plafonnement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, pour certains salariés, la perte de revenu durant un arrêt maladie ou maternité peut être très élevée. C'est le cas par exemple des salariés qui ont moins de trois ans d'ancienneté, pour lesquels l'entreprise n'est pas tenue de maintenir le salaire.

C'est là que la prestation d'un contrat de prévoyance d'entreprise peut intervenir : le complément déterminé par le contrat peut prévoir de couvrir jusqu'à 100 % du salaire brut.

Figure 19-1 :
Exemple
pour un
salarié qui a
entre trois
et huit ans
d'ancienneté.



Source : Ionis.

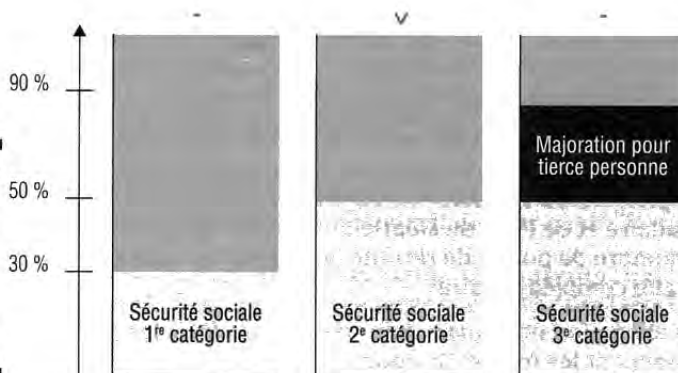
La garantie invalidité des contrats de prévoyance collective

Le régime d'assurance invalidité de la Sécurité sociale prévoit une prise en charge à partir d'un certain niveau d'incapacité de travail (l'ensemble de cette question est étudié au chapitre 15).

Là aussi, les prestations sont limitées à des salaires plafonnés et cessent à l'âge du départ à la retraite du salarié invalide.

La garantie invalidité des contrats de prévoyance prend la forme d'une rente exprimée en part du salaire brut, qui vient compléter celle de la Sécurité sociale. Le montant de cette rente d'invalidité peut aller jusqu'à 100 % du salaire brut. Il est revalorisé et versé trimestriellement jusqu'à l'âge de la retraite.

Figure 19-2 :
L'assurance
invalidité et
les complé-
ments des
contrats de
prévoyance.



Source : Ionis.



Le salarié ne peut jamais percevoir de prestation dont le montant dépasse le salaire net antérieur d'activité.

La garantie décès

En matière d'assurance décès, la Sécurité sociale prévoit deux types de prestation (les détails figurent au chapitre 15) :

- ✓ Le versement d'un capital décès correspondant à environ trois mois de salaire, plafonné à 8577 € en 2009. Il s'agit en fait d'une indemnité qui permet aux proches de l'assuré décédé de faire face aux besoins les plus immédiats ;
- ✓ Le versement d'une rente de conjoint et d'orphelin : en cas de décès à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le conjoint survivant perçoit une rente, de même que les enfants fiscalement à charge.



Un salarié non cadre marié a deux enfants à charge et gagne 24 000 € annuels bruts. S'il décède, le régime d'assurance décès de la Sécurité sociale verse à sa femme un capital unique de 6 000 €.

De son côté, la garantie décès d'un contrat de prévoyance collective peut prendre plusieurs formes, combinables entre elles, selon les objectifs fixés par l'accord d'entreprise :

- ✓ Un capital décès pour compenser la perte de revenus du foyer (une part du salaire brut annuel). En outre, ce capital peut être majoré en cas de décès accidentel et/ou en fonction du nombre d'enfants à charge ;
- ✓ Le versement d'un second capital ou d'une rente d'éducation en cas de décès du conjoint survivant, simultané ou postérieur (sous certaines conditions) ;
- ✓ Une rente éducation, pour accompagner les enfants à charge durant toute leur scolarité. Elle est attribuée aux enfants jusqu'à leur majorité ou la fin de leurs études (26 ans au maximum). Cette garantie est mise en jeu si l'enfant est fiscalement à charge du salarié à la date de son décès ;
- ✓ Une rente au conjoint survivant, pour percevoir un revenu de façon durable. La rente attribuée au conjoint survivant intervient en complément ou à la place du capital décès ; elle est calculée en fonction du salaire et de l'âge du salarié au moment de son décès, et en fonction du nombre de points de retraite acquis par le salarié dans les régimes de retraite complémentaire ;
- ✓ Une allocation obsèques : pour couvrir les frais les plus immédiats, notamment les frais d'obsèques.

Et la garantie dépendance ?

Les garanties de la prévoyance collective se concentrent aujourd'hui essentiellement vers la protection :

- ✓ Du salarié : le maintien d'un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail temporaire (incapacité) ou permanent (invalidité) ;
- ✓ Et de la famille : en cas de décès du salarié (temporaire décès, rentes de conjoint ou d'éducation).

L'enjeu va désormais être la mise en œuvre de la prise en charge de la dépendance, qui représente un poids financier très important : pour assurer la prise en charge des personnes, pour développer les services indispensables à leur apporter et pour leur permettre de conserver un niveau de vie suffisant, tout en faisant face aux coûts élevés de la perte d'autonomie.

Les institutions de prévoyance commencent à développer une offre collective, qui prévoit que, dès que la dépendance partielle ou totale est déclarée, la garantie propose une rente viagère, acquise jusqu'au décès de l'assuré. En général, elle prévoit de couvrir les salariés mais également les anciens salariés de l'entreprise.



Certains contrats prévoient aussi une couverture par points, comme pour la retraite complémentaire. Les cotisations du salarié et de l'entreprise permettent d'obtenir des « points dépendance ». Ces points seront transformés en rente viagère mensuelle si l'assuré se trouve en situation de dépendance. Si le salarié quitte ensuite l'entreprise ou part à la retraite, il continue à bénéficier de la garantie puisque les points restent inscrits à son compte personnel. Il a la possibilité de continuer à alimenter son compte à titre individuel ou dans le cadre d'une autre entreprise.

L'offre de garantie dépendance collective progresse (+ 37 % en 2007). Pourtant, pour les institutions de prévoyance, cela reste une activité marginale.

Les contrats de retraite d'entreprise

Selon le statut et l'entreprise dans laquelle il travaille, le salarié peut accéder à trois niveaux de retraite supplémentaire par capitalisation :

- ✓ Une épargne retraite individuelle : *via* l'assurance vie (étudiée au chapitre 10) ou un plan d'épargne retraite populaire (Perp) ;

- ✓ Un contrat de retraite d'entreprise réservé, par accord collectif, à une certaine catégorie de salariés. C'est ce qu'on appelle la retraite « catégorielle ». L'entreprise peut participer à la constitution d'un supplément de retraite pour une catégorie de salariés par un régime de retraite d'entreprise. Il s'agit d'un effort d'épargne souvent partagé entre l'entreprise et le salarié. Depuis la loi Fillon portant réforme des retraites, il est désormais possible pour l'adhérent de déduire les cotisations ou les primes versées dans le cadre d'un plan d'épargne retraite d'entreprise (PERE) ;
- ✓ Un contrat collectif de retraite : l'entreprise peut participer à la constitution d'un supplément de retraite pour l'ensemble des salariés par le biais d'un plan d'épargne retraite collectif (Perco). Toutes les entreprises sont concernées, quel que soit leur statut juridique.

En général, l'adhésion aux contrats de retraite proposés par les entreprises est facultative. En outre, si les conditions sont remplies par l'entreprise, certains salariés peuvent cumuler les avantages des différents produits.

Les contrats de retraite « catégoriels »

C'est en quelque sorte un « pilier » supplémentaire de retraite, qui s'ajoute au régime de retraite de base, aux régimes de retraite complémentaire Arrco et à la retraite Agirc des cadres. En général, la retraite supplémentaire est un régime facultatif : sur la base d'un accord collectif, non obligatoire, ou d'une décision unilatérale de l'employeur, l'entreprise souscrit auprès d'un assureur un contrat de retraite par capitalisation au bénéfice de certains de ses salariés. Ainsi, le régime peut être mis en place dans toute entreprise mais ne s'applique qu'à certaines catégories de salariés, par exemple seulement les cadres dirigeants.



Au moment du départ à la retraite du salarié, l'assureur verse une retraite supplémentaire, proportionnelle aux cotisations versées.

Il n'existe pas une définition précise des retraites supplémentaires, car elles peuvent fonctionner selon le système de la répartition ou de la capitalisation. Toutefois, pour être considérées comme telles, elles doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- ✓ Assurer une véritable pension de retraite, c'est-à-dire un revenu régulier et proportionnel au salaire et à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise. Le système ne peut donc pas prévoir le versement d'un capital au moment du départ à la retraite ;
- ✓ Prévoir le versement de la pension au plus tôt à l'âge normal du départ à la retraite, c'est-à-dire à l'âge à partir duquel le salarié peut bénéficier de la pension du régime de base ;
- ✓ Comporter une participation de l'employeur au financement de la pension (qui peut d'ailleurs représenter la totalité de la cotisation) ;



- ✓ Avoir un taux de cotisation uniforme pour tous les salariés appartenant à une même catégorie;
- ✓ Offrir la possibilité de verser la pension au conjoint ou aux enfants à charge, en cas de décès de l'assuré.

Les employeurs sont libres de proposer, ou de ne pas proposer, un régime de retraite supplémentaire. Lorsqu'il en existe, leur gestion est confiée à un organisme qui tient les salariés informés de leurs droits.

En fonction des avantages fiscaux prévus par le Code général des impôts (CGI), les contrats de retraite supplémentaire sont classés en trois catégories :

- ✓ La retraite supplémentaire à prestations définies « article 39 du CGI »;
- ✓ La retraite supplémentaire à cotisations définies « article 82 du CGI »;
- ✓ La retraite supplémentaire à cotisations définies « article 83 du CGI ».

La retraite à prestations définies (article 39 du CGI)

Un contrat d'assurance retraite à prestations définies garantit au salarié une retraite dont le montant est prévu à l'avance. Pour le salarié, la cotisation est totalement exonérée de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

En revanche, pour l'employeur, elle entraîne une contribution sociale égale :

- ✓ Soit à 12 % des primes versées (en cas de gestion interne, la taxe est fixée à 24 % à compter du 1^{er} janvier 2010);
- ✓ Soit à 8 % sur les rentes versées excédant un tiers du plafond annuel de la Sécurité sociale. Pour les retraites liquidées à compter du 1^{er} janvier 2010, les rentes d'un montant supérieur à 8 plafonds annuels de sécurité sociale sont désormais soumises à une taxe patronale additionnelle de 30 %.



L'option choisie au départ est définitive.

Par ailleurs, le salarié ne peut en aucun cas effectuer des versements volontaires. En revanche, une retraite de réversion au profit du conjoint peut être demandée lors du départ à la retraite.

La prestation perçue par le salarié partant à la retraite est versée exclusivement sous forme de rente viagère (avec réversion possible au profit du conjoint). Elle est assujettie à l'impôt sur le revenu au même titre que les pensions et les rentes.

La retraite supplémentaire « article 39 » se divise elle-même en deux catégories.

La retraite « additive » ou « additionnelle »

Elle prévoit le versement d'une retraite supplémentaire dont le montant est fixé à l'avance, indépendamment du montant de la retraite versée par les régimes obligatoires et complémentaires. Son montant est souvent corrélé au salaire d'activité (par référence à une moyenne avec ou sans les primes) et à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise ou dans la profession ;



La retraite additive peut être égale à 0,5 % du salaire moyen des 12 trimestres précédant le départ à la retraite (hors primes exceptionnelles) par année d'ancienneté dans l'entreprise, dans la limite de 5 % du salaire moyen des six trimestres précédant le départ à la retraite.

La retraite « chapeau » ou « différentielle »

Le contrat garantit une retraite égale à un pourcentage du salaire de fin de carrière, en complément de celle des régimes obligatoires.



La retraite différentielle garantie peut être égale à 70 % du salaire moyen des 12 trimestres précédant le départ à la retraite (hors primes exceptionnelles). Le montant assumé par le régime est obtenu après déduction des pensions et rentes viagères des régimes de base et du régime de retraite supplémentaire à cotisations définies.



Dans les deux cas, la rente ne peut être versée qu'à condition que le salarié soit encore présent dans l'entreprise au moment de son départ à la retraite. Le salarié perd donc tous ses droits s'il quitte l'entreprise pour poursuivre sa carrière professionnelle dans une autre entreprise.

La retraite à cotisations définies

Par ces systèmes, le montant de la pension est lié uniquement aux cotisations versées. Il en existe deux grandes catégories :

- ✓ Les contrats d'épargne retraite, qui s'apparentent à une opération de capitalisation individuelle, même si la gestion du dispositif est réalisée de manière collective. L'entreprise verse à l'organisme assureur les cotisations des salariés sur un compte individuel ;
- ✓ Les contrats exprimés en droits, dont les cotisations ne font pas l'objet d'une capitalisation financière mais sont transformées en droit à pension : un élément de rente viagère différée jusqu'à l'âge de la retraite ou l'acquisition de points.



Les entreprises peuvent également souscrire, en faveur de leurs salariés, mais cette fois choisis individuellement, des contrats qui permettent une sortie en capital, au moment de leur départ à la retraite. Ces contrats, dits « contrats de collaborateurs » ou « en sursalaire », donnent droit aux avantages liés à l'assurance vie.

La retraite supplémentaire « article 82 » du Code général des impôts

C'est un contrat d'assurance pour la retraite, mais cette fois à cotisations définies. Il est signé dans le cadre d'un accord collectif d'entreprise ou de branche professionnelle, à la suite duquel l'entreprise s'engage sur un niveau de versement, calculé en pourcentage du salaire, identique pour tous les salariés.

L'accord peut prévoir une participation financière des salariés et, si c'est le cas, elle est obligatoire et son niveau n'est pas négociable.

Le salarié ne perd pas ses droits s'il quitte l'entreprise avant sa retraite. Il peut même les racheter avant de partir.

Les cotisations versées par l'entreprise sont déductibles de la base imposable à l'impôt sur les sociétés. En revanche, pour le salarié, elles sont imposables au titre de l'impôt sur le revenu, car elles sont considérées comme un « sursalaire ».

Les versements éventuels du salarié sont assujettis aux charges sociales.

Pour le salarié, ce type de contrat est donc moins attractif que ceux de l'article 39. Il peut toutefois intéresser les salariés proches de la retraite préférant disposer d'un capital.

La retraite supplémentaire « article 83 » du Code général des impôts

C'est un plan collectif destiné à la retraite sur un contrat d'assurance vie : l'entreprise s'engage sur un montant de cotisation, fixé par l'accord collectif et correspondant soit à un pourcentage du salaire brut, soit à des tranches de salaire.

S'il y a une cotisation salariale, elle est obligatoire.

La cotisation de l'employeur est exonérée de charges sociales dans la limite de 5 % de la rémunération annuelle, avant déduction de l'abondement au Perco, avec un maximum de 5 % de cinq fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle est entièrement assujettie à la CSG et à la CRDS.

Pour le salarié, elle est exonérée d'impôt sur le revenu tant que le versement de l'entreprise sur le contrat n'excède pas 8 % de son salaire, avec un maximum de 8 % de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

La sortie est impossible avant le départ à la retraite sauf accident de la vie, mais le salarié ne perd pas ses droits s'il quitte l'entreprise avant sa retraite. Dans ce cas, le contrat reste ouvert, sans versements supplémentaires.



Tableau 19-3 : Les caractéristiques des contrats de retraite supplémentaire

<i>Contrat</i>	<i>Règles d'attribution</i>	<i>Participation financière de l'entreprise</i>	<i>Participation financière du salarié</i>
Contrat de retraite « article 3 » du CGI	<p>Contrat individuel d'assurance à prestations définies</p> <p>Négociation individuelle possible s'il n'y a pas de programme d'attribution collective</p> <p>Attention : le salarié perd ses droits s'il quitte l'entreprise avant sa retraite</p>	<p>– Retraite « chapeau » : le contrat garantit une retraite égale à un pourcentage du salaire de fin de carrière, en complément de celle des régimes obligatoires</p> <p>– Retraite « additionnelle » : le contrat garantit un montant fixe de rente indépendamment des autres régimes de retraite</p>	Versements impossibles
Contrat de retraite « article 82 » du CGI	<p>Contrat individuel d'assurance à cotisations définies, signé dans un cadre collectif</p> <p>Le salarié ne perd pas ses droits s'il quitte l'entreprise avant sa retraite. Il peut même les racheter avant</p>	L'entreprise s'engage sur un niveau de versement, calculé en pourcentage du salaire (identique pour tous les salariés)	S'il y a une cotisation salariale, elle est obligatoire et son niveau n'est pas négociable
Contrat de retraite « article 8 » du CGI	<p>Plan collectif destiné à la retraite sur un contrat d'assurance vie</p> <p>Le salarié ne perd pas ses droits s'il quitte l'entreprise avant sa retraite</p> <p>La sortie est impossible avant le départ à la retraite sauf accident de la vie</p>	L'entreprise s'engage sur un montant de cotisation, fixé par l'accord collectif et correspondant soit à un pourcentage du salaire brut, soit à des tranches de salaire	S'il y a une cotisation salariale, elle est obligatoire et son niveau n'est pas négociable

Si le comité d'entreprise participe au financement

La participation du comité d'entreprise au financement d'un régime de retraite supplémentaire d'entreprise peut, sous certaines conditions, être aussi exonérée de cotisations de sécurité sociale en tant que contribution patronale de retraite supplémentaire.

La loi n°2003-775 du 21 août 2003, portant réforme des retraites, a modifié les conditions d'exonération des contributions patronales de sécurité sociale, destinées au financement des prestations de retraite et de prévoyance complémentaires. Ainsi, pour les régimes de retraite supplémentaire créés depuis le 1^{er} janvier 2005, la participation du comité d'entreprise peut être exonérée de cotisations de sécurité sociale à condition de respecter les règles suivantes :

- ✓ Le régime de retraite est mis en place selon l'une des modalités suivantes : un accord collectif ou un projet d'accord ratifié à la majorité, ou encore une décision unilatérale de l'employeur ;
- ✓ Le régime est collectif et obligatoire ;
- ✓ La contribution ne se substitue pas à un élément de rémunération ;
- ✓ Les prestations sont servies par un organisme habilité ;
- ✓ Les pensions de retraite doivent répondre à des conditions spécifiques, notamment le caractère viager de la prestation, la transférabilité des droits, l'interdiction des rachats (sauf cas prévus par la loi).



Dans tous les cas, la participation du comité d'entreprise au financement d'une couverture à adhésion facultative et individuelle est assimilée à un complément de rémunération et soumise à cotisations de sécurité sociale.

Les nouvelles limites d'exonération par salarié et par an sont désormais égales à la plus élevée des deux sommes suivantes :

- ✓ 5 % du montant du plafond de la Sécurité sociale ;
- ✓ 5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale.

La rémunération est retenue à concurrence de cinq fois le plafond de la Sécurité sociale. Il est à noter que les contributions de l'employeur destinées au financement des régimes de retraite et de prévoyance soumises à cotisations de sécurité sociale ne sont pas prises en compte pour déterminer cette rémunération. En revanche, cette participation reste soumise à la CSG-CRDS après abattement de 3 %.



Auparavant, ces contributions étaient exonérées dans la limite de 85 % du plafond de la Sécurité sociale pour l'ensemble de ces contributions (retraite + prévoyance). Cette limite d'exonération s'appliquait à tous les régimes, obligatoires ou facultatifs.

Afin de permettre aux entreprises d'adapter leur régime de retraite supplémentaire aux nouvelles règles d'exonération, l'ancien dispositif d'exonération a été maintenu jusqu'au 31 décembre 2008. Et, depuis le 1^{er} janvier 2009, le nouveau dispositif d'exonération des contributions patronales ne s'applique qu'aux régimes qui respectent les conditions et limites posées par la loi portant réforme des retraites.

L'épargne salariale et l'épargne retraite

L'épargne salariale est un ensemble d'exonérations fiscales et sociales dont le but est double :

- ✓ Inciter les salariés à bloquer leurs primes de participation et d'intéressement en les plaçant sur des plans d'épargne, en vue notamment d'améliorer leur retraite;
- ✓ Inciter les entreprises à redistribuer plus de bénéfices aux salariés. Elles sont en effet autorisées à effectuer des versements complémentaires, appelés « abondements ».

Les accords collectifs de participation et d'intéressement

Le principe de l'épargne salariale repose d'abord sur deux accords collectifs :

- ✓ Un accord obligatoire de participation des salariés aux résultats de l'entreprise;
- ✓ Un accord non obligatoire d'intéressement des salariés aux objectifs de l'entreprise.

La participation des salariés aux résultats de l'entreprise

L'accord sur la participation des salariés aux résultats de l'entreprise est obligatoire dans toutes les entreprises de plus de 50 salariés. Il s'agit d'un accord collectif prévoyant de reverser aux salariés une part des bénéfices générés chaque année par l'entreprise, sous forme de prime annuelle.

Cependant, le montant de la prime ne peut pas dépasser, par salarié, les trois quarts du plafond annuel de la Sécurité sociale.

La prime attribuée peut être :

- ✓ Perçue directement par le salarié : dans ce cas, elle est soumise à l'impôt sur le revenu;



- ✓ Versée pour tout ou partie sur un plan d'épargne entreprise (PEE ou PEL ou Perco) : dans ce cas, elle est exonérée d'impôt sur le revenu et de cotisations sociales, y compris CSG et CRDS.

La loi en faveur des revenus du travail, adoptée le 3 décembre 2008, permet à chaque salarié qui le souhaite de percevoir immédiatement les sommes issues de la participation. Le salarié doit alors opter pour le retrait ou le blocage de ces sommes. À défaut d'option, la participation reste bloquée pour cinq ans, sauf cas de déblocage anticipé.

Les sommes retirées sont soumises à l'impôt sur le revenu au titre de l'année de leur versement. Les sommes qui restent bloquées sont défiscalisées.

Le nouveau dispositif s'applique à la participation versée en 2009 et aux suivantes. En revanche, les salariés n'ont pas le droit de « débloquer » la participation bloquée au titre des exercices antérieurs.

L'intéressement des salariés aux objectifs de l'entreprise

Il repose lui aussi sur un accord collectif, mais cette fois non obligatoire et conditionné par un objectif à atteindre.

L'intéressement permet en fait d'associer financièrement les salariés à l'amélioration des résultats et des performances de l'entreprise, en fonction de critères librement déterminés par les dirigeants et les représentants des salariés (résultats, rentabilité, qualité...).

C'est un système facultatif pour l'entreprise.

Les primes d'intéressement sont versées à tous les salariés, avec une éventuelle condition d'ancienneté de trois mois.

Leur montant ne peut dépasser, par salarié, la moitié du plafond annuel de la Sécurité sociale.

La prime attribuée peut être :

- ✓ Perçue directement par le salarié : dans ce cas, elle est soumise à l'impôt sur le revenu ;
- ✓ Versée pour tout ou partie sur un PEE ou PEL ou Perco : dans ce cas, elle est exonérée d'impôt sur le revenu et de cotisations sociales, sauf CSG et CRDS.

Tableau 19-4 : Le régime fiscal et social des primes de participation et d'intéressement

<i>Prime</i>	<i>Règles d'attribution</i>	<i>Régime fiscal et social</i>
Participation	Dispositif collectif obligatoire dans les entreprises de plus 50 salariés La prime n'est versée qu'en cas de bénéfices : elle est donc aléatoire	La prime est exonérée de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu à condition d'être reversée sur un compte bloqué pour 5 ans
Intéressement	Dispositif collectif non obligatoire de partage des bénéfices, fixé par un accord d'entreprise L'accord doit concerner tous les salariés, mais il peut prévoir des disparités liées à l'ancienneté, au salaire ou à une combinaison de ces critères	La prime est exonérée de cotisations sociales, sauf CSG et CRDS, après déduction forfaitaire de 3 % pour frais Elle est exonérée d'impôt sur le revenu si le salarié la reverse sous 15 jours sur un PEE ou un Perco, pour un montant inférieur à la moitié du plafond annuel de la Sécurité sociale

L'abondement de l'entreprise

L'accord d'entreprise peut prévoir de compléter les versements des salariés par une contribution additionnelle à leur effort d'épargne. C'est ce qu'on appelle l'« abondement ».

L'entreprise ne peut pas abonder la participation, sauf si celle-ci est versée sur un Perco ou un Perco-I. Elle peut abonder seulement l'intéressement ou les versements volontaires.

Les modalités de détermination de l'abondement sont fixées dans le règlement du plan d'épargne collectif.



Un salarié verse 1 000 €. Si l'abondement est fixé à 50 %, son entreprise ajoute 500 €, soit 1 500 € versés sur le plan d'épargne collectif.

L'abondement ne peut pas être modulé individuellement par salarié et ne peut en aucun cas être croissant avec la rémunération du salarié. Néanmoins, la règle choisie peut être plus ou moins favorable aux salariés disposant de moins de moyens. Ainsi, plus l'abondement représente un pourcentage élevé du versement du salarié, plus le système est favorable aux faibles rémunérations.

L'entreprise peut aussi décider d'abonder les versements en fonction de l'affectation de l'épargne. Elle peut, par exemple, décider de privilégier les placements en titres de l'entreprise.



Le forfait social est une contribution patronale sur les sommes versées au titre de l'intéressement, de la participation, des abondements aux plans d'épargne d'entreprise (PEE et Perco) et au financement de la retraite supplémentaire. Ce forfait était de 2 % ; en 2010, il passe à 4 %. En outre, il est élargi :

- ✓ Aux sommes perçues par les dirigeants d'entreprises au titre de l'intéressement, de la participation et de l'épargne salariale, dans les mêmes conditions que les salariés ;
- ✓ Aux jetons de présence et sommes perçues au titre de l'exercice de leur mandat, par les administrateurs et les membres des conseils de surveillance des SA et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

Les stock-options et les actions gratuites en restent exonérées, car elles sont déjà soumises depuis 2008 à une contribution patronale de 10 %.

Les plans d'épargne salariale

Il existe trois types de plans d'épargne salariale :

- ✓ Les plans d'épargne entreprise (PEE), dans lesquels les sommes épargnées doivent rester investies pendant au moins cinq ans, hors cas de retrait anticipé prévus par la loi ;
- ✓ Les plans d'épargne interentreprise (PEI), qui permettent à plusieurs entreprises de se regrouper pour instituer un plan d'épargne ;
- ✓ Les plans d'épargne pour la retraite collectifs (Perco ou Perco-I), où les fonds sont bloqués jusqu'au départ à la retraite, hors cas de retrait anticipé également prévus par la loi.



Les salariés de la fonction publique (administration publique, éducation, santé, action sociale) n'ont pas accès aux dispositifs d'épargne salariale. Pour eux, d'autres dispositifs sont prévus. Ils sont détaillés à la fin de ce chapitre.

L'épargne salariale est davantage développée dans les entreprises d'au moins 50 salariés où la participation est obligatoire. Les secteurs de l'industrie, de l'énergie, de la banque et de l'assurance sont les plus concernés. En revanche, dans les entreprises de moins de 50 salariés, seuls 15 % des salariés sont couverts par un dispositif d'épargne en entreprise, le plus souvent *via* un plan d'épargne entreprise ou interentreprise. Plus de 5,5 millions de salariés en sont donc encore exclus.

Début 2007, on comptait au total 10,3 millions de salariés travaillant dans 165 000 entreprises disposant d'un plan d'épargne salariale.



Dans les entreprises de 1 à 100 salariés, les dirigeants peuvent également bénéficier d'un PEE ou d'un PEI. Et cela, quelle que soit la forme juridique de l'entreprise. Il peut s'agir des chefs d'entreprise (mandataires sociaux, mais aussi artisans, commerçants, profession libérale), du directeur général, du gérant ou des membres du directoire de l'entreprise.

Les plans d'épargne entreprise (PEE) ou interentreprise (PEI)

Ce sont les plans d'épargne collectifs institués à la suite d'un accord collectif soit dans l'entreprise (PEE), soit dans une branche professionnelle, d'où le terme « interentreprise » (PEI).

Ces plans d'épargne sont destinés à recevoir les versements individuels des salariés (intéressement, versements volontaires), l'éventuel abondement de l'entreprise, ainsi que des sommes issues de la participation. Ils permettent donc aux salariés de se constituer progressivement un capital, dans des conditions fiscales avantageuses.

Les versements des salariés sont limités à un quart de leur rémunération annuelle brute. Ceux des entreprises sont limités à trois fois les versements du salarié, sans dépasser 8 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

L'épargne est placée, en général, sur des supports d'investissement variés, plus ou moins risqués (par exemple des sicav ou des FCPE), au choix du salarié, de manière à produire chaque année des intérêts.

Si un salarié quitte l'entreprise, il peut maintenir son épargne investie dans le PEE ou un dans PEI, en bénéficiant toujours des mêmes avantages fiscaux. Il peut aussi la transférer auprès de son nouvel employeur.



Le PEE peut également servir de support à une augmentation de capital de la part de l'entreprise : dans ce cas, les salariés bénéficient en général d'une remise sur les actions non cotées, qui peut atteindre 20 %, ou 30 % lorsque les titres restent bloqués pendant dix ans, avec à la clé une exonération fiscale et sociale.

Tableau 19-5 : Les plans d'épargne entreprise (PEE) ou interentreprise (PEI)

<i>Plan d'épargne</i>	<i>Règles d'attribution</i>	<i>Participation financière du salarié</i>	<i>Participation financière de l'entreprise</i>
Plan d'épargne entreprise (PEE) ou interentreprise (PEI)	Plan collectif destiné à permettre aux salariés de se constituer une épargne (notamment pour leur retraite). Les sommes y sont bloquées pendant 5 ans, puis libérées sous forme de capital.	Versement des primes d'intéressement et de participation + versements volontaires. L'ensemble est limité à 1/4 de la rémunération annuelle brute.	L'abondement ne peut excéder 3 fois les versements du salarié ni dépasser 8 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les sommes versées sur les PEE ou PEI sont bloquées pendant cinq ans. Néanmoins, des possibilités de déblocage anticipé sont autorisées par la loi, c'est-à-dire défiscalisés, pour faire face à une situation familiale particulière. Les autorisations de déblocage anticipé de l'épargne sont les suivantes :

- ✓ Le mariage ou la signature d'un pacs ;
- ✓ La naissance ou l'arrivée au foyer d'un enfant en vue de son adoption, si le foyer compte déjà au moins deux enfants à charge ;
- ✓ Le divorce, la séparation ou la dissolution d'un pacs assorti d'un jugement prévoyant la résidence habituelle unique ou partagée d'au moins un enfant ;
- ✓ L'invalidité de l'épargnant, de ses enfants, de son conjoint ou du pacsé ;
- ✓ Le décès de l'épargnant, de son conjoint ou pacsé. En cas de décès de l'épargnant, les ayants droit doivent demander le déblocage dans les six mois suivant le décès. Passé ce délai, les plus-values seront imposées ;
- ✓ La cessation du contrat de travail ou du mandat social ;
- ✓ La création ou la reprise d'une entreprise, l'installation en vue de l'exercice d'une autre profession non salariée, l'acquisition de parts d'une société coopérative de production (Scop) ;
- ✓ L'acquisition, la construction ou l'agrandissement de la résidence principale qui comporte la création de surface habitable ou la remise en état de la résidence principale endommagée à la suite d'une catastrophe naturelle ;
- ✓ Le surendettement de l'épargnant.

Le plan d'épargne retraite collectif (Perco)

Le Perco est un plan d'épargne entreprise destiné spécialement à compléter la future retraite des salariés non cadres, cadres et dirigeants. Il ne peut être mis en place dans une entreprise que s'il y a déjà un plan d'épargne entreprise (PEE) et si un accord collectif à ce sujet a été signé.



Le Perco est un contrat d'entreprise bloqué jusqu'à la retraite, transférable d'une entreprise à une autre. Pour le salarié, l'adhésion au Perco de l'entreprise est facultative.

Lorsque l'accord collectif concerne une branche professionnelle, le Perco est « interentreprise », ou « Perco-I ».

Le salarié peut y verser ses primes d'intéressement et de participation, de l'épargne personnelle et même y transférer son compte épargne temps. Tous versements du salarié confondus, la limite est fixée à 25 % de sa rémunération annuelle brute.

De son côté, l'entreprise peut effectuer des abondements, c'est-à-dire des versements complémentaires, dans la limite de trois fois les versements du salarié, sans dépasser 16 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les versements volontaires du salarié ne sont ni imposables ni déductibles de ses impôts. En revanche, toutes les sommes versées par le salarié ou l'employeur sont soumises à CSG et CRDS, après un abattement de 3 %.

La sortie en rente viagère comme en capital n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.



Après avoir quitté son entreprise, un ancien salarié peut continuer à effectuer des versements sur son Perco s'il n'y a pas droit dans sa nouvelle entreprise. Mais il n'a pas droit aux abondements et doit assumer seul les frais de gestion de son plan.

Tableau 19-6 : Le plan d'épargne retraite collectif (Perco)

<i>Plan d'épargne</i>	<i>Règles d'attribution</i>	<i>Participation financière du salarié</i>	<i>Participation financière de l'entreprise</i>
Plan d'épargne retraite collectif (Perco)	Plan collectif, possible s'il y a déjà un PEE ou un PEL dans l'entreprise	Versement des primes d'intéressement et de participation + transfert du compte épargne	L'abondement ne peut excéder 3 fois les versements du salarié ni dépasser 16 % du plafond annuel de la Sécurité sociale
Plan d'épargne retraite collectif interentreprise (Perco-I)	L'adhésion est facultative Sortie en rente ou en capital Le Perco se poursuit jusqu'à la retraite. Il est transférable d'une entreprise à une autre	temps + versements volontaires L'ensemble est limité à 1/4 de la rémunération annuelle brute	Le capital est investi en fonds communs de placement

Les sommes versées sur un Perco sont donc bloquées jusqu'à la retraite. À cette date, l'épargne est disponible sous forme de rente ou de capital en fonction de l'option choisie.

Il y a toutefois quelques possibilités de déblocage anticipé :

- ✓ L'invalidité de l'épargnant, de ses enfants, de son conjoint ou pacsé ;
- ✓ Le décès de l'épargnant, de son conjoint ou pacsé ;
- ✓ L'acquisition de la résidence principale ou la remise en état de la résidence principale endommagée à la suite d'une catastrophe naturelle ;
- ✓ Le surendettement de l'épargnant ;

- ✓ L'expiration des droits à l'assurance chômage de l'épargnant ;
- ✓ Le départ de l'entreprise. Dans ce cas, il y a trois possibilités :
 - Le salarié peut clore son plan d'épargne salariale au moment de son départ. Si l'épargne est placée dans un fonds commun de placement investi uniquement en titres de l'entreprise, le salarié peut, dans certaines entreprises, être obligé de solder son épargne salariale. Mais, dans ce cas, l'entreprise doit lui proposer de transférer cette épargne salariale sur un autre fonds,
 - Le salarié peut garder son compte sur le plan d'épargne de l'entreprise qu'il quitte, mais dans ce cas, il est libre de céder ses parts à tout moment. Il peut effectuer des transferts sur un autre fonds disponible dans le plan de l'entreprise qu'il quitte. Il est également autorisé à continuer d'effectuer des versements,
 - Il peut transférer son épargne vers le plan d'épargne d'une nouvelle entreprise. Dans ce cas, il y a liquidation et clôture du compte précédent. Le transfert est total.



Lorsqu'un salarié quitte l'entreprise, un livret d'épargne salariale lui est remis. Il contient un état récapitulatif de l'ensemble de ses droits. Cet état récapitulatif distingue : les actifs disponibles et les moyens d'assurer la liquidation ou le transfert d'une part ; les actifs non disponibles, en précisant les échéances d'autre part.

Le plan d'épargne retraite d'entreprise (PERE)

C'est un autre type de plan d'épargne pour la retraite, installé à la suite d'un accord collectif, mais cette fois l'adhésion du salarié est obligatoire. L'entreprise s'engage sur un montant de cotisation, fixé par l'accord collectif et correspondant soit à un pourcentage du salaire brut, soit à des tranches de salaire.

Pour le salarié, les versements sont libres et facultatifs, et ils sont déductibles de l'impôt sur le revenu.

Au moment de la retraite, la sortie se fait en rente. Aucun déblocage n'est possible avant, sauf accident de la vie.



Le plan d'épargne retraite populaire (Perp)

C'est un contrat d'assurance individuel, facultatif mais cette fois accessible à tous, indépendants comme salariés. Il permet de compléter ses revenus pour la retraite par des versements pendant la phase d'activité professionnelle.

Pour ouvrir un Perp, il faut d'abord adhérer à une association, le Groupement d'épargne individuelle pour la retraite (Gerp), qui souscrit le contrat avec l'assureur (banque, assurance, mutuelle) et veille sur les intérêts de l'assemblée des cotisants. En revanche, le compte Perp lui-même est individuel. Les versements sont libres et facultatifs, et, s'ils sont effectués avant le 31 décembre de l'année, ils sont déductibles de l'impôt sur le revenu dans la limite de :

- ✓ 10 % des revenus nets de l'activité professionnelle, dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- ✓ Ou 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale de l'année précédente, si ce plafond est plus élevé.



Durant la phase d'épargne, l'argent est indisponible.

Le rendement dépend des placements choisis pour y investir l'épargne, qui est cependant progressivement sécurisée par l'assureur :

- ✓ Entre 10 et 20 ans avant la retraite, au moins 40 % de l'épargne doit être garantie ;
- ✓ Entre 5 et 10 ans, le taux d'épargne garantie passe à 65 % ;
- ✓ Entre 2 et 5 ans, 80 % sont garantis ;
- ✓ Enfin, moins de 2 ans avant la retraite du souscripteur, au moins 90 % de l'épargne doit être garantie par l'assureur.

Lors de la liquidation de sa retraite, l'adhérent touche en principe une rente viagère.



Le versement de la rente peut être anticipé dans certains cas d'invalidité, de cessation d'activité à la suite d'une liquidation judiciaire (et pour les salariés, en cas de fin du droit aux allocations chômage après un licenciement).

Le Perp permet aussi d'acquérir sa première résidence principale. Dans ce cas, à la date d'échéance du contrat, l'épargne est versée sous forme de capital. Dans cette hypothèse, le souscripteur peut également bénéficier d'un prêt à 0 %.

Mais, dans les deux cas, l'épargne est soumise à l'impôt sur le revenu.

À noter enfin que, en cas de décès avant ou après la liquidation des droits à la retraite, la rente prévue par le Perp peut être reversée sous forme de rente viagère au conjoint survivant ou à tout autre bénéficiaire désigné dans le plan. Les enfants mineurs peuvent aussi la percevoir sous forme de rente éducation.

Qu'est-ce qu'une rente éducation ?

C'est un contrat d'assurance qui garantit un revenu aux enfants pour qu'ils poursuivent leurs études en cas de décès des parents. Il s'agit de verser une prime fixe ou variable, calculée en pourcentage du revenu annuel d'un ou des deux parents. Le montant de la prime dépend de

l'âge des parents et du montant à garantir. Par exemple, un parent âgé de 40 ans qui souhaite garantir une rente annuelle de 10 000 € à chacun de ses deux enfants devra déboursier une prime annuelle de l'ordre de 500 €. En revanche, s'il a 60 ans, la prime s'élèvera à 900 €.

Les frais liés à la gestion de l'épargne salariale

L'épargne collective en entreprise présente un autre avantage pour les salariés : la mutualisation des coûts attachés à la gestion des plans d'épargne. En la matière, il existe deux catégories de frais.

Les frais liés aux opérations de tenue de compte

Le règlement des plans d'épargne comporte une aide de l'entreprise destinée à payer les frais de tenue de compte. L'aide minimale consiste dans la prise en charge obligatoire par l'entreprise de l'essentiel des frais de tenue de compte, à savoir :

- ✓ Les frais d'ouverture du compte du salarié ;
- ✓ Les frais afférents à un versement annuel du salarié en plus du versement de la participation et de l'intéressement sur le plan ;
- ✓ L'établissement et l'envoi des relevés d'opérations pris en charge par l'entreprise ;
- ✓ Une modification annuelle du choix de placement (l'arbitrage) ;
- ✓ L'établissement et l'envoi du relevé annuel de situation ;
- ✓ L'ensemble des rachats à l'échéance et par anticipation (retraits anticipés) à condition qu'ils soient effectués par virement sur le compte du salarié ;
- ✓ L'accès des salariés aux outils télématiques les informant sur leurs comptes.

Les éventuels frais supplémentaires applicables aux salariés, par exemple ceux liés à un relevé de situation intermédiaire, leur sont adressés

annuellement par l'entreprise ou, à la demande de celle-ci, directement par le teneur du compte. Les frais de tenue de compte des anciens salariés peuvent être mis à leur charge par prélèvement sur leurs avoirs. En cas de liquidation de l'entreprise, les frais de tenue de compte dus postérieurement à la liquidation sont mis à la charge des bénéficiaires.

Les frais liés à la gestion des sommes versées

Les frais de fonctionnement et de gestion peuvent aussi être pris en charge par l'entreprise, ou mis à la charge du fonds ou de la sicav.

Ces frais, ainsi que les commissions de souscription et de rachat des versements des salariés, figurent dans les notices d'information des FCPE et des sicav annexées au plan d'épargne.

L'épargne retraite des fonctionnaires

Les fonctionnaires n'ont pas accès aux dispositifs d'épargne salariale. En revanche, ils disposent depuis 1967 d'un régime de retraite par points baptisé « Préfon-Retraite ». Il permet aux fonctionnaires titulaires et non titulaires d'améliorer volontairement le niveau de leur future retraite.



Préfon-Retraite est un régime facultatif ouvert à tous les agents civils et militaires de l'État, des collectivités locales (régions, départements, communes) et des établissements publics à caractère administratif, industriel ou commercial. Ils peuvent être titulaires, auxiliaires, contractuels, temporaires ou stagiaires. Une seule condition : pour adhérer, il faut avoir moins de 70 ans.

Les anciens agents et les fonctionnaires hors cadres ou détachés peuvent aussi s'affilier à titre personnel, ainsi que les conjoint ou partenaire de pacs des adhérents et les veufs d'agents ou d'anciens agents (même non adhérents).

L'adhérent Préfon choisit parmi 13 classes de cotisations, qu'il peut changer à tout moment en fonction de l'évolution de ses revenus. Il peut aussi suspendre ses versements sans pénalité ou faire des versements exceptionnels. Et il peut racheter, en une ou plusieurs fois, les années durant lesquelles il n'a pas cotisé.

Ces cotisations permettent d'acquérir chaque année un certain nombre de points. En fin de carrière, tous les points Préfon sont additionnés et multipliés par la valeur donnée à chaque point.

La retraite peut être demandée à partir de 60 ans, dès que l'adhérent atteint l'âge minimal requis pour liquider sa retraite de base.

Il peut toutefois anticiper son départ à partir de 55 ans, mais le calcul subit une minoration proportionnelle à l'âge choisi pour liquider ses droits. Par exemple : à 59 ans, la pension est minorée de 5 %.

Inversement, s'il prolonge sa carrière, la pension est majorée. Par exemple : à 65 ans, le taux de majoration est de + 27 %.



En cas de décès de l'adhérent avant la liquidation de ses droits, 60 % des points acquis à cette date sont réversibles au profit de son conjoint ou, à défaut, d'un bénéficiaire librement désigné.

La Préfon propose également deux régimes d'assurance dépendance et d'assurance décès, ouverts aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires de 50 à 69 ans (60 ans seulement pour l'assurance décès), sans questionnaire médical. Les garanties prévues sont sensiblement les mêmes que celles des contrats d'assurance individuels (étudiés aux chapitres 11 et 12).

Septième partie

La partie des Dix



Dans cette partie...

Voilà, vous avez lu les six parties précédentes et plus rien ne vous échappe concernant l'assurance en France. Si vous vous apprêtez à signer votre premier contrat d'assurance ou à souscrire une assurance individuelle pour mieux protéger un voyage, votre santé ou préparer votre retraite, voici la traditionnelle « partie des Dix », bien connue des amateurs de la collection. Plus légère, plus synthétique, celle-ci résume en seulement dix points l'essentiel de ce qu'il faut garder en tête pour ne rien oublier. Et signer un contrat d'assurance en toute connaissance de cause !

Chapitre 20

Les contrats d'assurance en dix points clés

Dans ce chapitre :

- Le contrat d'assurance sert à couvrir des risques « assurables »
- Le contrat et l'attestation d'assurance sont des preuves que le souscripteur est assuré
- L'assuré ne peut être indemnisé par son assureur que s'il paie ses cotisations
- Le contrat est conclu pour un an avec reconduction tacite

À l'ancienne, on l'appelle aussi « police d'assurance » (rien à voir avec les agents de police qui font régner l'ordre public). Une police d'assurance est en effet une quittance, une preuve matérielle qu'un contrat a été passé entre un assureur et un assuré. Et que l'assuré est donc couvert contre un certain nombre de risques.

L'assurance permet de couvrir un risque

Un contrat d'assurance est une convention qui permet de transférer un risque encouru par l'assuré vers son assureur. Celui-ci propose une couverture, le plus souvent une indemnisation qui prend la forme d'une prestation financière, versée lorsque le risque se réalise.

Néanmoins, l'indemnisation n'est servie à l'assuré qu'en échange du versement d'une cotisation.

Le risque doit être « assurable »

Le risque se définit comme la possibilité de réalisation d'un événement, contraire aux attentes ou à l'intérêt de l'assuré. Cependant, pour être « assurable », le risque doit être aléatoire : l'aléa est en effet le caractère principal de tout contrat d'assurance.

L'aléa peut porter sur la survenance ou la non-survenance d'un événement (par exemple une tempête), mais aussi sur la date de réalisation d'un événement certain (par exemple le passage à la retraite).

En outre, pour être assurable, le risque doit être futur : l'assurance n'est jamais rétroactive. Il doit être involontaire, c'est-à-dire indépendant de la volonté de l'assuré, mais aussi réel : les fausses déclarations sont bien sûr proscrites.

Enfin, le risque assurable doit également être licite : on ne peut pas s'assurer pour prendre un risque interdit par la loi.

Le contrat est la preuve que l'assuré est couvert

Le contrat d'assurance doit être rédigé en français et écrit lisiblement. Il doit indiquer les coordonnées de l'assureur et celles de l'assuré. Il doit aussi mentionner clairement la chose assurée. S'il y a des exclusions, elles doivent également être parfaitement lisibles.

Le contrat d'assurance est LE lien juridique qui unit l'assuré et son assureur : il constitue la preuve que l'assuré est couvert contre les risques inscrits au contrat.

Certaines assurances obligatoires, comme la responsabilité civile familiale ou la responsabilité civile automobile, imposent par ailleurs à l'assureur de délivrer à l'assuré une attestation d'assurance. Celle-ci permet à l'assuré de prouver à autrui qu'il respecte son obligation d'assurance.

La proposition d'assurance

Pour établir le contrat d'assurance, l'assureur demande à ses futurs clients de remplir un questionnaire, qui lui permet d'apprécier les risques à couvrir

et de fixer un tarif de cotisation. Ce questionnaire s'appelle la « proposition d'assurance ». Elle n'engage ni l'assuré potentiel ni l'assureur.

En retour, l'assureur informe le client des conditions d'assurance qu'il lui propose. Il lui fournit une note d'information, distincte des conditions générales du contrat, qui résume les dispositions essentielles du futur contrat, notamment les garanties proposées et le prix.

Les conditions du contrat

Le contrat d'assurance comporte des conditions générales, communes à l'ensemble des assurés garantis auprès de la même société. Elles expliquent le fonctionnement du contrat et détaillent l'ensemble des garanties.

Et il comporte des conditions particulières qui personnalisent le contrat en l'adaptant à la situation spécifique de chaque assuré. Elles mentionnent son nom et son adresse, les garanties choisies, le montant de ses franchises, sa cotisation.

Les conditions particulières prévalent toujours sur les conditions générales. Elles peuvent notamment modifier un ou plusieurs articles des conditions générales, accorder des garanties plus larges, supprimer des exclusions non imposées par la loi.

La note de couverture

L'assureur peut être amené à établir un contrat provisoire, soit en attendant d'étudier le risque de façon plus approfondie, soit le temps d'établir un contrat définitif. Il délivre alors un document appelé « note de couverture ». Il y met fin en établissant le contrat définitif.

Et si finalement le contrat n'est pas conclu, la note de couverture cesse ses effets à la date prévue.

La prise d'effet du contrat

En l'absence de toute indication contraire, le contrat prend effet dès qu'il est signé par l'assureur et l'assuré. Cela signifie que, même si l'assureur l'a déjà signé, tant que l'assuré ne l'a pas lui-même signé, il ne peut pas se considérer comme engagé par le contrat d'assurance.

Les obligations de l'assuré

Même si le contrat d'assurance est régulièrement signé, pour que les risques soient correctement couverts, l'assuré doit respecter quelques obligations simples mais absolument impératives. Il doit notamment payer régulièrement ses primes d'assurance, remplir les conditions fixées par le contrat (par exemple mettre des barreaux à certaines fenêtres de sa maison), mais aussi tenir son assureur informé de l'évolution de sa situation et déclarer un sinistre dans les délais prévus par le contrat. À défaut de quoi l'assureur peut refuser de l'indemniser en cas de sinistre.

Les obligations de l'assureur

De son côté, l'assureur est tenu d'informer l'assuré des droits prévus par son contrat.

Par ailleurs, après un sinistre déclaré par l'assuré, l'assureur est tenu d'agir dans des délais raisonnables, pour manifester clairement son intention de garantir l'assuré ou au contraire de refuser de le couvrir en totalité ou partiellement.

Si l'assureur garde le silence, il peut être sanctionné par un juge sur le fondement d'un manquement à l'obligation de loyauté à l'égard de l'assuré.

Les possibilités de résiliation

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par le contrat d'assurance. Elles doivent aussi être mentionnées en caractères lisibles, ainsi que la durée de la reconduction tacite, qui ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

L'assuré comme l'assureur ont le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'autre partie, au moins deux mois avant la date d'échéance.

Chapitre 21

Les dix choses à savoir en cas de litige entre l'assuré et l'assureur

Dans ce chapitre :

- ▶ Quand et comment l'assureur peut-il augmenter les cotisations ?
- ▶ Comment étendre ou au contraire diminuer les garanties du contrat ?
- ▶ Que se passe-t-il si l'assuré ne remplit pas ses obligations ?
- ▶ Que faire en cas de sinistre ?
- ▶ Que faire face à un refus d'assurance ou à un litige grave ?

La vie d'un contrat d'assurance n'est jamais « un long fleuve tranquille ». Au cours de sa durée de validité, toutes sortes d'événements peuvent arriver, heureux ou malheureux, légers ou graves. En toutes circonstances, l'assuré a des droits et des devoirs, qu'il doit connaître pour optimiser les garanties prévues par son contrat.

L'assureur augmente les cotisations

Lorsque le contrat d'assurance comporte une clause de « révision des cotisations », l'assureur a le droit d'augmenter ses tarifs. Dès que l'assuré prend connaissance de l'augmentation, il dispose d'un délai de 15 jours ou un mois, selon les contrats, pour demander par lettre recommandée la résiliation de son contrat pour cause d'augmentation des tarifs.

Dans ce cas, le contrat prend fin un ou deux mois après la date d'envoi ou de réception de la lettre (toujours selon les contrats). L'assureur peut exiger le paiement de la partie de cotisation due au prorata de la période d'assurance déjà écoulée mais calculée selon l'ancien tarif.

Si le contrat ne comporte pas de clause de révision des cotisations, l'assureur n'a pas le droit de modifier son tarif sans l'accord de l'assuré. Dans ce cas, l'assuré peut refuser l'augmentation de cotisation et exiger de payer l'ancien tarif. Mais, dans cette hypothèse, c'est l'assureur qui a le droit de résilier le contrat à l'échéance annuelle suivante.

L'assuré demande une extension de ses garanties

Lorsqu'un contrat d'assurance prévoit de couvrir certains risques et que l'assuré souhaite étendre cette couverture à d'autres risques ou à d'autres personnes, on parle d'« aggravation du risque » (article L. 113-4 du Code des assurances). Dans ce cas, la loi autorise l'assureur soit à résilier le contrat, s'il refuse d'assurer ce nouveau risque, soit à augmenter le prix de la cotisation d'assurance.

De son côté, l'assuré dispose de 30 jours à compter de la notification des nouvelles conditions, pour accepter ou refuser le nouveau tarif. S'il le refuse, il peut demander soit à revenir aux termes du contrat précédent, soit à le résilier et à changer d'assureur.

Le courrier de l'assureur doit rappeler l'ensemble de cette procédure.

L'assuré demande une diminution de ses garanties

Lorsqu'un assuré change de situation et que les risques qu'il souhaite couvrir sont moins importants qu'avant, il s'agit au contraire d'une diminution du risque. Dans ce cas, l'assureur doit diminuer le montant de la cotisation. S'il refuse, l'assuré a le droit de résilier le contrat. Et dans ce cas la résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation faite par l'assuré (article L. 113-4 du Code des assurances).

L'assuré fait une fausse déclaration non intentionnelle

On parle de « fausse déclaration non intentionnelle » lorsqu'un sinistre se produit et que l'assureur découvre à cette occasion que les informations données par l'assuré pour établir le contrat d'assurance étaient erronées. Autrement dit l'assuré a versé un niveau de primes qui lui assuraient à une couverture inadéquate par rapport au bien à assurer.

Dans cette hypothèse, l'assureur a le droit de réduire son indemnisation en proportion du taux des primes qui auraient dû être payées, si le risque avait été correctement apprécié.

L'assureur peut également décider de maintenir le contrat tout en augmentant les primes.

Il peut aussi résilier le contrat, dix jours après une notification adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception. Mais dans ce cas il doit restituer la quote-part de prime déjà payée par l'assuré, pour la période non couverte par l'assurance.

L'assuré cesse de verser ses primes

Tout assuré est tenu de régler sa prime d'assurance dans les dix jours qui suivent la date d'échéance du contrat. À défaut, l'assureur envoie une lettre pour en exiger le paiement dans les 30 jours. Passé ce délai, si l'assuré ne verse toujours pas sa prime, le contrat est suspendu pour encore dix jours : si un sinistre survient durant cette période, il ne sera donc pas pris en charge.

Après quoi, toujours sans paiement, le contrat est résilié.

Même si le contrat est résilié, la prime reste intégralement due : pour la percevoir, l'assureur peut poursuivre l'assuré en justice.

Si l'assuré paie sa prime entre la suspension et la résiliation de son contrat, sa couverture entre en vigueur le lendemain du jour du paiement.

L'expertise préalable

Dès que l'assureur reçoit la déclaration de sinistre envoyée par l'assuré, il lui retourne un courrier, précisant s'il nomme un expert des assurances pour vérifier les circonstances du sinistre et estimer les dommages.

Si les dommages représentent une somme peu importante (par exemple un petit dégât des eaux ou une rayure sur la carrosserie d'une voiture), l'assureur n'a pas besoin d'expertise préalable. Il demande à l'assuré de faire établir un devis par un professionnel (un plombier, un peintre, un garagiste) et de le lui envoyer. Si le montant lui semble correct par rapport aux dommages déclarés par l'assuré, l'assureur autorise la réalisation des travaux et verse la somme correspondante.

Si les dommages sont très importants, par exemple après une tempête ou un cambriolage, pour les évaluer, l'assureur a besoin d'une expertise préalable.

L'expert des assurances se déplace sur les lieux du sinistre pour constater les dégradations, vérifier les factures et les justificatifs, prendre des mesures et poser des questions. Ces informations lui permettent d'établir un rapport d'expertise, qu'il envoie à l'assureur.

La contre-expertise

L'assureur se base sur les conclusions de l'expert des assurances pour calculer une indemnisation. Il envoie une proposition à l'assuré. Ce courrier doit aussi l'informer de ses droits à demander une contre-expertise et les modalités financières de celle-ci. En effet, selon les contrats d'assurance, les honoraires du second expert sont soit à la charge de l'assuré, soit pour partie à la charge de l'assureur.

Après les deux expertises, si les experts ne parviennent pas à un accord, un troisième expert peut être désigné. Dans ce cas, ses honoraires sont partagés entre l'assureur et l'assuré.

Enfin, si l'assuré continue à contester l'indemnisation proposée, il peut faire appel au médiateur de la compagnie d'assurances, puis, en dernier recours, au médiateur des assurances.

L'assuré est responsable d'un grave sinistre

L'assureur peut résilier le contrat d'assurance lorsque l'assuré est à l'origine d'un accident grave, par exemple s'il met le feu à un bâtiment ou s'il conduisait un véhicule sans permis de conduire, ou en état d'ivresse ou encore sous l'emprise de stupéfiants.

Pour être valable, cette possibilité de résiliation doit être inscrite dans le contrat d'assurance.

Si l'assureur a le droit de résilier le contrat d'assurance à la suite d'un sinistre responsable, en retour l'assuré a le droit de demander la résiliation de tous les autres contrats qu'il a éventuellement souscrits auprès de cette compagnie d'assurances.

Le refus d'assurance

Les assureurs ont le droit de refuser d'assurer une personne, un bien ou un véhicule, notamment lorsqu'un assuré s'est vu résilier son précédent contrat pour cause de défaut de paiement ou d'accident responsable très grave.

Pour autant, certaines assurances, comme la responsabilité civile, sont obligatoires et les personnes doivent pouvoir se conformer à la législation.

Toute personne peut alors saisir le Bureau central de tarification (BCT), c'est-à-dire une autorité administrative indépendante, composé paritairement de représentants d'assurés et d'assureurs. Son rôle exclusif est de décider à quelles conditions un assureur peut être contraint à assurer tout de même une personne alors qu'il lui a opposé un refus d'assurance.

Le BCT ne désigne jamais un assureur pour lui imposer un assuré : c'est à l'assuré de trouver lui-même un assureur.

La compétence du BCT se limite strictement à fixer la tarification de la garantie de responsabilité civile obligatoire. Il n'a aucune compétence en matière de garanties complémentaires.

Le médiateur des assurances

En cas de litige persistant portant sur un contrat d'assurance, la Fédération française de l'assurance (FFSA) propose à tout assuré une procédure de médiation.

Le recours au médiateur des assurances n'intervient qu'en dernier ressort, comme alternative à un procès. L'assuré doit d'abord s'adresser au service clientèle de l'assureur, qui s'attache à résoudre le problème. Si aucune solution n'est trouvée à ce niveau, l'assuré soumet son cas au médiateur des assurances, dont les coordonnées lui sont communiquées par la société d'assurances.

Huitième partie

Annexes



Dans cette partie...

Cette partie va vous servir, durant toute votre lecture, à bien comprendre chaque explication. Elle s'ouvre en effet sur un lexique, car le vocabulaire de l'assurance n'est pas toujours évident.

Ensuite, vous trouverez quelques modèles de lettres, que vous pouvez utiliser en les adaptant à votre situation, pour vos échanges avec votre assureur.

Vous pourrez aussi consulter les textes de référence concernant quelques points importants de la réglementation, notamment en ce qui concerne la responsabilité et les obligations de l'assuré.

Enfin, vous trouverez un carnet d'adresses, notamment pour pouvoir compléter votre recherche en consultant les sites internet des différentes institutions citées dans le livre.

Annexe A

Lexique

Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance (Agira) : le fichier qui permet aux compagnies d'assurances d'échanger des informations sur les antécédents de leurs clients automobiles, notamment pour les contrats résiliés ou suspendus. Son utilisation est autorisée par la Cnil pour son rôle « moralisateur » dans la mesure où il est destiné à identifier les fausses déclarations.

assuré : le « souscripteur » du contrat (voir ce mot).

attestation d'assurance : le document qui vaut comme justificatif d'assurance pendant sa période de validité.

avenant : la modification du contrat et le support matérialisant cette modification.

ayant droit : la personne qui détient le droit de bénéficier des avantages d'une autre personne.

bénéficiaire : le bénéficiaire de l'épargne au décès du souscripteur du contrat d'assurance vie.

bonus-malus : le système par lequel les assurés se voient accorder des réductions ou des majorations en fonction des éventuels sinistres qu'ils causent. Il permet d'ajuster le tarif de leur contrat d'assurance à leur conduite, bonne ou mauvaise.

catastrophe naturelle : un événement imprévisible qui revêt un caractère catastrophique, par son importance ou son étendue (par exemple les cyclones, les inondations, les secousses sismiques). Pour que la garantie soit accordée dans le cadre de ces événements, il faut que l'état de catastrophe naturelle soit constaté par un arrêté interministériel publié au *Journal officiel*.

certificat d'assurance : tout assuré doit apposer sur le pare-brise de son véhicule un document légal indiquant la période de validité de son contrat d'assurance.

clause : la disposition particulière d'une police d'assurance détaillant le fonctionnement d'une garantie ou précisant la nature des engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré.

clause bénéficiaire : la disposition du contrat d'assurance vie qui désigne le bénéficiaire de l'épargne placée sur le contrat en cas de décès du souscripteur.

conducteur habituel : la personne désignée aux dispositions particulières du contrat, qui conduit le véhicule assuré de la manière la plus fréquente et la plus régulière.

conducteur occasionnel : toute personne autre que celle désignée aux dispositions particulières du contrat d'assurance comme conducteur habituel.

conducteur autorisé : toute personne conduisant le véhicule assuré avec l'autorisation de l'assuré. Ce conducteur autorisé peut, avec son accord, transférer la garde ou la conduite à une autre personne.

Ne sont pas considérés comme conducteurs autorisés, lorsqu'ils ont la conduite ou la garde du véhicule dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels de la réparation, de la vente et du contrôle de l'automobile ainsi que les personnes travaillant dans l'exploitation de ceux-ci.

constat amiable : le document à remplir avec la personne avec laquelle l'assuré a eu un sinistre (auto, moto, dégât des eaux). Il regroupe l'ensemble des informations utiles à l'indemnisation. Il est irrévocable dès lors qu'il est signé des deux parties en présence.

cotisation : la somme que l'assuré verse en contrepartie de sa garantie.

déclaration de sinistre : l'acte par lequel l'assuré déclare à son assureur le sinistre qu'il a causé ou subi. La déclaration doit se faire dans des délais qui varient en fonction de la nature des sinistres. En cas de non-respect de ces délais, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assureur est en droit de refuser la prise en charge du sinistre.

défense recours : la garantie juridique par laquelle l'assureur prend en charge les frais de défense de l'assuré à concurrence d'une somme généralement précisée aux conditions particulières du contrat d'assurance.

dommage corporel : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

dommage matériel : toute détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à des animaux.

explosion : l'action subite et violente de la pression ou de la dépression de gaz ou de vapeur.

faute délictuelle ou quasi délictuelle : la faute liée à un acte volontaire réalisé sciemment et cause d'un préjudice. La faute quasi délictuelle résulte d'une erreur de comportement, génératrice d'un dommage, et n'aurait pas été commise par une personne avisée.

Fonds de garantie automobile (FGA) : l'organisme d'assurance créé pour dédommager les victimes d'accidents corporels causés par des véhicules terrestres à moteur lorsque l'auteur responsable est inconnu, non assuré ou insolvable. Il ne dispense pas les responsables des conséquences de leur responsabilité, car ceux-ci doivent rembourser au FGA les sommes avancées pour leur compte.

franchise : la part des dommages qui restent à la charge de l'assuré en cas de sinistre. La franchise est contractuellement prévue aux conditions particulières ou générales. Elle s'exprime soit en pourcentage du montant du sinistre, soit en indice, soit en montant fixe.

incendie : la combustion avec flammes, en dehors d'un foyer normal.

rachat : la reprise par l'assuré de la totalité de son épargne avant le terme du contrat d'assurance vie.

relevé d'informations : le document qui retrace l'historique d'un conducteur auto ou moto en tant qu'assuré. Il fait état des sinistres, du bonus-malus et remonte sur des périodes qui sont variables en fonction des compagnies (entre deux et cinq ans).

renonciation à recours : l'abandon de la possibilité d'exercer un recours.

résiliation : l'acte par lequel l'assuré ou l'assureur mettent fin aux contrats qui les lient.

responsabilité civile : la responsabilité qui permet aux victimes d'être toujours et correctement indemnisées des dommages matériels et corporels subis lors d'un accident. L'assurance responsabilité civile est obligatoire. Elle est assurée par les contrats multirisques habitation et automobile.

responsabilité délictuelle et quasi délictuelle : cette responsabilité entre en application dès que les conditions de la responsabilité contractuelle ne sont pas réunies, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe pas de contrat entre la victime et l'auteur du dommage ou si le dommage subi par l'une des parties n'est pas né de l'exécution du contrat.

sinistre : le risque qui se réalise; par exemple un accident de la route, un vol, un dégât des eaux.

souscripteur : la personne physique ou morale, désignée sous ce nom aux dispositions particulières du contrat d'assurance, qui demande l'établissement de celui-ci, le signe et s'engage à en payer les cotisations.

suspension : la cessation du bénéfice de la garantie, alors que le contrat n'est ni résilié ni annulé. Elle prend fin par la remise en vigueur ou la résiliation du contrat.

tacite reconduction : la clause qui permet à l'assureur de renouveler chaque année le contrat d'assurance, sans que l'assuré ait à en faire expressément la demande.

valeur à neuf : le prix de reconstruction ou de rachat d'un bien au prix du neuf au jour du sinistre.

valeur d'usage : le prix de remplacement d'un bien au jour du sinistre, vétusté déduite.

valeur vénale : le prix auquel le propriétaire aurait pu vendre un bien (par exemple un véhicule) si un sinistre ne s'était pas produit. C'est la valeur à neuf moins la vétusté.

vétusté : la dépréciation d'un bien due à l'usage ou à l'âge.

Annexe B

Modèles de lettres

Vos noms, prénoms

Votre adresse

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le ...

Objet : Confirmation de souscription d'un contrat d'assurance

Monsieur (ou Madame),

Par la présente que je vous confirme ma décision de souscrire un contrat (type de contrat d'assurance : multirisque habitation, automobile...) pour (objet du contrat : le logement situé, le véhicule) à dater de (jour de la prise de possession).

Ensuite, détailler l'objet du contrat :

Ce logement a une surface de m² et comporte pièces, dont (chambre, cuisine, salle de bains).

ou

Ce véhicule a les caractéristiques suivantes : (reprendre les mentions de la carte grise).

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire (vous pouvez m'appeler au numéro de portable).

Dans l'attente de mon contrat, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-1 :
Confirmation
de sous-
cription
d'un contrat
d'assurance.

Vos nom, prénoms

Votre adresse

Votre n° de téléphone

Référence du contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le...

Objet : Demande d'attestation d'assurance

Monsieur (ou Madame),

Je vous prie de bien vouloir me faire parvenir dans les plus brefs délais une attestation d'assurance (multirisque habitation, automobile...). Je vous rappelle les références de mon contrat :

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-2 :
Demande
d'attestation
d'assurance.

Vos nom, prénoms

Votre adresse

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Référence du contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le...

Objet : Demande d'extension de garantie

Monsieur (ou Madame),

Je suis actuellement couvert par un contrat d'assurance multirisque habitation.

Je vais désormais pratiquer (par exemple un sport dangereux) et je souhaiterais donc étendre ma police aux risques éventuels de (risque).

Pouvez-vous s'il vous plaît me faire savoir quelles seraient les conditions de cette extension ?

Ou faut-il que je souscrive un contrat spécial pour couvrir ces risques supplémentaires ?

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-3 :
Demande
d'extension
de garantie.

Vos nom, prénoms

Votre adresse

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le...

Objet : Changement de situation

Monsieur (ou Madame),

Ayant récemment pris ma retraite, je vous informe par la présente qu'à compter du je résiderai désormais huit mois par an, de mars à octobre, dans ma résidence secondaire, située....., qui va donc devenir ma résidence principale.

De ce fait, je ne résiderai plus dans ma résidence principale actuelle, située, que quatre mois par an, c'est-à-dire de novembre à février.

En conséquence, je vous prie de bien vouloir procéder à la mise à jour de mon contrat d'assurance multirisque habitation, de manière à tenir compte de ce changement de situation.

En outre, vous voudrez bien me faire savoir si cette modification augmente, diminue ou ne change rien à ma prime d'assurance, et me fournir de nouvelles attestations d'assurance pour ces deux résidences.

Avec mes remerciements, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-4 :
Déclaration
de chan-
gement de
situation.

Vos nom, prénoms

Votre adresse (précisez si c'est l'ancienne ou la nouvelle)

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Référence de votre contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le...

Objet : Changement de zone de circulation

Monsieur (ou Madame),

Par la présente, je vous informe que mon véhicule immatriculé restera désormais attaché à ma résidence secondaire, située

En conséquence, je vous prie de bien vouloir procéder, sur mon contrat d'assurance automobile (références ci-dessus), au changement de zone de circulation.

Cette région étant très paisible, ce changement va-t-il me faire bénéficier d'une réduction de ma prime d'assurance ?

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-5 :
Déclaration
de chan-
gement de
zone de
circulation.

Vos nom, prénoms

Votre adresse (précisez si c'est l'ancienne ou la nouvelle)

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Référence de votre contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le...

Objet : Réduction de risques

PJ : L'acte de vente

Monsieur (ou Madame),

Par la présente, je vous informe que j'ai vendu (*objets précieux, collection de tableaux...*) que j'avais chez moi et qui étaient assurés par vos soins (*références du contrat ci-dessus*). Vous trouverez ci-joint une copie de l'acte de vente.

En conséquence, je vous prie de bien vouloir résilier la garantie spéciale que j'avais souscrite pour assurer ces objets.

Vous voudrez bien me faire savoir également à quel montant ma prime s'élèvera désormais et si je peux compter sur votre remboursement du reste de la prime déjà versée pour assurer ces objets jusqu'à l'échéance initialement prévue.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-6 :
Déclaration
de réduction
de risques.

Vos nom, prénoms

Votre adresse (précisez si c'est l'ancienne ou la nouvelle)

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Référence du contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

LAR

À..., le...

Objet : Réduction de risques

PJ : Le constat amiable de dégât des eaux

Monsieur (ou Madame),

Je viens de subir un dégât des eaux très important, causé par une fuite ... située ...
(expliquez brièvement les conditions et les dégâts).

(S'il s'agit d'une fuite provoquée par un tiers.) Nous avons rempli un constat de dégât des eaux, que je vous joins.

Je me tiens à votre disposition pour que nous convenions rapidement de la visite d'un expert.

Dans cette attente, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-7 :
Déclaration
de sinistre à
la suite d'un
dégât des
eaux.

Vos nom, prénoms

Votre adresse (précisez si c'est l'ancienne ou la nouvelle)

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Référence du contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

LAR

À..., le...

Objet : Déclaration de sinistre à la suite d'une catastrophe naturelle

Monsieur (ou Madame),

L'inondation (ou un autre dommage déclaré « catastrophe naturelle ») qui s'est produite dans notre département le a provoqué de gros dommages dans mon habitation, notamment (expliquez brièvement).

Ce sinistre vient d'être déclaré « catastrophe naturelle » (référence du Journal officiel).

Je vous demande donc de bien vouloir instruire rapidement mon dossier d'indemnisation et de me faire parvenir une première somme d'argent qui me permettra de faire face aux premières dépenses.

Dans cette attente, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-8 :
Déclaration
à la suite
d'une
catastrophe
naturelle.

Vos nom, prénoms

Votre adresse (précisez si c'est l'ancienne ou la nouvelle)

Vos n^{os} de téléphone (fixe et portable)

Référence du contrat

Nom de la compagnie d'assurances

Son adresse

À..., le...

Objet : Demande d'informations sur la protection juridique

PJ : Le dossier de litige

Monsieur (ou Madame),

J'ai souscrit un contrat d'assurance multirisque responsabilité civile (références ci-dessus) qui comprend une garantie protection juridique.

Il se trouve que je suis actuellement en litige avec (ou que j'ai été victime de, expliquer précisément le problème).

Si je bénéficie de cette protection juridique, pouvez-vous me dire quelle démarche entreprendre pour me faire aider dans ce conflit, en vue d'aboutir soit à une solution amiable, ce que je souhaite en priorité, soit à une résolution en justice sans frais à ma charge.

Vous trouverez ci-joint tous les documents nécessaires à votre étude de ce dossier. Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, y compris si besoin par téléphone au (numéro de téléphone portable).

Dans l'attente de vos informations, veuillez agréer, Monsieur (ou Madame), l'expression de mes salutations distinguées,

Votre signature

Figure B-9 :
Demande
d'informa-
tions sur la
protection
juridique.

Annexe C

Références réglementaires et législatives

La responsabilité civile

Extraits du chapitre 2 du Code civil : Des délits ou quasi-délits.

Art. 1382

Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383

Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Art. 1384

On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.

Toutefois, celui qui détient, à un titre quelconque, tout ou partie de l'immeuble ou des biens mobiliers dans lesquels un incendie a pris naissance ne sera responsable, vis-à-vis des tiers, des dommages causés par cet incendie que s'il est prouvé qu'il doit être attribué à sa faute ou à la faute des personnes dont il est responsable.

Cette disposition ne s'applique pas aux rapports entre propriétaires et locataires, qui demeurent régis par les articles 1733 et 1734 du Code civil.

Le père et la mère en tant qu'ils exercent l'autorité parentale sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

Les maîtres et les commettants (commettant : personne qui charge une autre personne qui lui est subordonnée [le préposé] d'exécuter certains actes pour son compte), du dommage causé par leurs domestiques et préposés

[préposé : personne qui accomplit à titre onéreux un acte ou une fonction sous la direction et la responsabilité d'une autre personne (le commettant)] dans les fonctions auxquelles ils les ont employés.

Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère et les artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

En ce qui concerne les instituteurs, les fautes, imprudences ou négligences invoquées contre eux comme ayant causé le fait dommageable, devront être prouvées conformément au droit commun, par le demandeur, à l'instance.

Art. 1385

Le propriétaire d'un animal, ou celui qui s'en sert, pendant qu'il est à son usage, est responsable du dommage que l'animal a causé, soit que l'animal fût sous sa garde, soit qu'il fût égaré ou échappé.

Art. 1386

Le propriétaire d'un bâtiment est responsable du dommage causé par sa ruine, lorsqu'elle est arrivée par une suite du défaut d'entretien ou par le vice de sa construction.

Les obligations de l'assureur et de l'assuré

Extraits du chapitre 3 du Code des assurances.

Article R. 113-1

La mise en demeure prévue au deuxième alinéa de l'article L. 113-3 résulte de l'envoi d'une lettre recommandée, adressée à l'assuré, ou à la personne chargée du paiement des primes, à leur dernier domicile connu de l'assureur.

Article R. *113-4

À chaque échéance de prime, l'assureur est tenu d'aviser l'assuré, ou la personne chargée du paiement des primes, de la date de l'échéance et du montant de la somme dont il est redevable.

Article R. 113-6

Lorsqu'une partie entend résilier un contrat d'assurance en vertu de l'article L. 113-16, elle doit adresser à l'autre partie une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement qu'elle invoque et donnant toutes précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement.

Lorsque cet événement est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

Article R. *113-10

Dans le cas où une police prévoit pour l'assureur la faculté de résilier le contrat après sinistre, la résiliation ne peut prendre effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à dater de la notification à l'assuré. L'assureur qui, passé le délai d'un mois après qu'il a eu connaissance du sinistre, a accepté le paiement d'une prime ou cotisation ou d'une fraction de prime ou cotisation correspondant à une période d'assurance ayant débuté postérieurement au sinistre ne peut plus se prévaloir de ce sinistre pour résilier le contrat.

Dans le cas prévu au premier alinéa ci-dessus, les polices doivent reconnaître à l'assuré le droit, dans le délai d'un mois de la notification de la résiliation de la police sinistrée, de résilier les autres contrats d'assurance qu'il peut avoir souscrits à l'assureur, la résiliation prenant effet un mois à dater de la notification à l'assureur.

La faculté de résiliation ouverte à l'assureur et à l'assuré, par application des deux précédents alinéas, comporte restitution par l'assureur des portions de primes ou cotisations afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis.

Les pays membres du système Carte verte

Tableau C-1 : Les pays membres du système Carte verte

<i>Pays</i>	<i>Bureau étranger</i>	<i>Site internet</i>
ALBANIE CTIB	ALBANIAN INSURANCE BUREAU	
ALLEMAGNE CMG	DEUTSCHES BURO GRUNE KARTE	www.gruene-karte.de
AUTRICHE CMG	VERBAND DER VERSICHERUNG	www.vvo.at
BELGIQUE CMG	BUREAU BELGE DES ASSUREURS	www.bbba-bbav.be
BIÉLORUSSIE CTIB	BELARUSIAN TRANSPORT INS BUREAU	

Tableau C-1 : Les pays membres du système Carte verte (suite)

<i>Pays</i>	<i>Bureau étranger</i>	<i>Site internet</i>
BOSNIE-HERZÉGOVINE CTIB	BIRO ZELENE KARTE U BOSNI I	www.bzkbih.ba/en/
BULGARIE CMG	NATIONAL BUREAU OF BULGARIAN	
CHYPRE CMG	CYPRUS INTERNATIONAL INSURANCE	www.mif.org.cy
CROATIE CMG	HRVATSKI URED ZA OSIGURANJE	www.huo.hr
DANEMARK CMG	DANISH MOTOR INSURERS' BUREAU	www.dfim.dk
ESPAGNE CMG	OFICINA ESPANOLA	www.ofesauto.es
ESTONIE CMG	EESTI LIIKLUSKINDLUSTUSE FOND	www.lkf.ee
FINLANDE CMG	LIIKENNEVAKUUTUSKESKUS	
FRANCE CMG	BUREAU CENTRAL FRANÇAIS	
FYROM CTIB	NATIONAL INSURANCE BUREAU	www.nibm.com.mk
GRAND DUCHÉ DE LUXEMBOURG CMG	BUREAU LUXEMBOURGEOIS	
GRANDE-BRETAGNE CMG	MOTOR INSURERS' BUREAU	
GRÈCE CMG	MOTOR INSURERS' BUREAU GREECE	
HONGRIE CMG	ASSOCIATION OF HUNGARIAN INSURAN	www.mabisz.hu
ÎLE DE MALTE CMG	MALTA GREEN CARD BUREAU	

Tableau C-1 : Les pays membres du système Carte verte (suite)

<i>Pays</i>	<i>Bureau étranger</i>	<i>Site internet</i>
IRAK CTIB	RESILIEE SUITE AG 2003	
IRLANDE CMG	MOTOR INSURERS' BUREAU OF	
ISLANDE CMG	ALPJODLEGAR BIFREIDATRYGGINGAR	
ISRAËL CTIB	ISRAEL INSURANCE ASSOCIATION	
ITALIE CMG	UFFICIO CENTRALE ITALIANO	www.ucimi.it
LETTONIE CMG	LATVIJAS TRANSPORTLIDZEKLU	www.ltab.lv
LIECHTENSTEIN	LIECHTENSTEIN	
LITUANIE CMG	MOTOR INSURERS' BUREAU OF THE	
MAROC CTIB	BUREAU CENTRAL MAROCAIN	
MOLDAVIE CTIB	NATIONAL BUREAU OF MOTOR	
NORVÈGE CMG	TRAFIKFORSIKRINGSFORENINGEN	www.tff.no
PAYS-BAS CMG	NEDERLANDS BUREAU	
POLOGNE CMG	POLISH MOTOR INSU BUREAU	
PORTUGAL CMG	GABINETE PORTUGUES	
PRINCIPAUTÉ D'ANDORRE CMG	OFICINA ANDORRANA D'ENTITATS	
RÉPUBLIQUE SLOVAQUE CMG	SLOVENSKA KANCELARIA POIST'	www.spas.sk

Tableau C-1 : Les pays membres du système Carte verte (suite)

<i>Pays</i>	<i>Bureau étranger</i>	<i>Site internet</i>
RÉPUBLIQUE DE SERBIE CTIB	UDRUZENJE OSIGURAVACA	
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE CMG	CESKA KANCELAR POJISTITELU	www.ckp.cz
RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN CTIB	BIMEH MARKAZI IRAN	
ROUMANIE CMG	BAAR	
RUSSIE CTIB	RAMI	
SLOVÉNIE CMG	SLOVENSKO ZAVAROVALNO	www.zav-zdruzenje.si
SUÈDE CMG	TRAFIKFORSAKRINGSFORENINGEN	www.tff.se
SUISSE CMG	BUREAU NATIONAL SUISSE	www.nbingf.ch
TUNISIE CTIB	B U A T	
TURQUIE CTIB	TURKISH MOTOR INS BUREAU	
UKRAINE CTIB	MOTOR (TRANSPORT) INSURANCE	

Source : Bureau central français (www.bcf.asso.fr).

Valeur du point d'indice des pensions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Tableau C-2 : Valeur du point d'indice des pensions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

<i>Date</i>	<i>Valeur</i>
01/01/2010	13,72 €
01/07/2009	13,68 €
01/10/2008	13,55 €
01/07/2008	13,51 €
01/05/2008	13,50 €
01/03/2008	13,45 €
01/07/2007	13,38 €
01/02/2007	13,35 €
01/11/2006	13,24 €
01/07/2006	13,21 €
01/11/2005	13,13 €
01/07/2005	13,03 €
01/02/2005	12,95 €
01/01/2004	12,89 €
01/12/2002	12,83 €
01/03/2002	12,74 €
01/12/2001	12,66 €

Annexe D

Carnet d'adresses

Les institutions de l'assurance

- ✓ **Convention Aeras** : www.aeras.fr
- ✓ **Agira** (structure créée par les assureurs et consacrée à la recherche des bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie souscrit à leur profit par une personne dont ils apportent la preuve du décès) : 1, rue Jules-Lefebvre 75431 Paris Cedex 09
- ✓ **Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam)** : www.ccamip.fr
- ✓ **Bureau central français (BCF)** (association professionnelle destinée à faciliter le règlement des sinistres causés en France par des automobilistes étrangers ou à l'étranger par des automobilistes français) : www.bcf.asso.fr
- ✓ Au niveau international, tous les bureaux sont regroupés au sein d'une organisation internationale non gouvernementale, le Conseil des bureaux (COB), dont le secrétariat est à Londres (www.cobx.org).
- ✓ **Centre de documentation et d'information de l'assurance (CDIA)** : 26, boulevard Haussmann 75311 Paris Cedex 09 – www.ffsa.fr
- ✓ **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** : 26, boulevard Haussmann 75311 Paris Cedex 09 – www.ffsa.fr
- ✓ **Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO)** (chargé d'indemniser les victimes d'accidents de la circulation et de chasse lorsque aucune assurance ne peut intervenir) : 64, rue Defrance 94682 Vincennes Cedex – www.fga.fr
- ✓ **Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema)** : 9, rue de Saint-Pétersbourg 75008 Paris – www.gema.fr

L'assurance maladie obligatoire

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

50, avenue du Professeur-André-Lemierre
75986 Paris Cedex 20
Tél. : 01 72 60 10 00
Site internet : www.ameli.fr

Mutualité sociale agricole (MSA)

Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
93547 Bagnolet Cedex
Tél. : 01 41 63 77 77
Fax : 01 41 63 72 66
Site internet : www.msa.fr

Régime social des indépendants (RSI)

264, avenue du Président-Wilson
93457 La-Plaine-Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 77 93 00 0
Site internet : www.le-rsi.fr

Les mutuelles des fonctionnaires

Les coordonnées des 19 mutuelles figurent intégralement sur le site internet de la Mutuelle de la fonction publique : www.mfpservices.fr.

Les mutuelles étudiantes

- ✓ La Mutuelle des étudiants (LMDE) : www.lmde.com
- ✓ MEP (Languedoc-Roussillon, Paca) : www.mep.fr
- ✓ MGEL (Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine) : www.mgel.fr
- ✓ Smeba (Bretagne, Pays de la Loire) : www.smeba.fr
- ✓ Smeco (Centre, Poitou-Charentes) : www.smeco.fr
- ✓ Smeno (Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie) : www.smeno.com
- ✓ Smerag (Antilles, Guyane) : www.smerag.fr
- ✓ Smereb (Bourgogne, Franche-Comté) : www.smereb.fr
- ✓ Smerep (région parisienne) : www.smerep.fr

✓ Smerra (Auvergne, Rhône-Alpes) : www.smerra.fr

✓ Vittavi (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées) : www.vittavi.net

L'assurance chômage

L'assurance chômage obligatoire des salariés

Pôle emploi

1-5, avenue du Docteur-Gley 75020 Paris

Site internet : www.pole-emploi.fr

Pour la partie allocations chômage : www.demandeur-emploi.assedic.fr et
www.assedic/unijuridis.fr

Unédic

80, rue de Reuilly 75605 Paris Cedex 12

Tél. : 01 53 17 20 00

Sites internet : www.unedic.fr

L'Assurance chômage volontaire

GSC Services de gestion du régime

Tour Eurocourtage

4-6, avenue d'Alsace

92033 Paris-La Défense Cedex

Site internet : www.gsc.asso.fr

Appi

25, boulevard de Courcelles

5008 Paris

Site internet : www.appi.fr

April

27, rue Maurice-Flandin

BP 3261

69403 Lyon Cedex

Site internet : www.april.fr

Cameic

25, rue de Madrid

75008 Paris

Site internet : www.cameic.com

L'assurance retraite

Régime général de la sécurité sociale (Cnav)

75951 Paris Cedex 19

Sites internet : www.cnav.fr (site institutionnel) et www.retraite.cnav.fr (pour tout savoir sur votre retraite).**Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)**

102, rue de Miromesnil

75008 PARIS

Tél. : 01 44 95 01 50

Fax : 01 45 61 91 37

Site internet : www.cnavpl.fr**MSA**Site internet : www.msa.fr**RSI**Site internet : www.le-rsi.fr**Service des pensions de l'État**

10, boulevard Gaston-Doumergue

44964 Nantes Cedex 9

Tél. : 02 40 08 81 10

Site internet : www.pensions.minefi.gouv.fr/E-mail : pension@sp.finances.gouv.fr**Arrco et Agirc**Site internet : www.agirc-arrco.fr et www.arrco.fr**GIP Info retraite**Site internet : www.info.retraite.fr**Simulations**Site internet : www.marel.fr

Index

A

- Acam, Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, rôle, 16
- accident
 - avec un véhicule étranger, 109
 - calcul des indemnités, 109
- accident de la vie
 - assurance, 206
 - délai d'indemnisation, 208
 - indemnisation, 208
 - pris en charge, 207
 - tarif de l'assurance, 208
- Accidents du travail des exploitants agricoles, Atexa, 273
- Acos, Agence centrale des organismes de sécurité sociale, 37
- actes de la vie quotidienne, AVQ, 220
- actes de terrorisme
 - définition, 154
 - délais d'indemnisation, 157
 - dommages indemnisés, 156
 - indemnisation des biens, 155
 - indemnisation des personnes, 155
 - indemnisation en cas de décès, 156
- AER, allocation équivalent retraite, 296
- AFA
 - Association française de l'assurance, 15
 - principaux sujets, 15
- affections de longue durée, ALD, 246
- Agence centrale des organismes de sécurité sociale, Acos, 37
- Agirc, 310
- aide
 - à l'insertion, 35
 - à la famille, 34
 - au logement, 34
- ALD, affections de longue durée, 246
- allocation
 - de préretraite licenciement, 296
 - de retour à l'emploi, ARE, calcul du montant, 293
 - de solidarité spécifique, ASS, 301
 - équivalent retraite, AER, 296
 - personnalisée d'autonomie, APA, 218
 - temporaire d'attente, ATA, 302
- allocations chômage
 - conditions d'obtention, 290
 - en cas de démission, 291
 - impôt sur le revenu, 294
- amende en cas de défaut d'assurance, 66
- Amexa, Assurance maladie des exploitants agricoles, 259
- APA, allocation personnalisée d'autonomie, 218
- Arrco, Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés salariés concernés, 310
- arrêt de travail, maintien du salaire, 340
- ASS, allocation de solidarité spécifique, conditions d'obtention, 301
- assistance et voyage
 - prestations juridiques, 206
 - prestations liées au véhicule, 205
 - prestations liées aux personnes, 205
- assistance, définition, 201
- association d'épargnants, assurance vie, 175
- Association française de l'assurance, AFA, 15
- Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés, Arrco, 310
- assurance
 - actes de terrorisme ou d'attentats, 73
 - annulation, motifs garantis, 202
 - annulation, principe, 202
 - au kilomètre, 96

- cartes bancaires internationales, 200
- catastrophe naturelle pour un véhicule, 72
- complémentaire santé, cotisations, 27
- complémentaire santé, facultative, 43
- construction, chiffres, 19
- contrat, 47
- de personnes, chiffres des cotisations, 26
- délivrance d'une attestation, 47
- déménagement, 123
- dépendance ou prévoyance, chiffres, 30
- des étudiants, 39
- distinguer d'assistance, 201
- dommages, chiffre d'affaires, 19
- dommages, facultative, 68
- du conducteur, garantie spécifique, 67
- éléments de la cotisation, 48
- emprunteur, 43
- en France, chiffres du secteur, 18
- facultative, deux axes principaux, 67
- facultative, dommages, 68
- facultative, extrêmement variées, 42
- française, marché concurrentiel, 11
- frontière, souscrire, 199
- habitation, chiffres, 19
- habitation, facultative pour un propriétaire, 124
- hors système carte verte, 198
- jeune conducteur, 95
- justificatifs, 80
- location meublée, 123
- location saisonnière, 124, 196
- logement gratuit, 123
- maladie, principe de base, 32
- météo, 203
- moto, obligatoire, 60
- multirisque habitation, 25, 121
- obligatoire en copropriété, 125
- obligatoires, 31, 39, 121
- obsèques, chiffres, 30
- permis annulé, 91
- principe de base, 8
- quad, 98
- rallye ou compétition sportive, 100
- refus, 54
- remplir les conditions, 50
- responsabilité civile, 26
- retraite, 29, 208
- santé en voyage, 204
- scolaire, 41
- sociales du secteur public, 38
- tous risques, carambolage, 108
- tous risques, liste des garanties, 74
- véhicule de collection, 97
- véhicule immobile, 96
- véhicule terrestre à moteur, obligatoire, 41
- véhicule, choisir, 83
- véhicule, clauses et exclusions, 86
- véhicule, paramètres importants, 86
- véhicule, prix en fonction du conducteur, 87
- vol d'un véhicule, conditions d'application, 70
- assurance au tiers
 - carambolage, 109
 - exclusion, 63
 - garanties supplémentaires, 65
 - obligatoire pour conduire, 62
 - pour qui ?, 62
 - prêt du véhicule, 65
 - véhicules terrestres à moteur, 63
 - vol, 63
 - zone géographique, 64
- assurance auto et moto
 - contrat sur mesure, 94
 - en voyage, 97
 - responsabilité civile à l'étranger, 197
 - un minimum obligatoire, 61
- assurance automobile
 - baisse des tarifs, 22
 - bonus, 22
 - chiffres, 19
 - niveau de la prime moyenne, 24
 - obligatoire, 60
 - place en 2008, 20
 - responsabilité civile, 21
 - taux de couverture, 21
- assurance chômage
 - avec un crédit, 211
 - conditions d'admission, 212
 - des indépendants, conditions, 213

- salariés concernés, 287
- salariés du secteur privé, 288
- salariés du secteur public, 288
- travailleurs indépendants, 212
- assurance décès
 - circonstances exclues, 193
 - définition du contrat, 185
 - incapacité temporaire de travail, 191
 - prestations de la Sécurité sociale, 342
 - salariés du secteur privé, 279
- assurance décès vie entière
 - principe, 189
 - racheter, 190
- assurance dépendance, 218
 - but, 221
 - conditions de souscription, 224
 - délais de carence, 224
 - délais de franchise, 224
 - tarif, 223
 - types de contrat, 221
- assurance invalidité
 - agriculteurs, 273
 - fonctionnaires civils, 274
 - militaires, 275
 - profession libérale, 272
 - travailleurs indépendants, 271
- assurance maladie
 - carte européenne, 248
 - des étudiants, 234
 - enfants de moins de 16 ans, 234
 - étendue de la couverture, 231
 - forfait hospitalier, 242
 - française à l'étranger, 248
 - franchise médicale, 242
 - hors Europe, 248
 - médecin traitant, désigner, 232
 - participation forfaitaire de 1 €, 239
 - participation forfaitaire de 18 €, 240
 - régime local d'Alsace-Moselle, fonctionnement, 247
 - remboursement avec un médecin correspondant, 244
 - remboursement des soins, 237
 - taux de remboursement, 243
- Assurance maladie des exploitants agricoles, Amexa, 259
- assurance maternité
 - déclarer sa grossesse, 253
 - modalités de prise en charge, 251
 - professions indépendantes, remboursement RSI, 254
 - soins remboursés, 253
- assurance obsèques
 - 2^e type de contrat, 225
 - contrat de capital, 225
 - deux types de contrat, 225
 - engagement financier, 227
 - prestations funéraires, 227
 - tarif, 227
- assurance retraite
 - fonctionnaires, calcul du montant, 319
 - fonctionnaires, durée, 319
 - principe, 305
 - régime général, 308
 - salariés du secteur privé, 308
- assurance temporaire décès et crédit immobilier, 187
 - pas de rachat possible, 187
 - primes, 187
 - principe, 185
 - questionnaire de santé, 188
 - souscription du contrat, 186
- assurance vie
 - arrivée à son terme, 179
 - association d'épargnants, 175
 - bénéficiaire, 182
 - chiffres, 28
 - choisir sa banque, 173
 - choisir son assureur, 173
 - choisir un courtier, 174
 - cotisations sociales, 181
 - courtier en ligne, 175
 - droits de succession, 183
 - fonctionnement du contrat, 177
 - frais sur l'épargne, 178
 - frais sur les arbitrages, 178
 - frais sur les versements, 178
 - imposition sur le revenu, 180
 - informations obligatoires, 176
 - perte d'autonomie, 222
 - placement en euros, 172
 - placement en unités de compte, 173
 - placement multisupport, 173

- primes, 177
- principe, 171
- rachat, exonérations possibles, 181
- règles de prudence financière, 176
- rémunération, 178
- sortie en capital, 180
- sortie en rente, 179
- types d'investissement, 172
- assurance vieillesse
 - avocats, 317
 - RSI, 312
 - travailleurs indépendants, 311
- assurance voyage, principe, 195
- assuré
 - cessation du versement des primes, conséquences, 371
 - fausse déclaration non intentionnelle, 371
 - obligations, 48, 368
 - responsable d'un grave sinistre, conséquences, 373
- assureur
 - choisir, 45
 - exigences sur la sécurité, 137
 - obligations, 52
 - possibilité de refuser d'assurer, 373
- ATA, allocation temporaire d'attente, 302
- Atexa, Accidents du travail des exploitants agricoles, 273
- Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, Acam, 16
- AVQ, actes de la vie quotidienne, 220

B

- baisse des vols de voitures, 23
- BCF, Bureau central français, 109
- BCT, Bureau central de tarification, 54
 - rôle, 373
 - saisir, 55
- bénéficiaire d'une assurance vie, 182
- bien immobilier
 - catastrophe technologique, 150
 - évaluation, 131
- bien mobilier
 - catastrophe technologique, 150

- évaluation, 130
- bonus, 22
 - barème, 76
 - coefficient, 76
 - questions diverses, 79
- bonus-malus ou clause de réduction-majoration et l'Europe, 80
 - principe, 76
 - prix de l'assurance, 87
- branche
 - famille, 33
 - maladie, maternité, 32
 - retraite, 33
- bris de glace, 152
- Bureau central de tarification, BCT, 54, 373
- Bureau central français, BCF, 109

C

- CAF, caisses d'allocations familiales, 33
- Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, CRPCEN, 318
- Caisse nationale d'allocations familiales, Cnaf, 33
- Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, Cnavpl, 314
- Caisse nationale d'assurance vieillesse, Cnav, 308
- caisses d'allocations familiales, CAF, 33
- calcul des franchises, 93
- cambrilage
 - circonstances, 135
 - déclarer à l'assureur, 138
 - délai de déclaration, 128, 137
 - démarches à faire, 137
 - porter plainte, 138
 - réparations, 138
- capital décès
 - assuré cotisant au RSI, 280
 - bénéficiaires, 279
 - commerçants, 282
 - fonctionnaires civils, 282
 - militaires, 283

- montant, 280
- professions libérales, 282
- carambolage
 - assurance au tiers, 109
 - assurance tous risques, 108
 - responsabilités, 108
- carte
 - d'invalidité, 271
 - verte ou attestation d'assurance, 80
 - Vitale, 233
- catastrophe naturelle
 - assurance d'un véhicule, 72
 - conditions d'application, 146
 - délai de déclaration, 147
 - franchise fixée par la loi, 147
 - Journal officiel, 146
- catastrophe technologique
 - biens mobiliers, indemnisation, 150
 - définition, 148
 - expertise simplifiée, 150
 - indemnisation du bien immobilier, 150
- Cats, cessation d'activité des travailleurs salariés, dispositif, 298
 - calcul du montant, 299
 - salariés concernés, 298
- CDIA, Centre de documentation et d'information de l'assurance, 15
- Centre de documentation et d'information de l'assurance, CDIA, 15
- certificat d'assurance, justificatif, 81
- cessation d'activité des travailleurs salariés, Cats, dispositif, 298
- chiffres
 - assurance auto, 19
 - assurance construction, 19
 - assurance habitation, 19
 - assurance obsèques, 30
 - assurance prévoyance, 30
 - assurance vie, 28
 - cotisations des assurances de personnes, 26
 - cotisations de l'assurance complémentaire santé, 27
 - cotisations dommages, 25
 - d'affaires de l'assurance dommages, 19
 - d'affaires de l'assurance française, 18
 - montant des prestations, 19
 - nombre de médiations en 2008, 56
 - sociétés d'assurances en France, 12
- choisir
 - assurance de son véhicule, 83
 - assurance vie, 173
 - complémentaire santé, 332
 - sa banque, assurance vie, 173
 - son assureur, 45
 - un courtier, assurance vie, 174
- Cidre, convention d'indemnisation directe et de renonciation à recours en dégâts des eaux, 141
- clause
 - conducteur occasionnel, 94
 - conduite exclusive, 94
 - d'inhabitation, 136
 - de réduction-majoration, bonus-malus, principe, 76
- CMU-C, couverture maladie universelle complémentaire, 325
- Cnaf, Caisse nationale d'allocations familiales, 33
- Cnav, Caisse nationale d'assurance vieillesse, 308
- Cnavpl, Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, 314
 - indépendants concernés, 311
- COB, Conseil des bureaux, 198
- coefficient
 - de bonus, 76
 - de malus, 77
- complément de libre choix d'activité
 - conditions d'obtention, 263
 - variable selon le nombre d'enfants, 265
- complément optionnel de libre choix d'activité, conditions, 265
- complémentaire santé
 - choisir, 332
 - collective, 326
 - comparer le remboursement, 334
 - contrat collectif de l'entreprise, 324
 - contrat collectif, avantages, 327
 - contrat individuel, 325
 - contrat responsable, 329
 - départ à la retraite, 331
 - éléments pour choisir, 334

- information des salariés, 327
- institutions de prévoyance, 323
- mutuelles, 323
- parcours de soins, 329
- remboursement des soins, 328
- sociétés d'assurances, 323
- tarifs, 332
- taux de remboursement, 333
- types d'assureurs, 323
- conducteur
 - antécédents et tarifs, 88
 - jeune, franchise, 92
 - occasionnel, 88
 - profil, 87
- conduire sans permis et assurance au tiers, 67
- congé maternité
 - agricultrice, 259
 - conjointe collaboratrice, 257
 - enfants adoptés, 252
 - femme chef d'entreprise et adoption, 256
 - salariées, remboursement, 253
- congé parental
 - conditions d'obtention, 261
 - d'éducation, conditions d'obtention, 261
 - et chômage indemnisé, 263
- congé paternité, 261
- Conseil des bureaux, COB, 198
- constat amiable
 - avoir avec soi, 103
 - dégât des eaux, 140
 - en cas de carambolage, 108
 - refus de remplir, 106
 - remplir, 104
 - verso, 106
- contrat
 - aggravation du risque, 51
 - aggravation du risque, conséquences, 370
 - assurance dépendance, divers, 221
 - assurance temporaire décès, 186
 - augmentation des cotisations, 369
 - conditions à remplir, 366
 - conditions générales et particulières, 367
 - conditions particulières, 47
 - d'assistance, 205
 - définition, 365
 - deux volets, 47
 - diminution du risque, 52
 - diminution du risque, conséquences, 370
 - informer son assureur, 51
 - litige, 56
 - note d'information, 46
 - obligations de l'assuré, 48, 368
 - obligations de l'assureur, 52, 368
 - obsèques, souscrire, 226
 - prise d'effet des garanties, 47
 - prise d'effet, 367
 - renouvelable par tacite reconduction, 53
 - résilier, 48, 368
 - responsable, obligations de l'employeur, 330
 - retraite Madelin, 210
- contre-expertise, conditions, 372
- contribution
 - au remboursement de la dette sociale, CRDS, 35
 - sociale généralisée, CSG, 35
- convention aeras, s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé, 189
- convention d'indemnisation directe et de renonciation à recours en dégâts des eaux, Cidre, 141
- copropriété
 - assurance obligatoire, 125
 - parties communes, 125
 - parties privatives, 125
 - responsabilité civile, 126
- cotisation
 - d'assurance, éléments, 48
 - défaut de paiement, incidences sur le contrat, 49
 - dommages, chiffres, 25
 - indexation, 49
- courtiers en ligne, 174
- coût des catastrophes naturelles, 25
- couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C, 325

CRDS, contribution au remboursement de la dette sociale, 35

CRPCEN, Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, 318

CSG, contribution sociale généralisée, 35

D

déclarer

un dégât des eaux, délai, 140

un sinistre, modalités, 128

une grossesse, dates, 253

défaut de paiement de la cotisation, incidences sur le contrat, 49

définitions

abondement d'entreprise, 352

actes de terrorisme, 154

assistance, 201

assurance au tiers, 62

catastrophe technologique, 148

contrat d'assurance, 365

dépendance, 218

effets des catastrophes naturelles, 72

émeute, 153

épargne salariale, 350

franchise, 67

garantie incendie-explosion, 151

garantie valeur à neuf, 131

institutions de prévoyance, 13

mouvement populaire, 153

mutuelle, 13

note de couverture, 367

pension d'invalidité, 267

période de retour, 26

principe de la vétusté, 130

proposition d'assurance, 367

rééquipement à neuf, 131

rente éducation, 359

responsabilité civile, 40

risque, 366

RSI, 37

ticket modérateur, 238

valeur à neuf, 130

valeur reconstruction, 131

véhicule de collection, 97

dégât des eaux

délai de déclaration, 140

dommages indemnisés, 139

dommages non remboursés, 142

délai

d'indemnisation, accident de la vie, 208

d'indemnisation, actes de

terrorisme, 157

de carence, assurance

dépendance, 224

de déclaration, 52

de franchise, assurance

dépendance, 224

déclarer un cambriolage, 128

déclarer un dégât des eaux, 140

déclarer un sinistre, 127

déclarer une catastrophe naturelle, 147

versement des indemnités, 131

déménagement, transfert ou résiliation du contrat, 123

dépendance

définitions, 218

partielle, définition, 222

totale, définition, 222

dommages

à la charge du locataire, 122

couverts en cas de tempête, 143

couverts par la responsabilité

civile, 160

du conducteur, garantie spécifique, 67

évaluation des réparations, 111

exclus de la responsabilité civile, 161

faire des photos, 129

indemnisés, actes de terrorisme, 156

non couverts en cas de tempête, 144

non remboursés, dégât des eaux, 142

dommages corporels

déficit fonctionnel partiel, 114

indemnisation, 114

préjudice esthétique, 114

E

EEE, Espace économique européen, 12

effets des catastrophes naturelles, définition, 72

émeute, définition, 153

épargne des fonctionnaires,
Préfon-Retraite, 360

épargne salariale
abondement d'entreprise,
définition, 352
définition et objectif, 350
gestion des frais, 359
participation aux résultats de
l'entreprise, 350
trois types de plans, 353

Espace économique européen, EEE, 12

évaluation des biens
immobiliers, 131
mobiliers, 130

expert
après un cambriolage, 139
dommages habitation, 128
évaluation des réparations d'un
véhicule, 111
meubles et objets précieux, 134

expertise
préalable, 372
simplifiée, cas de catastrophe
technologique, 150

F

FAP, franc d'avaries particulières, 101

Fédération des mutuelles de France,
FMF, 16

Fédération française des sociétés
d'assurances, FFSA, 14, 373

Fédération nationale de la mutualité
française, FNMF, 16

FFSA, Fédération française des sociétés
d'assurances, 14
médiation, 56, 373
procédure de médiation, 56
répartition des entreprises
adhérentes, 15

FGAO, Fonds de garantie des assurances
obligatoires de dommages, 17

FGAP, Fonds de garantie des assurances
de personnes, 17
rôle, 17

FGTI, Fonds de garantie des victimes
des actes de terrorisme et d'autres
infractions, 155

FMF, Fédération des mutuelles de
France, 16

FNMF, Fédération nationale de la mutualité
française, 16

Fonds de garantie des assurances de
personnes, FGAP, 17

Fonds de garantie des assurances
obligatoires de dommages, FGAO, 17

Fonds de garantie des victimes des actes
de terrorisme et d'autres infractions,
FGTI, 155

franc d'avaries particulières, FAP, 101

franchise
calcul en euros ou en pourcentage, 93
définition, 67
délai, assurance dépendance, 224
fixée par la loi, 147
jeune conducteur, 92
médicale, 242
principe, 91
selon les sinistres, 92
tarif de l'assurance, 93

G

garantie
accidents de la vie, étendue de sa
couverture, 207
accidents de la vie, principe, 206
annulation de location de
vacances, 197
assistance en cas de panne, 74
assurance tous risques, 74
attentats et actes de terrorisme, 154
bagages, 203
bris de glace, 152
bris de glace d'un véhicule, 70
catastrophes naturelles, conditions
d'application, 146
catastrophes technologiques, 73
décès, prévoyance collective, 342
défense recours, 75
dégât des eaux, 139

- dépendance, prévoyance
 - collective, 343
 - dommages collision, facultative, 69
 - dommages tous risques, 69
 - émeutes et mouvement populaire, 74, 153
 - étendue géographique, 98
 - gel des canalisations, 142
 - incapacité temporaire partielle, 191
 - incendie et explosion d'un véhicule, 71
 - incendie et explosion, définition, 151
 - invalidité des contrats de
 - prévoyance, 341
 - optionnelles pour un véhicule,
 - panorama, 83
 - prise d'effet, 47
 - protection juridique de l'assurance
 - multirisque habitation, 163
 - responsabilité civile familiale,
 - habitation, 159
 - tempête, prouver, 144
 - tous risques objets divers, 203
 - valeur à neuf, 131
 - vandalisme, 135
 - vol et assurance des objets
 - précieux, 133
- Gema, Groupement des entreprises mutuelles d'assurances, syndicat professionnel, 15
- Groupement des entreprises mutuelles d'assurances, Gema, 15
- ## H
- habitation
 - assurance obligatoire pour un locataire, 121
 - assurance responsabilité civile familiale, 159
- ## I
- incapacité temporaire de travail, ITT, 191
- indemnisation
 - accidents de la vie, 208
 - accord avec l'expert, 129
 - allocations chômage, durée, 294
 - après un accident, calcul, 109
 - autres victimes, 115
 - catastrophe technologique, 149
 - conducteur blessé, 114
 - décès, actes de terrorisme, 156
 - déficit fonctionnel partiel, 114
 - délai de versement, 131
 - des biens, actes de terrorisme, 155
 - des personnes, actes de terrorisme, 155
 - désaccord avec l'expert, 129
 - dommages corporels, 114
 - meubles et objets volés, 130
 - préjudice esthétique, 114
 - responsabilité civile, 162
 - véhicules détruits, 113
 - victime de la route, estimation, 115
 - victimes par ricochet, 116
 - vol d'un véhicule, 116
- indexation des cotisations et des garanties, 49
- institutions de prévoyance
 - AG2R-La Mondiale, 14
 - définition, 13
 - fonctionnement, 14
 - Malakoff-Médéric, 14
 - unification, 14
 - Vauban Humanis, 14
- intéressement salarial, 351
- invalidité
 - catégories, 268
 - permanente totale, IPT, 192
- IPT, invalidité permanente totale, 192
- ITT, incapacité temporaire de travail, 191
- ## J
- jeune conducteur, surprime, 95
- justificatifs d'assurance d'un véhicule, 80
- ## L
- libre prestation de service, LPS, 12
- litige, 53
 - médiation possible, 56
 - non paiement des primes, 53

résiliation d'un contrat, 54
 locataire
 assurance habitation obligatoire, 121
 logement gratuit, 123
 logement meublé, 123
 location saisonnière, assurer, 196
 LPS, libre prestation de service, 12

M

malus
 coefficient, 77
 en cas de responsabilité partielle, 78
 en cas de responsabilité totale, 77
 majoration, 78
 médiation
 chiffres, 56
 en cas de litige, 56
 MFP, Mutuelle de la fonction publique, 38
 Mission risques naturels, MRN, 148
 modalités de déclaration d'un sinistre, 128
 mouvement populaire, définition, 153
 MRN, Mission risques naturels, 148
 MSA, Mutualité sociale agricole, 32
 indépendants concernés, 311
 rôle, 37
 Mutualité sociale agricole, MSA, 32
 mutuelle
 définition, 13
 fonctionnement, 13
 Mutuelle de la fonction publique, MFP, 38

N

note de couverture, définition, 367

p

Paje, prestation d'accueil du jeune enfant, 262
 PEE, plan d'épargne entreprise, 353
 fonctionnement, 354
 objectif, 354
 PEI, plan d'épargne interentreprise, 353
 fonctionnement, 354

 objectif, 354
 pension d'invalidité
 allocation supplémentaire, 270
 calcul du montant, 269
 conditions d'obtention, 268
 définition, 267
 militaire, taux, 277
 prélèvements fiscaux et sociaux, 278
 Perco, plan d'épargne retraite
 collectif, 344, 353
 fonctionnement, 355
 objectif, 355
 PERE, plan d'épargne retraite
 d'entreprise, 29, 344, 357
 période de retour, définition, 26
 Perp, plan d'épargne retraite
 populaire, 29, 209, 343
 objectif et fonctionnement, 357
 rente éducation, 210
 rente viagère, 209
 perte totale et irréversible d'autonomie, PTIA, 192
 plan d'épargne
 entreprise, PEE, 353
 interentreprise, PEI, 353
 retraite collectif, Perco, 344, 353
 retraite d'entreprise, PERE, 29, 344, 357
 retraite populaire, Perp, 29, 209, 343
 salariale, trois types, 353
 plan de prévention des risques
 naturels, PPR, 148
 technologiques, PPRT, 149
 PPR, plans de prévention des risques
 naturels, 148
 PPRT, plans de prévention des risques
 technologiques, 149
 prestation d'accueil du jeune enfant, Paje, 262
 prestations, chiffres du montant, 19
 prêt d'un véhicule et assurance au tiers, 65
 prévoyance collective
 avantages, 338
 cadres, obligatoire, 339
 décès, 342
 dépendance, 343

indemnisation, 339
invalidité, 341
principe, 337
rôle, 338
salariés de moins de trois ans
d'ancienneté, 340
primes non versées, conséquences, 371
principe de la vétusté, définition, 130
prix d'une assurance auto ou moto,
critères de fixation, 87
proposition d'assurance, 46
définition, 367
propriétaire, assurance facultative, 124
protection
contre le risque de porter atteinte à
autrui, obligatoire, 31
contre les risques sociaux,
obligatoire, 31
juridique, 26
juridique du contrat auto ou moto, 75
juridique multirisque habitation, limites
et exclusions, 164
juridique multirisque habitation,
fonctionnement, 166
sociale, financement, 35
sociale, trois branches, 32
PTIA, perte totale et irréversible
d'autonomie, 192
pupille de la Nation, aides
supplémentaires, 284

Q

quad
assurer, 98
non homologué, 99
permis de conduire, conditions, 99
port du casque obligatoire, 98
responsabilité civile obligatoire, 98

R

rachat total ou partiel d'une assurance
vie, 179
rééquipement à neuf, définition, 131
régime local d'Alsace-Moselle, 247

Régime social des indépendants, RSI, 32,
312
rémunération de l'assurance vie, 178
rente éducation, définition, 359
résiliation
contrat d'assurance, 48, 368
en cas de déménagement, 123
responsabilité civile
à l'étranger, 197
aides bénévoles, 162
assurance obligatoire, 31
conducteur, 62
copropriétaires et leur famille, 127
définition, 40
dommages couverts, 160
dommages exclus, 161
indemnisation, 162
principes généraux, 40
Union européenne, 196
retraite
âge et trimestres, 309
assurance complémentaire, 208
calcul du montant, 309
contrats Madelin, 30
de base des non non, 312
de base des non-salariés agricoles, 318
du RSI, calcul, 312
profession libérale, calcul du
montant, 316
retraite complémentaire
agriculteurs, 318
artisans, 313
calcul, 311
industriels et commerçants, calcul, 313
professions libérales, 317
salariés, Arrco, 310
retraite supplémentaire
à cotisations définies, 346
à prestations définies, 345
additive ou additionnelle, 345
caractéristiques des contrats, 348
chapeau ou différentielle, 346
comité d'entreprise, 349
conditions d'application, 344
par capitalisation, 343
régime facultatif, 344
trois catégories, 345

Revenu de solidarité activé, RSA, 35

risque

- aggravation, 51
- assurable, condition obligatoire, 366
- définition, 366
- diminution, 52
- locatifs, 122

RSA, Revenu de solidarité activé, 35

RSI, Régime social des indépendants, 32, 312

- définition et rôle, 37
- indépendants concernés, 311

S

salaires maintenus en cas d'arrêt de travail, 340

sécurité des véhicules, critères, 112

Sécurité sociale, 36

- étudiante, inscription, 235

sinistre

- délai de déclaration, 127
- modalités de déclaration, 128

sociétés d'assistance, 15

sociétés d'assurances

- en France, chiffres, 12
- présentation, 12

sports mécaniques, assurance, 100

système carte verte, objectifs, 198

T

tarifs

- à voir avec la franchise, 93
- assurance dépendance, 223
- assurance obsèques, 227
- complémentaire santé, 332
- équipement du véhicule, 89
- garantie accident de la vie, 208
- modèle du véhicule, 89
- selon l'ancienneté, 89
- usage et fréquence d'utilisation du véhicule, 90
- zone de circulation, 90

tempête

- dommages couverts, 143

- dommages non couverts, 144
- ticket modérateur, définition, 238
- tiers payant, principe, 239

U

Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales, Urssaf, 36

Urssaf, Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales, rôle, 36

V

valeur

- à neuf, définition, 130
- agréée, 113
- catalogue, 113
- de remplacement, 113
- reconstruction, définition, 131
- vénale, 113

véhicules

- accidentés, évaluation des réparations, 111
- actes de terrorisme ou d'attentats, 73
- assurance au kilomètre, 96
- assurance au tiers, 62
- assurance dommages, 68
- assurance en cas de vol, 63
- assurance tous risques, 74
- assurer selon trois paramètres, 86
- attestation d'assurance ou carte verte, 80
- bris de glace, 70
- catastrophes naturelles, 72
- catastrophes technologiques, 73
- certificat d'assurance, 81
- choix du contrat d'assurance, 83
- clauses et exclusions d'un contrat, 86
- conducteur occasionnel, 88
- critères de sécurité, 112
- de collection, définition, 97
- détruits, montant de l'indemnisation, 113
- dommage tous accidents, 69
- dommages collision, 69

- étranger, cas d'accident, 109
- expertisé, 111
- garantie individuelle du conducteur, 67
- garanties optionnelles, panorama, 83
- immobile et assurance, 96
- incendie et explosion, 71
- interdits de circulation, critères, 112
- levée d'opposition de circuler,
 - conditions, 112
- moins chers que les réparations, 113
- non assurés, amende, 66
- panne et assurance, 74
- prêt et assurance au tiers, 65
- prix de l'assurance, 87
- profil du conducteur et prix de l'assurance, 87
- sans permis, 67
- tarifs en fonction du modèle, 89
- valeur agréée, 113
- valeur catalogue, 113
- valeur de remplacement, 113
- valeur vénale, 113
- vol, 70
- volés, indemnisation, 116
- vol
 - clés de voiture, 117
 - de voiture en baisse, 23
 - habitation, dommages couverts, 134
 - preuves irréfutables, factures, 135
 - véhicule et assurance au tiers, 63
 - véhicule, indemnisation, 116
- voyages, problèmes de santé et assurance, 204

Sortez couvert !

L'assurance, comment ça marche ? Combien ça coûte ? À qui s'adresser pour souscrire un contrat ? Que faire en cas de sinistre ? Autant de questions qui nécessitent des réponses claires et précises.

À quoi s'ajoute la législation, qui a rendu obligatoires toutes sortes d'assurances pour couvrir de plus en plus de risques : les risques sociaux (maladie, maternité, invalidité, chômage, décès), les risques civils (si l'on blesse autrui, il faut le dédommager), les risques automobiles, sans parler des risques climatiques et technologiques.

Tant et si bien que l'assurance est devenue un labyrinthe dans lequel les assurés se perdent dès qu'il leur arrive quelque chose et alors qu'ils pensent s'être prémunis en versant des cotisations et des primes.

Pour en sortir, il convient de retenir quelques grands préceptes : comparer les offres entre elles, savoir utiliser les possibilités offertes par Internet et lire le contrat jusqu'à la dernière ligne !

Pour tout le reste, la lecture de ce livre devrait vous suffire...



Laurence de Percin est journaliste de presse écrite et auteur sur tous les sujets de droit pratique : consommation, emploi, création d'entreprise, protection sociale, retraite, fiscalité, etc. Dans la même collection, elle est également l'auteur du best-seller *Créer sa boîte pour les Nuls* (First, 2007) et de *Préparer sa retraite pour les Nuls* (First, 2009).



Découvrez comment :

- Étudier toutes les clauses des contrats d'assurance
- Bien choisir son contrat d'assurance automobile
- Protéger ses biens et sa famille avec l'assurance habitation
- Épargner et transmettre à ses proches grâce à l'assurance vie
- Prévenir les coups durs en souscrivant une assurance facultative
- Modifier son contrat et changer d'assureur en cas de litige

Retrouvez les Nuls
sur www.pourlesnuls.fr

FIRST
Editions



Rayon librairie : Droit pratique

Photographie de couverture : © Juice Images/Corbis