

Assurance de groupe, méthode alternative de rémunération

La retraite est souvent une idée qui ne ménage pas les pensées des employés. Que faire à la retraite et comment subvenir à ses besoins à la retraite ? En effet, la pension de retraite est sensiblement inférieure au salaire et les habitudes du salarié doivent être réaménagées afin de s'adapter à cette nouvelle situation. Néanmoins, il existe plusieurs solutions pour éviter la dégradation de sa situation à la retraite, afin de pouvoir garder la même situation en termes de revenus. Certaines personnes optent pour l'investissement de ses acquis et de percevoir une revenue complémentaire avec sa pension. D'autres pensent à une reconversion afin de continuer de travailler.

Il n'est pas rare également que les entreprises, employeurs, prévoient une politique d'aide au personnel afin de faciliter ce départ à la retraite. Divers mécanismes d'assurance peuvent être proposés, assurance retraite, qui peuvent revêtir plusieurs formes. L'une de ces formes se manifeste par l'assurance de groupe.

L'assurance de groupe est également appelée assurance collective. Il s'agit d'une technique de souscription et de gestion qui consiste à réunir, sous de mêmes conditions de garanties, des personnes soumises à des risques similaires, notamment les employés d'une entreprise. Cela revient à créer des sous-ensembles au sein de la mutualité administrée par l'entreprise d'assurances. Le mécanisme utilise celui du contrat-cadre sous la forme d'une police d'assurance, police négociée entre un organisme assureur et une personne morale souscriptrice.

L'assurance de groupe présente l'avantage d'un coût de gestion moindre par rapport aux garanties souscrites à titre individuel. Cela s'explique d'une part par les frais d'acquisition moindres, et d'autre part par la standardisation des conditions d'assurance. Il faut également noter que la compensation est plus contrôlée, moins aléatoire, le risque d'anti sélection y étant moins élevé. Mais cette unité d'objectif ou d'intérêt n'est souvent que théorique. En effet, l'assurance de groupe répond aujourd'hui à des situations et des préoccupations très différentes.

L'assurance de groupe s'inscrit ainsi dans le dessein d'une protection complémentaire. D'ailleurs, la mise en place de systèmes de protection sociale au sein d'entreprises ou de branches professionnelles fut la première application de l'assurance collective. Elle présentait

tout son intérêt avant l'instauration de la sécurité sociale. Même que la création de cette dernière n'a pas ralenti l'élan de l'assurance de groupe dans le domaine.

Peu à peu, la couverture dite souvent « complémentaire », est devenue obligatoire au fil des conventions collectives, accords d'entreprises ou de groupes. L'employeur est généralement tenu de mettre en place un système destiné à répondre à ses obligations conventionnelles. L'une des solutions consiste dans la souscription auprès d'organismes spécialisés, comme les entreprises régies par le Code des assurances ou les mutuelles régies par le Code de la mutualité, de contrats de nature à garantir collectivement tout ou partie du personnel en fonction des engagements pris ou des obligations légales ou conventionnelles.

Si la souscription est devenue une obligation pour l'employeur, l'adhésion des salariés est, elle aussi, devenue une obligation. Le régime complémentaire en vigueur dans l'entreprise s'impose en principe à tous. Cette particularité et la disparité des garanties et des modes de gestion constatée entre assurances et mutuelles ont conduit le législateur à intervenir afin d'obtenir une certaine cohérence de ces systèmes de protection sociale complémentaire.

L'assurance de groupe dans le droit belge est prévue par la loi dite Vandenbroucke¹, du nom du Premier ministre duquel la loi a vu le jour, loi également connue sous l'appellation LPC ou Loi sur les pensions complémentaires adoptées le 28 avril 2003. Ce texte de loi a une portée très large. Elle a pour objet d'interdire toute discrimination directe ou indirecte.

Le plan de pension peut être financé, soit uniquement par les cotisations patronales, soit par ces cotisations patronales avec celles personnelles. Ces fonds de pension complémentaire sont contractés par les employeurs auprès d'organismes d'assurance pour le compte du personnel, sans que celui-ci n'ait son mot à dire. Les cotisations sont obligatoires sans possibilité pour l'employé de refuser. Le contrat est alors purement un contrat d'adhésion avec des termes qui s'imposent à l'employé sans possibilité de se prononcer ni poser ses conditions. Mais plus qu'un contrat d'adhésion, le contrat est obligatoire. Quelles sont alors les conséquences d'un tel contrat pour l'employé ?

Pour l'employeur, la cotisation devient également obligatoire. Il se trouve obligé de contracter ces assurances retraite pour son personnel. Quels en sont également les conséquences ? Si

¹ Pour une analyse approfondie de la loi, voir C BAYART, « De discriminatiewet », Orientatie, 2003, pp 47 et s, C BAYART, ‘De opmars van het discriminatierecht in de arbeidsverhoudingen », J.T.T., 2002, pp.39 et P. HUMBLET, « De Wet ‘Mahoux’ bekeken door een arbeidsrechtelijke bril », A.T.O, n°146, pp. 3-16 ; I. VERHELST, « la loi générale anti-discrimination : attention aux inégalités au travail », Licenciement et démission, n°100, 22 janvier 2003, pp.3-10

pour l'employé le contrat d'assurance de groupe est un contrat d'adhésion, qu'en est-il pour l'employeur qui participe également à ces cotisations ? L'employeur a-t-il plus de prérogatives que l'employé ?

Toutes ces interrogations reflètent les questions, parfois les inquiétudes, chez l'un et l'autre des intéressés, à savoir l'employeur et l'employé. Quelles sont les conséquences juridiques du contrat d'assurance de groupe ? Pour y mettre davantage de lumière, nous retiendrons dans une première partie le cadre juridique de l'assurance de groupe pour se focaliser sur les effets de l'assurance de groupe dans la seconde moitié de ce travail.

Chapitre I : Le cadre juridique de l'assurance de groupe

L'assurance de groupe est avant tout un contrat. Il est donc régi par le droit commun des contrats, notamment en ce qui concerne les conditions de validité du contrat. Mais l'assurance de groupe est un contrat qui fait naître trois parties, l'employeur, l'organisme d'assurance et l'employé. Il s'agit dès lors d'une relation tripartite, classique au contrat d'assurance, qu'il convient de disséquer.

Les principales parties au contrat sont l'employeur et l'organisme d'assurance. En effet, c'est à l'employeur qu'il revient de contracter le contrat pour le compte de son personnel. Comme tous les contrats d'assurance, l'assurance de groupe utilise le mécanisme de la stipulation pour autrui, l'employé étant le bénéficiaire de la stipulation.

Enfin, comme son nom en convient, il s'agit d'une assurance de groupe. Habituellement, les contrats, même stipulation pour autrui, désigne un bénéficiaire. Mais dans ce cadre-ci, il s'agit pour l'employeur de contracter un unique contrat pour de multiples bénéficiaires, rendant ainsi plus complexe le mécanisme et le dénouement du contrat. C'est ce dernier mécanisme que nous tenterons d'expliquer dans cette partie, le dénouement du contrat étant réservé à la partie consacrée aux effets du contrat.

Section I : Le cadre juridique de l'assurance de groupe

Il convient ici de poser le contour légal du contrat d'assurance de groupe en retraçant l'appareil législatif qui l'encadre. Il s'agit avant tout d'un contrat qui est gouverné par le droit commun des contrats. Mais le contrat d'assurance de groupe est spécifiquement prévu par la loi Vandenbroucke qui prévoit en détail les spécificités d'un tel contrat.

§1 : Le cadre légal

La Loi Vandenbroucke du 28 avril 2003 sur les Pensions Complémentaires (LPC), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 est venu bouleverser le paysage des pensions complémentaires d'entreprises en Belgique. Le but de ce texte a été la promotion des pensions complémentaires d'entreprises et de toutes les formes collectives de pensions complémentaires. Le texte unifie le cadre juridique des promesses individuelles de pension.

La LPC a également tenu à régir le régime fiscal des pensions complémentaires. Le volet social de la loi est réservé aux travailleurs salariés. Le volet fiscal s'adresse aux salariés et aux dirigeants d'entreprise indépendants. L'aspect social de la loi ne concerne que les travailleurs salariés, engagés sous contrat de travail auprès d'un employeur. Le volet social vise uniquement les pensions complémentaires de retraite et/ou de décès à l'exclusion d'autres prestations telles que l'incapacité de travail ou les soins de santé.

Au lendemain de la Seconde Guerre, la Belgique a développé un système de sécurité sociale étendu et différencié, fonction de la nature de l'activité professionnelle. Plusieurs régimes ont été instaurés pour les travailleurs salariés, pour les travailleurs indépendants et pour les fonctionnaires. En 1944, l'arrêté-loi du 8 décembre 1944, a permis aux travailleurs d'accéder à une protection sociale réglementée et garantie légalement. Cette protection sociale avait été financée par les cotisations des travailleurs salariés et employeurs, des travailleurs indépendants et des pouvoirs publics. L'adoption de cet arrêté-loi n'a été que le point de départ de l'encadrement de la protection sociale en Belgique.

Les employeurs avaient déjà organisé, seuls ou conjointement, diverses formes d'interventions sociales en faveur de leur personnel. Des caisses de prévoyance permettaient une protection dans deux domaines : assurance maladie et invalidité en cas de maladie et assurance maladie et invalidité de vieillesse. L'arrêté de 1944 a introduit une amélioration en mettant fin à l'aspect volontariste de ces régimes. La contribution financière à la sécurité sociale générale a été rendue obligatoire. Cette institution a permis de réduire les incertitudes des travailleurs à la retraite et de réduire les écarts de richesse. Une partie des richesses produites est redistribuée au travers des différentes branches de la sécurité sociale, dont les pensions, au profit des plus défavorisés.

Mais malgré l'instauration de ce système de mutualité de la sécurité sociale, il ne permettait pas encore de garantir un rapport acceptable entre le dernier salaire et la pension touchée à la

retraite. En effet, la pension de retraite pouvait descendre jusqu'à 20% du dernier salaire perçu par l'employé, une pension qui ne permettait pas la subsistance de la personne, ni de sa famille. Les caisses de prévoyance instaurées au niveau des entreprises restaient donc importantes pour assurer un revenu garanti après l'âge de la retraite.

Bien que les autorités aient remplacé le système de capitalisation par un système généralisé de répartition, la situation avait du mal à évoluer sans les caisses entrepreneuriales. Seules ces dernières permettaient de garantir plus facilement le maintien du pouvoir d'achat. Mais par l'application d'un plafond de rémunération pour le calcul des droits de pension, il évoluait de facto vers une pension minimale considérée comme nécessaire.

A- La loi Vandenbroucke, une nouvelle législation des pensions complémentaires

La loi Vandenbroucke tend vers la démocratisation des pensions complémentaires. Une telle démocratisation revêt son importance en premier lieu pour les ouvriers et en second lieu pour tous les travailleurs des PME. Les pensions complémentaires avaient, pendant longtemps, été considérées comme un phénomène plutôt limité profitant davantage aux membres de direction qu'aux simples employés. Mais la situation a évolué avec l'adoption de règlements de pensions complémentaires admettant l'affiliation des employés de niveau inférieur, pour couvrir au final tous les employés dans les secteurs forts et les grandes entreprises. La LPC instaure cette démocratisation en développant un deuxième pilier réglementé socialement qui prévoit également des engagements sociaux de pension et une réglementation des régimes sectoriels de pension.

Les pensions sectorielles diminuent le seuil d'instauration d'un plan de pension complémentaire. Elles créent également une ouverture pour un grand groupe de travailleurs dans les PME. Les pensions complémentaires sont des rémunérations additives, la loi ne porte pas préjudice aux pensions légales. En effet, ces pensions légales demeurent la source la plus importante de remplacement de revenus après la retraite de l'employé.

La loi règle les relations, en matière de pensions complémentaires, entre l'employeur, l'organisateur, le travailleur, l'affilié et ses ayants droit, l'organisme de pension et la personne morale chargée de l'exécution de l'engagement de solidarité. Elle fixe la procédure à suivre

lors de l'instauration, de la modification ou de l'abrogation d'une pension complémentaire dans une entreprise ou une branche d'activité. Elle assure également la protection des droits et réserves constitués pour les affiliés et leurs ayants droit en augmentant la transparence pour les travailleurs.

La loi Vandenbroucke succède à l'ancienne législation sur les pensions complémentaires de 1995². Cette dernière se limitait en effet aux « relations entre employeur et travailleur lié par un contrat de travail ». La nouvelle loi propose de nouvelles terminologies adéquates pour cerner toutes les relations. Elle règle en outre les relations entre tous les acteurs concernés par la conclusion et l'exécution d'un engagement de pension. La nouvelle législation préfère le terme d'organisateur à celui d'employeur, d'affilié et de son ayant droit à celui de travailleur. Ce choix de nouvelles terminologies permet un plus grand champ d'application à la loi.

La loi entend par organisateur la personne ou le groupe de personnes qui organise la pension complémentaire. L'organisateur sera dès lors l'employeur en cas de pension complémentaire conclue au niveau de l'entreprise. L'organisateur est une personne morale composée paritairement qui est désignée par les organisations représentatives d'une commission paritaire en cas de pension complémentaire proposée au niveau d'un secteur.

Néanmoins, la LPC présente une faille en ce qu'elle se cantonne au second pilier. En effet, les formules d'épargne individuelle que l'on dénomme classiquement le troisième pilier, ne tombent pas sous la LPC. L'exception se révèle pour les engagements individuels de pension qui sont octroyés à un travailleur et pour la continuation individuelle de l'engagement de pension auprès d'un nouvel employeur qui ne prévoit aucun régime de pension collectif.

B- Champ d'application de la nouvelle loi

La loi couvre les pensions complémentaires du second pilier ; les régimes de pension d'entreprise et les régimes de pension sectoriel. Les régimes de pensions complémentaires collectives sont les régimes collectifs classiques souscrits auprès d'un assureur de groupe, un fonds de pension ou un organisme pour l'octroi d'avantages extralégaux aux travailleurs. Ces

² Loi du 6 avril 1995 relative aux régimes de pensions complémentaires (la loi dite Colla)

pensions complémentaires sont déjà réglementées sur le plan social par la loi du 6 avril 1995 relative aux régimes de pensions complémentaires.

Les principes de la loi Colla sur les plans de pension d'entreprise sont en grande partie repris par la nouvelle loi Vandenbroucke. Ils ont également été étendus aux régimes de pensions collectifs sectoriels.

§2 : Les caractéristiques juridiques de l'assurance de groupe

L'assurance de groupe repose sur une technique classique de relation tripartite qui semble s'apparenter à la stipulation pour autrui. Mais comme tous les contrats d'assurance, l'assurance de groupe hérite également des attributs ou conséquences du contrat d'adhésion.

A- L'assurance de groupe et la stipulation pour autrui

1- La référence à la stipulation pour autrui

L'assurance de groupe repose sur le mécanisme d'une stipulation pour autrui. Dans cette optique, l'assureur prend la place du promettant en s'engageant à verser à une personne désignée les prestations prévues par le contrat de base. Ces prestations ne sont pas en principe dues au souscripteur. En effet, dans cette configuration, ce dernier joue le rôle de stipulant.

Les prestations reviennent en effet à l'adhérent. Ce dernier reste pourtant étranger à la négociation et à la conclusion du contrat de base intervenu entre l'assureur et le souscripteur. L'adhérent a seulement donné son accord par son adhésion, tel le tiers bénéficiaire d'une stipulation pour autrui doit donner son acceptation avant d'acquérir définitivement le bénéfice de l'opération.

Pourtant, le schéma ne peut correspondre parfaitement à l'opération. Si l'employeur n'est pas, en théorie, le bénéficiaire des garanties prévues par le contrat, celles-ci étant destinées aux salariés adhérents, indirectement il en bénéficie. En effet, ce contrat transfère à l'assureur des

charges que l'employeur serait contraint d'assumer par application de dispositions légales ou conventionnelles prévues par le droit social.

Une référence totale à la stipulation pour autrui paraît dès lors inappropriée et appelle à des tempéraments. La jurisprudence, lorsqu'elle se prononce en ce que « sans doute, l'assurance de groupe se fonde-t-elle à l'origine sur une stipulation pour autrui, par laquelle le promettant (l'assureur) s'engage envers le souscripteur à proposer aux adhérents une assurance conforme aux conditions établies entre eux », a émis ses doutes sur la pertinence de la référence à cette technique juridique.

Certains auteurs, même français³, s'accordent à dire que « dans les assurances de groupe conçues pour les salariés d'un employeur, la stipulation pour autrui ne permet pas de comprendre leur nature juridique. Cette conclusion s'impose aussi dans le cas des assurances de groupe proposées par les organismes financiers... La stipulation pour autrui, qui fut longtemps invoquée, est insuffisante à les expliquer dans leur intégralité. Cela ne signifie pas qu'aucune stipulation ne peut figurer dans certaines assurances de groupe. Mais cette seule justification est insuffisante ». Les textes de loi, notamment le Code des assurances définissent d'ailleurs l'assurance de groupe d'une façon particulière comme un mécanisme qui institue un contrat de nature particulière, ne s'insérant dans aucun de ceux régis par le droit commun des contrats et, notamment, malgré ses similitudes, dans celui de la stipulation pour autrui.

L'assurance de groupe pourrait également s'apparenter à une autre forme de stipulation pour autrui lorsqu'elle se manifeste sous la forme de l'assurance pour compte⁴. Cette dernière concilie le rôle contractuel du souscripteur, spécialement celui de seul débiteur de la prime, avec la reconnaissance du caractère propre et direct des droits du bénéficiaire. Cependant, il faut admettre qu'elle est impropre à expliquer le rôle de l'adhésion, surtout quand elle est volontaire. Le mécanisme de l'assurance connexe quant à lui a été simplement assimilé à un prêt ne s'apparentait pas plutôt à celui de la cession de créance qu'à celui de la stipulation pour autrui⁵.

³ Voir notamment Nicolas : Essai d'une nouvelle analyse du contrat d'assurance : LGDJ 1996, n° 492 et s.

⁴ M. Pauffin de Saint Morel : D. 1977, chron. p. 67

⁵ G. Courtieu : À propos de l'assurance connexe à un prêt : stipulation pour autrui ou cession de créance ?, Resp. civ. et assur. 1998, chron. 28

D'autres auteurs ont suggéré la distinction entre, d'une part, les contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative, où l'on serait en présence d'un contrat-cadre entre le souscripteur et l'assureur, et, en application de cette convention, de contrats individuels d'assurance entre chacun des adhérents et l'assureur, et d'autre part les contrats d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, où il n'y aurait qu'un seul contrat entre le souscripteur et l'assureur⁶.

2- Le mandat dans l'assurance de groupe

La référence à la stipulation pour autrui est, en outre, compromise par les textes eux-mêmes, notamment par les textes sur les assurances. Ce texte décide que le mandat conféré au souscripteur couvre aussi bien d'exécution du contrat que les adhésions à l'assurance de groupe. En revanche, la loi a restreint le domaine d'application de cette représentation de l'assureur par le souscripteur, en excluant, non seulement les assurances en cas de vie (retraite) souscrites par une entreprise au bénéfice des salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée mais aussi les assurances connexes aux contrats de prêts.

Pour les opérations collectives, les assurances de groupe à adhésion obligatoire pour les salariés d'une entreprise, le souscripteur est, pour l'exécution du contrat ou de la convention, réputé agir à l'égard de l'assuré ou de l'adhérent pour le compte de l'organisme qui délivre sa garantie. Mais les auteurs font remarquer que cela ne concerne que l'exécution du contrat et non la conclusion de l'accord avec l'adhérent⁷.

Au final, il n'y aurait donc plus un contrat de base unique entre assureur et souscripteur et autant de stipulations pour autrui que d'adhérents, mais un contrat direct entre chaque adhérent et l'assureur, représenté par le souscripteur.

On ne pourrait donc plus retenir le même fondement juridique dans tous les cas. L'explication par la stipulation pour autrui resterait valable pour les assurances de groupe garantissant le remboursement d'un emprunt. Les autres assurances de groupe ne pouvaient plus faire appel à la stipulation pour autrui. Le souscripteur n'est plus considéré comme un stipulant dans le

⁶ J. Kullmann, colloque AIDA : RGDA 1998, p. 524. - Traité de droit des assurances, sous la direction de J. Bigot, Tome III, LGDJ 2002, n° 653

⁷ En France, H. Groutel, le projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances : Resp. civ. et assur. 1989, chron. 15

cadre d'une stipulation pour autrui, mais comme un mandataire de l'assureur, dont les actes engagent celui-ci. On passe ainsi de la technique de la stipulation pour autrui à celle de la représentation. Autrement dit, chaque nouvelle adhésion à l'assurance de groupe correspondrait à un nouveau contrat entre l'adhérent et l'assureur, représenté par le souscripteur.

Il devient ainsi illusoire de vouloir rattacher l'assurance de groupe à tel ou tel mécanisme juridique existant. Elle bénéficie d'un statut « autonome qui dispensera de recourir à la notion de stipulation pour autrui pour en déduire les effets comme l'indique l'auteur Berdot.

Il n'existe pas une forme juridique uniforme applicable aux différentes formes d'assurance de groupe. Il suffit pour s'en convaincre de comparer celle souscrite par organisme financier et celle mise en place dans le cadre d'une entreprise. Dans le premier schéma, l'organisme bailleur de fonds est souscripteur de la convention d'assurance et bénéficiaire direct des prestations prévues puisque l'assureur se substitue à l'emprunteur-adhérent-assuré. Mais c'est l'assuré lui-même qui sera le bénéficiaire du contrat.

Dans le second schéma, l'entreprise est souscriptrice du contrat, mais n'est pas nécessairement le bénéficiaire, sauf dans l'hypothèse où l'assureur se substitue à ses obligations légales ou conventionnelles. Le salarié assuré adhérent est directement le bénéficiaire des prestations en cas de vie. Quant à celles prévues en cas de décès, elles sont dévolues aux personnes qu'il a désignées.

Il ne faut néanmoins pas confondre la stipulation pour autrui sur laquelle reposerait éventuellement l'assurance de groupe avec une autre stipulation pour autrui, bien connue de l'assurance de personne. Dans la mesure où l'assurance de groupe couvre le risque de décès, comme dans celle souscrite individuellement, l'adhérent doit désigner un bénéficiaire pour le jour de sa mort, faisant ainsi une stipulation pour autrui en sa faveur.

B- Assurance de groupe, contrat d'adhésion

L'assurance de groupe incarne sans doute le contrat type même du contrat d'adhésion. En effet, de gré ou de force, de fait ou de droit, l'intéressé est enjoint d'adhérer à une convention

qui a été négociée et conclue par des tiers, entre l'assureur et le souscripteur. L'existence de clauses non négociées par l'assuré peut a priori être suspectée d'abus. Il appartient aux juges du fond de déceler l'existence de telles clauses abusives.

Dans le droit français, la Cour de cassation relevait que « le seul fait qu'un contrat relève de la catégorie des contrats d'adhésion ne suffit pas à démontrer que telle clause particulière a été imposée par un abus de puissance économique »⁸. Une disposition peut cependant révéler un abus si elle vide la garantie de son contenu, comme celle d'un délai de carence d'une durée d'un an incompatible avec un prêt renouvelable annuellement par tacite reconduction.

Section II : Le contrat d'assurance de groupe

La définition de l'assurance de groupe a beaucoup évoluée depuis la fin de la seconde guerre⁹. Aujourd'hui, c'est le code des assurances qui donne la définition légale du contrat d'assurance de groupe.

« Est un contrat d'assurance de groupe le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail, ou d'invalidité ou du risque de chômage. Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur »¹⁰. De cette définition légale peut être tirée les caractéristiques du contrat d'assurance de groupe, les parties au contrat, l'objet du contrat et la portée du contrat d'assurance groupe.

⁸ En droit français, sur les clauses abusives dans le contrat d'assurance de groupe, Cass. 1re civ., 12 mars 2002 : Resp. civ. et assur. 2002, comm. 212 ; Juris-Data n° 2002-013486, également Cass. 1re civ., 18 mars 2004 : Juris-Data n° 2004-022848 ; Cass. 1re civ., 13 févr. 2001 : Resp. civ. et assur. 2001, comm. 211 ; Juris-Data n° 2002-103487

⁹ Voir notamment René Carton de Tournai et Charles Deleers, « Les assurances de groupes », Edition Bruylants Bruxelles, 1965

¹⁰ Art L. 1141-1 du code des assurances belge

§1 : Les parties au contrat

L'assurance groupe est un contrat souscrit entre une personne morale ou un chef d'entreprise pour le compte d'un ensemble de personnes répondant à des critères similaires. D'emblée, les questions arrivent sur les caractères que doit revêtir le souscripteur, entre personne morale et chef d'entreprise personne physique, entre une entreprise de petite taille et une grande entreprise. Que signifie également le terme groupe dans ce contrat ? Quelle est également la portée de ce terme dans les conditions du contrat ? L'intuitu personae est-il écarté ?

A- La personne souscriptrice

La personne souscriptrice est l'employeur. A priori, tout employeur peut ouvrir une assurance de groupe à son personnel, qu'il s'agisse de personne morale, multinationale, ou d'une entreprise individuelle de petite taille. Sous la forme entrepreneuriale, c'est au chef d'entreprise, personne physique, qu'il revient de conclure le contrat avec l'organisme assureur.

Pour la forme sociétaire, c'est la société elle-même, personnalité juridique, qui est l'employeur. C'est à travers les personnes physiques dirigeantes qu'il revient ainsi de conclure le contrat avec l'organisme assureur, dirigeants agissant au nom et pour le compte de la société. Les décisions de conclure un contrat émane le plus souvent des organes de délibération de la société, assemblée générale ou conseil d'administration.

B- Le bénéfice de l'assurance

Ce sont les employés qui bénéficient de l'assurance de groupe. Les employés qui partent à la retraite se voient attribuer une rente complémentaire accompagnant la pension légale, permettant ainsi de réduire l'écart entre le revenu post retraite et le revenu préretraite. Mais l'assurance de groupe nécessite-t-elle la mise en place d'un groupe, d'une association ?

1- Les personnes pouvant bénéficier de l'assurance

En principe, tout employé touchant un salaire mensuel régulier peut bénéficier de l'assurance de groupe. Les nouveaux recrutés, âgés de 25 ans peuvent en bénéficier automatiquement. Comme soulevé auparavant, la taille de l'entreprise n'influence pas la souscription d'une assurance de groupe. Une PME disposant de dix salariés peut ainsi ouvrir une assurance de groupe à son personnel¹¹.

L'assurance de groupe est intéressante pour l'employé qui part à la retraite. En effet, en moyenne, un salarié belge part à la retraite avec une pension légale de 891.42 € par mois¹², l'assurance de groupe, en tant que pension complémentaire, permettra de combler un tel écart et de continuer presque pareillement les habitudes du salarié retraité et sa famille.

Aux termes de l'article L 141-1 du code des assurances, « est un contrat d'assurance de groupe le contrat souscrit par une personne morale... en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat... » et que « les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur ». Une association peut être constituée dans le but de rassembler un certain nombre de personnes intéressées par des formules d'assurance ou de placement. L'association souscrit, auprès d'une ou plusieurs entreprises d'assurances un contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion individuelle réservée à ses membres. Et le seul fait d'être membre de cette association constitue le « lien de même nature ».

2- Les avantages concrets de l'assurance

Le premier avantage de l'assurance de groupe est une protection sociale améliorée. Mais en outre, l'assurance de groupe permet également le bénéfice d'avancement pour le salarié dans le cadre d'un crédit immobilier.

¹¹ Voir www.assuralia.be, « l'assurance de groupe, un must, aussi pour les PME »

¹² Office National de Pensions – statistique mensuel novembre 2009 – Pension moyenne de retraite isolée.

a- Une protection sociale renforcée

Le salarié bénéficie d'une plus grande stabilité du point de vue de la protection sociale, mais également sa famille. L'assurance de groupe couvre les risques de décès et d'invalidité du salarié. Un capital est en effet alloué à la famille, aux héritiers du salarié en cas de décès prématuré de ce dernier.

Bien que la pension légale reste le premier pilier du revenu à la retraite, elle est loin d'être suffisante. L'assurance de groupe constitue une pension complémentaire permettant de combler l'écart entre le dernier salaire et la pension de retraite.

b- Une possibilité de contracter un crédit immobilier

La loi Vandenbroucke ouvre la possibilité pour le salarié affilié de recourir à l'assurance de groupe pour recourir à un crédit d'investissement immobilier, pouvant couvrir les constructions ou les améliorations immobilières. Une avance au moyen de l'assurance groupe est permis pour les investissements immobiliers¹³.

L'assurance groupe peut couvrir les investissements immobiliers, tant que le bien immobilier se situe sur le territoire européen. En effet, ces investissements doivent générer des revenus pour l'Europe¹⁴. Sont concernés les biens immobiliers, en pleine propriété ou en usufruit, les terrains bâtis ou non bâtis, à usage personnel ou à usage professionnel.

Plusieurs méthodes sont ouvertes. La première constitue l'avance sur police. Une opération immobilière peut être couverte jusqu'à 70% des réserves acquises. L'avance sur police génère des intérêts que l'affilié devra supporter. Le taux varie selon les organismes assureurs et l'affilié pourra s'acquitter de sa dette de sa dette, partiellement ou en totalité avant l'échéance du contrat.

¹³ Voir www.assuralia.be, « l'assurance de groupe, un must, aussi pour les PME »

¹⁴ Art 59, §6 CIR

La seconde méthode ouverte est le nantissement de la réserve. Cette méthode permet de mettre en gage la réserve constituée auprès de l'organisme assureur. La réserve constitue alors la garantie d'un crédit immobilier contracté par l'affilié. Cette méthode reste raisonnable dans la mesure où elle constitue une sûreté, sans nécessairement utiliser la réserve. Le nantissement de réserve soulagera les héritiers de l'affilié en cas de décès prématuré, le crédit sera en effet couvert par la réserve.

Une dernière méthode consiste dans le prêt par reconstitution. Elle prévoit la reconstitution du capital emprunté. En principe, le capital peut n'être remboursé qu'au terme du contrat. Par contre, les intérêts restent dus.

§2 : La police d'assurance

L'assurance de groupe couvre diverses garanties, avec deux principaux volets et d'autres volets complémentaires, à savoir l'assurance pension et l'assurance décès. L'assurance pension permet à l'assuré d'obtenir une rente lors de son départ à la retraite. L'assurance décès quant à elle accorde une rente aux bénéficiaires désignés par l'assureur au cas de décès avant l'arrivée de la retraite. Mais l'assurance de groupe ne peut contenir les deux volets à la fois, un seul volet est retenu¹⁵.

A- Les garanties présentées par la police d'assurance

Principalement, deux volets principaux sont couverts par la police d'assurance ; le décès et la pension. Mais à côté de ces deux volets principaux, la police présente également des assurances complémentaires, notamment le risque d'accident et le risque d'invalidité.

¹⁵Lieven Van Belleghem, « Un service fiscal pratique 2009 », Edition de la SPRL VAN BELLEGHEM Training&Consulting, version du 4 avril 2009

1- Les volets principaux

La police d'assurance couvre principalement le décès et la pension que nous allons développer un à un.

a- L'assurance décès

En principe, l'assurance décès garantit le paiement d'un capital ou d'une rente temporaire ou viagère aux bénéficiaires désignés par l'adhérent. Pour pallier aux conséquences d'une éventuelle absence de désignation bénéficiaire, les bulletins d'adhésion comportent généralement une disposition « à défaut de bénéficiaires désignés expressément, les sommes dues reviendront au conjoint ou à défaut aux ayants droit de l'assuré », ce qui a la vertu de leur donner la qualité de « bénéficiaire désigné ». Tous les risques de décès, quels qu'en soient les circonstances, les causes ou le lieu, sont couverts, sauf évidemment exclusions légales ou conventionnelles.

La rente varie selon les types de contrats, les objectifs recherchés par le souscripteur et/ou les adhérents, leurs besoins et leurs moyens. Mais le capital est généralement déterminé en fonction du salaire de l'adhérent et de sa situation de famille. En règle générale, le salaire retenu est celui qui a servi de base au calcul des cotisations de sécurité sociale pendant l'année qui a précédé le décès. D'autres formules peuvent également être retenues permettant une couverture plus étendue.

b- L'assurance pension

Trois types de régimes de pension peuvent être retenus ; le régime à prestations définies, le régime à contributions définies et le régime cash balance.

Le premier régime, à prestations définies, fixe un capital à atteindre à la retraite pour la pension en fonction du dernier salaire annuel brut. L'employeur verse annuellement une prime calculée par l'assureur¹⁶. Ce système présente pourtant l'inconvénient que l'employeur ignore la charge financière qui pèsera sur lui.

Le second régime, à contributions définies, fixe un pourcentage fixe du salaire annuel brut. Ce système est beaucoup plus aisé que le système à prestations définies car l'employeur connaît la charge financière à laquelle il devra participer. La loi Colla impose le bénéfice, « à tout affilié quittant l'entreprise en cours de carrière au moment de son départ, d'une réserve acquise proportionnelle au nombre d'années prestées dans l'entreprise »¹⁷.

Le dernier régime de cash balance est un système dans lequel une prime est fixée, mais avec un minimum de capital à atteindre. Ce système permet de fixer une prime très fable au départ, intéressant pour l'employeur. Néanmoins, cette charge peut être augmentée pour atteindre le capital final, un système finalement plus couteux pour l'employeur, rarement usité.

2- Les volets complémentaires

Les volets complémentaires concernent les accidents et l'invalidité.

a- L'accident

La police d'assurance peut couvrir le risque d'accident, l'assurance complémentaire contre le risque d'accident, ACRA. Cette couverture permet le versement d'un capital supplémentaire au cas où l'assuré aurait subi un accident qui conduit au décès ou à une invalidité permanente. Une telle assurance complémentaire couvre la même durée que l'assurance décès ou l'assurance pension.

¹⁶ Lieven Van Belleghem, op cit.

¹⁷ Art 13, §1 de la loi Colla

b- L'invalidité

L'ACRI, ou assurance complémentaire contre le risque d'invalidité, couvre les risques d'invalidité subie par l'assuré en cas de maladie ou d'accident de travail, invalidité temporaire ou permanente. Néanmoins, la couverture par l'assurance est sujette à controverse et confusion, dépendant de l'invalidité temporaire ou définitive et permanente.

Les causes d'une telle confusion sont multiples, notamment des conceptions différentes de garanties selon les contrats et leurs objectifs, une terminologie souvent confuse ou ambiguë voire ésotérique, une rédaction laborieuse et difficilement compréhensible des clauses, des conditions multiples et cumulatives d'ouverture des droits à prestations, la singularité de chaque espèce, les difficultés tenant aux constatations et expertises médicales.

Une garantie « Invalidité absolue et définitive » (IAD) accompagne celle du décès. Il s'agit d'un prolongement de la garantie décès. Elle ne doit pas être confondue avec celle de l'invalidité qui peut n'être que partielle. Si l'état d'invalidité absolue et définitive est constaté, l'assureur verse par anticipation le montant du capital garanti ou la rente viagère correspondante. L'assurance compense en tout ou partie la perte de revenus résultant d'un état d'invalidité plus ou moins prononcé ou à alléger plus ou moins la charge de remboursement d'un emprunt selon un degré de handicap. L'handicap profond et irréversible est souvent assimilé à la mort de l'assuré.

La formulation de cet état susceptible d'ouvrir droit à garantie est si restrictive qu'elle est de nature à induire en erreur les assurés sur la portée exacte de cette garantie. Tel est le cas des stipulations qui n'admettent l'invalidité « absolue et définitive » que dans l'hypothèse où l'assuré est dans l'impossibilité de se livrer à une quelconque activité.

À la confusion et à l'incompréhension peuvent s'ajouter des scories rédactionnelles. C'est ainsi qu'une clause d'invalidité absolue et définitive peut être jugée abusive, clause prévoyant que si l'état d'invalidité prend fin... le paiement cesse de plein droit.

Le risque d'invalidité est couvert sous diverses formules, la plus usitée et la plus sûre consiste pour l'assureur à s'en remettre contractuellement à la décision de classement, généralement à la 3^e catégorie d'invalidité suivant les textes qui régissent la sécurité sociale. Mais encore

faut-il, si l'assureur exige la réalisation de cette condition, que le contrat y fasse expressément référence.

Parfois, cette garantie est également subordonnée à la perception par l'assuré de « prestations en espèces maladie ou invalidité ». Ceci exclut les assurés percevant des prestations de retraite. Une telle stipulation est claire, l'expression « prestations en espèces », vise les seules indemnités journalières et pension d'invalidité, de sorte qu'elle ne peut pas s'appliquer aux sommes perçues au titre d'une pension de retraite.

Dans tous les cas, l'assureur ne doit pas sa garantie dès lors que l'inaptitude physique de l'assuré ne correspond pas à l'une des catégories d'invalidité mentionnées au contrat et alors même que son inaptitude n'a pas été reconnue par la Sécurité sociale.

Il faut également distinguer l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle de l'incapacité d'exercer la profession antérieure. Mais en définitive, la solution dépendra essentiellement de la rédaction de la clause litigieuse. La stipulation pourrait viser que le travail effectivement exercé au moment du sinistre et non une quelconque capacité résiduelle de travail.

La majorité des polices prévoient, en cas de contestation, une procédure d'expertise médicale contradictoire, voire de conciliation devant une commission amiablement constituée qui, tout en ayant tendance à s'en inspirer, n'est d'ailleurs pas nécessairement liée par les critères de la Sécurité sociale à moins que le contrat ne l'ait prévu.

§2 : La vie de la police

La police d'assurance de groupe peut être sujette à des modifications. Elle peut également être résiliée ou non renouvelée sous certaines conditions et avec des procédures à suivre.

A- La modification des garanties

Les conditions d'opposabilité aux adhérents des modifications apportées à la police restent délicates. D'une part, la convention ne peut être à l'abri d'ajustements destinés à l'adapter à de circonstances nouvelles. D'autre part, l'information de l'assuré ne peut pas être limitée au seul moment de son adhésion à la convention. En effet, celle-ci est susceptible de modifications négociées entre l'assureur et le souscripteur, dont certaines peuvent remettre en cause les conditions ou l'étendue des garanties. Il est difficile d'obtenir l'accord unanime des adhérents sur les nouvelles dispositions envisagées, surtout lorsque de telles modifications sont de nature à diminuer leurs droits ou augmenter leurs obligations.

En règle générale, une partie au contrat ne peut être astreinte à rester dans une relation contractuelle qui l'engagerait davantage, une augmentation conséquente des cotisations, une augmentation des obligations. Les assurés ont le choix d'adopter ou de refuser la nouvelle formule¹⁸, une faculté que la loi Vandenbroucke a repris des anciennes dispositions¹⁹.

La règle du consensualisme trouve ici application. Toute modification à laquelle l'adhérent n'avait pas consenti lui était inopposable. L'assureur n'est fondé à prétendre imposer à l'assuré une restriction de garantie postérieure à l'adhésion que celui-ci n'avait pas expressément acceptée. L'assureur ne peut donc imposer à l'assuré les dispositions d'un contrat postérieur, ne serait-ce que de quelques jours, à l'adhésion ou présenté comme destiné à remplacer la convention précédente.

Il n'en était autrement que si l'assureur ou le souscripteur pouvaient apporter la preuve que les modifications envisagées, même si elles ne figuraient pas dans la note, avaient été portées à la connaissance de l'adhérent avant qu'il s'engage.

Au fil des avenants entérinant ces modifications, la police n'engage pas les mêmes conséquences pour tous. Les droits de chaque adhérent doivent être déterminés en fonction de l'état des garanties au jour où il avait donné son adhésion. Coexistent sous un même contrat collectif et au sein d'un même groupe, des régimes de garanties différents.

Une obligation d'« informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations ». La charge de la preuve de la remise de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

¹⁸ Art. 15 LPC

¹⁹ AR 17 décembre 1992, art. 50, §4

En principe, l'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. Le souscripteur n'est plus tenu d'obtenir l'accord de chaque adhérent s'il envisage, avec l'assureur, une modification de la convention qui soit opposable à tous. Dès lors que le souscripteur est à même de démontrer que l'assuré a été informé par écrit, par tout moyen, les modifications lui sont opposables bien qu'elles n'aient pas été expressément acceptées. L'adhérent est donc censé les avoir tacitement acceptées. Le rejet manifesté par l'assuré ne lui permet plus de conserver le bénéfice des dispositions anciennes.

Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat. Sont visés essentiellement les contrats de prévoyance collective. Les membres du personnel d'une entreprise ne peuvent en effet se soustraire à l'assurance de groupe aussi longtemps qu'ils font partie de l'entreprise. L'assureur et le souscripteur ont donc la possibilité d'apporter tous aménagements à la convention et de les imposer aux adhérents. En définitive, en présence d'un contrat à adhésion obligatoire, les modifications sont, de droit, opposables aux adhérents dès l'instant où ils en ont été informés.

B- La résiliation de la police

L'adhérent qui a payé régulièrement sa participation et qui a conservé avec le souscripteur le lien nécessaire à la validité de son adhésion, peut se voir privé de garantie si la police conclue entre le souscripteur et l'assureur vient à être résiliée par l'un ou par l'autre, ou n'est pas renouvelée à son expiration.

Le problème ne se pose sérieusement que pour les prestations successives de longue durée. Il ne peut être admis que le service de semblables prestations puisse être interrompu par la résiliation de la police, dès lors que le risque couvert s'est réalisé pendant la période d'activité de celle-ci. Il peut en effet se révéler choquant de voir un assureur prétendre garantir le versement d'une pension d'invalidité ou prendre en charge le paiement de mensualités pendant la durée d'une incapacité et se dégager de cet engagement ad nutum en procédant à la résiliation de la police, surtout si l'on observe que cette rupture peut être fondée sur une clause, au demeurant licite, autorisant la résiliation pour sinistre.

La clause qui prévoit qu' « en cas de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de la société employeur, le service des rentes éducation et allocations d'études cessera au jour même de cette résiliation » est déclarée inopposable aux ayants droit. En effet, une telle clause aboutit à supprimer les prestations dues au titre d'un risque.

Un contrat d'assurance de groupe ne peut prévoir ni la réduction du montant des garanties en fonction des résultats constatés ni la suppression de la garantie des risques nés avant la résiliation de la police. La clause selon laquelle en cas de résiliation de l'adhésion à une association souscriptrice d'un contrat d'assurance de groupe les revalorisations à venir cessent d'être dues ne peut être qu'écartée. Elle aboutit en effet à supprimer les prestations dues au titre d'un risque qui s'était réalisé avant la résiliation. Cette clause doit être réputée non écrite.

Chapitre II :

Les effets juridiques et fiscaux de l'assurance de groupe

L'assurance de groupe est souscrite par l'employeur auprès d'un organisme d'assurance pour que le personnel puisse bénéficier d'une pension complémentaire au départ à la retraite. L'employeur est alors le souscripteur. En tant que tel, l'employeur contracte pour le compte du personnel. C'est d'ailleurs pour cela que le contrat d'assurance de groupe est rapproché de la stipulation pour autrui, à quelques points près. Dans cette mission de souscripteur, l'employeur hérite d'obligations diverses qui, bien qu'en général relèvent de celui du stipulant, sont plus complexes, voire délicates. Les textes ne sont d'ailleurs pas explicites sur la portée de la fonction du souscripteur.

L'employé participe également en concert avec l'employeur pour les cotisations versées auprès de l'organisme d'assurance. Néanmoins, c'est l'employeur qui assure la fonction de mandataire de l'employé dans le versement périodique de ces cotisations. Pour l'employé, l'assurance de groupe relève d'un contrat d'adhésion. Bien que l'employé n'ait pas son mot à dire sur les conditions du contrat, il a droit à une information complète, information dont le principal débiteur reste l'employeur.

Sur le plan fiscal, la prévoyance sociale étant soucieux du devenir des salariés qui partent à la retraite, un régime fiscal avantageux s'applique aux pensions complémentaires, dont notamment l'assurance de groupe. Avant l'adoption de la loi Vandenbroucke en 2003, la question restait suspendue sur l'applicabilité du régime fiscal spécial du second pilier aux assurances de groupe. Depuis la LPC, l'assurance de groupe « branche 23 », a été classée parmi les plans de pension du deuxième pilier et est soumise ainsi au même régime fiscal.

Section I : Les effets juridiques de l'assurance de groupe

Le souscripteur est réputé, dans certaines circonstances, mandataire de l'assureur auprès des employés. Il est également débiteur des primes d'assurance et créancier de la participation due

par chacun des adhérents. Enfin, le souscripteur est débiteur d'un devoir d'information, de conseil et de diligence à l'égard des adhérents.

§1 : Les fonctions du souscripteur

Les articles 57, § 2, 61, § 2, 64 à 70, 110 à 112 et 114 de la loi Vandenbroucke sont entrés en vigueur depuis que la loi a été publiée au Moniteur Belge du 15 mai 2003. Les employeurs et assureurs bénéficient d'un délai de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2004 pour une adaptation formelle des règlements d'assurance groupe et autres documents qui y sont liés²⁰.

L'arrêté d'exécution de la loi impose à l'organisateur l'obligation d'informer ses affiliés avant le 1^{er} juillet 2004 des effets que la loi Vandenbroucke entraîne sur leurs droits, communication faite aux intéressés par une note ou une note. Il est dès lors clair que le premier devoir qui incombe au souscripteur est l'information de l'affilié.

A- Le devoir d'information

Le souscripteur est tenu à l'égard de l'adhérent de diverses obligations, d'information, d'explication, de conseil et de diligence. La plupart de ces obligations sont d'origine prétorienne. Mais l'obligation d'information est pour l'essentiel régie par le Code des assurances. S'il en est ainsi c'est parce que l'adhérent n'ayant pas participé à la négociation, à l'élaboration et à la conclusion du contrat, contrat pourtant complexe conclu entre l'assureur et le souscripteur, n'en connaît pas vraiment la teneur ni la portée. En outre, ce contrat peut faire l'objet d'aménagements qui, pour certains, peuvent affecter ses droits ou alourdir ses obligations.

L'adhérent ou le bénéficiaire d'une assurance de groupe peut exiger la communication du texte intégral de la police, au besoin sous astreinte, faculté qui n'est que très rarement utilisée. La signature, par l'adhérent, d'un document où il reconnaît avoir été informé des conditions

²⁰ Art 63, loi Vandenbroucke

générales de la police est dénuée de toute efficacité. En effet, il s'agit là d'une clause de style, généralement signée par l'intéressé sans avoir réellement lu en profondeur le document. Dans le même ordre d'idées, cette obligation d'information n'est pas remplie par l'envoi de documents faisant référence à un nouveau contrat d'assurance ou informant l'adhérent qu'il peut prendre connaissance de la nouvelle police au siège de l'assureur.

L'éloignement de l'assuré par rapport à la convention de base d'où procèdent ses droits explique qu'il soit informé de ceux-ci par un document spécifique. La note, devenue la pièce maîtresse de l'assurance de groupe, apparaît clairement d'ailleurs s'agissant de contrats de crédit et des mesures protectrices des emprunteurs.

Le souscripteur est tenu de remettre à l'adhérent une note d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par la convention ou le contrat et leurs modalités d'application. La présentation et la portée de ce document sont très rigoureuses. , Toute disposition de la police ne figurant pas dans la note était inopposable à l'adhérent.

1- Rédaction et remise de la note

La première question est de savoir à qui incombe la rédaction de cette note. La question n'est pas anodine, car d'une part certains textes applicables sont muets sur ce point et, d'autre part, la réponse est susceptible de déterminer la charge d'une éventuelle responsabilité. On peut considérer comme le texte de droit commun de l'assurance de groupe - précise que la rédaction de ce document incombe à l'assureur. Le souscripteur est tenu de remettre à l'adhérent une note établie par l'assureur sans aucune autre précision néanmoins.

Lorsque la rédaction appartient à l'assureur, il est évident qu'il doit supporter les conséquences des ambiguïtés, lacunes ou imprécisions. En exigeant que la note soit établie par l'assureur, le législateur lui a interdit de prétendre, en présence de divergences existant entre ce document et le texte de la police, de n'être tenu que par les stipulations de cette dernière. Il est tout aussi évident que l'assureur est tenu si le document diffusé par le souscripteur auprès des adhérents est établi sous sa marque.

À l'égard de l'adhérent, le fait que la rédaction puisse ne pas être celle de l'assureur et qu'elle puisse être laissée en principe à l'initiative du souscripteur ne semble pas de nature à dégager l'assureur. Indûment tenu du fait du souscripteur, il lui appartiendra d'exercer, s'il le juge utile, une action récursoire à son encontre. En tout état de cause, la remise de la note incombe au souscripteur, ce qui se comprend aisément puisque l'assureur n'a pas de contact direct avec l'adhérent.

La preuve de la délivrance de ce document ne peut pas résulter de la mention "lu et approuvé" sous une clause dactylographiée du bulletin d'adhésion selon laquelle l'adhérent déclare connaître les conditions générales de la police. Un souscripteur ne remplit pas son obligation par la mention au cahier des charges annexé à l'acte selon laquelle les adhérents avaient reçu une note précisant les modalités et conditions de l'assurance et en avaient pris connaissance, alors que ledit cahier des charges n'étaient pas signé des parties. Un souscripteur ne s'acquitte de son obligation d'information qu'en fournissant la note définissant de façon claire et précise les risques garantis.

Les juges du fond ne sauraient, par conséquent, fonder leur décision sur les conditions générales et particulières sans rechercher si elles avaient été effectivement communiquées à l'adhérent au moment de son adhésion ou si leur contenu figurait dans la note qui devait lui avoir été remise.

Toutefois, la preuve peut être établie quand l'assuré a apposé sa signature sur l'offre de crédit au dessous d'une mention imprimée selon laquelle il reconnaissait avoir reçu la note contenant des extraits significatifs du contrat, durée, définitions des garanties et des risques exclus dont il déclarait avoir pris connaissance.

En la forme, il suffit qu'elle réponde aux exigences du code relatives à la présentation d'une police d'assurance, notamment quant à sa lisibilité. La note peut ainsi être imprimée au dos du bulletin d'adhésion, procédé couramment utilisé, est d'ailleurs le plus sûr puisque, d'une part, il fournit l'information en temps utile et, d'autre part, établit la preuve irréfutable de la remise du document de référence. Sa validité a été reconnue pourvu qu'un renvoi exprès figure au recto du document, encore faut-il qu'il soit lisible.

Tel n'est pas le cas d'énonciations figurant au verso du bulletin comportant deux colonnes, chacune de plus de 80 lignes serrées, écrites en caractères minuscules par exemple, d'une clause d'admission relative à l'activité exercée, pré-rédigée en petits caractères, ne faisant

l'objet d'aucune signalisation particulière de nature à attirer l'attention sur les conditions. Les exclusions doivent, comme dans une police, être imprimées en caractères très apparents.

Sur le fond, les indications de la note sont essentielles. Les juges font toujours prévaloir la note sur la police, en ce qui concerne les droits de l'adhérent, en cas de contradiction entre ces deux documents. Les juges du fond apprécient si la note est suffisamment claire pour que l'adhérent soit correctement informé. Ce document, qui sert en effet de référence dans les relations adhérent-assureur, doit informer, autrement dit une note qui renvoie l'adhérent à la consultation du contrat de base pour en connaître l'exacte teneur ne répond sûrement pas aux exigences légales, pas plus que le document qui s'apparenterait plus à un prospectus publicitaire, au surplus mensonger, qu'à une note d'information.

Le souscripteur qui a remis à un adhérent une note promettant des revalorisations non prévues par la police, ne s'exonère pas en renvoyant à la consultation du contrat. Ce document doit donc informer avec précision l'adhérent de toutes les dispositions du contrat de base qui commandent, d'une manière ou d'une autre, l'ensemble de ses droits.

Sur le moment de la remise, il incombe au souscripteur d'informer les adhérents au moyen de la note "avant ou au moment" de leur affiliation. Il en résulte que l'adhérent peut se prévaloir de toute information - fût-elle erronée - qui lui a été fournie avant ou au moment de l'adhésion. Le souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe, débiteur vis-à-vis des adhérents du devoir d'information, ne s'acquitte de son obligation que par la remise à ceux-ci d'une note résumant de façon très précise les droits et obligations de chacune des parties, obligation seulement satisfaite par cette remise avant ou au moment de l'adhésion.

2- Portée de la note

La note est devenue le sumnum instrumentum fixant, à l'égard de l'adhérent, les obligations de l'assureur. On sait que dans la hiérarchie traditionnelle des documents contractuels les conditions particulières priment les intercalaires et annexes qui à leur tour priment les conditions générales. Aujourd'hui, en assurance de groupe, c'est la note qui règne sur l'ensemble des documents quand il s'agit de déterminer les droits des assurés.

La note est en effet devenue le seul document de référence réglant les relations entre l'assureur et l'adhérent. Non seulement il constitue la preuve de l'existence de l'engagement mais surtout il en détermine le contenu. Le principe est qu'en assurance de groupe, les clauses prévues entre souscripteur et assureur sont opposables à l'adhérent dans la mesure où elles ont été portées, lors de son adhésion, à sa connaissance par la note prévue le Code des assurances.

Il incombe aux juges du fond de vérifier que l'adhérent a été correctement informé, que la note est explicite et répond aux exigences légales. Et il ne leur suffit pas de relever qu'en signant le bulletin d'adhésion l'assuré a reconnu avoir pris connaissance des conditions du contrat.

Les lacunes de la note par rapport à la police sont sanctionnées par l'inopposabilité, à l'adhérent, des stipulations restrictives que le rédacteur a omis de mentionner. Il arrive qu'une clause du contrat-cadre restreignant une des garanties de l'adhérent ou concernant une des formalités à accomplir en cas de sinistre, n'ait pas été reproduite dans la note. Elle est inopposable à l'adhérent.

Les imprécisions et ambiguïtés des mentions figurant dans la note doivent, selon les règles habituelles, être interprétées dans un sens favorable à l'assuré. Outre les dispositions du Code des assurances et des directives jurisprudentielles, les clauses des contrats proposés par les professionnels aux consommateurs ou aux non-professionnels s'interprètent, en cas de doute, dans le sens le plus favorable au consommateur.

Il ne suffit pas que la note soit conforme à la police, encore faut-il qu'elle soit suffisamment claire pour ne pas créer de confusion dans l'esprit de l'adhérent.

Mais à partir du moment où la note est explicite quant aux garanties et aux conditions de mise en œuvre, l'assuré ne peut pas être admis à prétendre qu'il en a ignoré les limites. Un adhérent est mal fondé à invoquer une lacune ou une imprécision alors que le libellé figurant au verso même de l'exemplaire du bulletin d'adhésion détenu et signé par lui, mentionnait sous la rubrique « risques couverts », et ceci en caractères parfaitement lisibles, que la garantie décès cessait au plus tard au 70e anniversaire et la garantie invalidité permanente totale et incapacité de travail au plus tard au 65e anniversaire. Il en est de même lorsqu'il ressort clairement de la note que le contrat garantit exclusivement les risques de décès et d'invalidité absolue et définitive de sorte que le risque maladie n'est pas couvert.

Dès lors que la note expose clairement la teneur de la clause excluant la couverture des incapacités de travail pendant les deux premières années et consécutives à une maladie constatée avant la prise d'effet du contrat, l'adhérent n'est pas apte à faire valoir une quelconque ambiguïté.

Sans doute certaines stipulations sont-elles parfaitement claires et, partant, ne sauraient être discutées, avec quelques chances de succès, par l'adhérent ou ses ayants droit, même s'il n'en a pas saisi la portée.

L'illustration de cette question est fournie par la stipulation devenue classique prévoyant que l'invalidité absolue et définitive est celle du 3e groupe de la sécurité sociale. Cela signifie qu'il s'agit d'une invalidité si grave qu'elle nécessite l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie courante. Pour l'adhérent il n'est pas sûr qu'il apprécie cette référence à sa juste portée.

B- Souscripteur, débiteur des primes d'assurance

Il convient ici de faire la distinction entre les sommes dues par chacun des adhérents au souscripteur et celles dues par le souscripteur à l'assureur. Le terme de « prime » est approprié pour soulever les sommes dues par le souscripteur tandis que le terme de « participation » relève des sommes dues par l'adhérent.

En réalité, l'assureur ne dispose d'aucun moyen d'action contre un adhérent défaillant, quel que soit l'objet de l'assurance collective en cause. L'assureur ne peut intervenir qu'à l'égard du souscripteur qui est son contractant direct. Les appels de prime doivent être adressés sont adressés par l'assureur au souscripteur et non à l'adhérent lui-même. En effet, seul le souscripteur est habilité à mettre en demeure un adhérent défaillant et à procéder à sa radiation pour défaut de paiement. Il appartient également au souscripteur, lors de la mise en demeure, d'informer l'adhérent du risque d'exclusion du contrat en cas de défaillance.

Mais le souscripteur n'agit pas là par procuration pour le compte de l'assureur dans le cadre d'un mandat. Il suffit pour s'en convaincre d'observer que la participation due par l'adhérent est régie, non pas par le droit des assurances, mais par celui du contrat qui l'unit au

souscripteur, notamment le contrat de travail. Une stipulation obligeant l'adhérent à rembourser au souscripteur le montant de la prime d'assurance sur la vie est valable en dépit du caractère facultatif du paiement de celle-ci. Aussi, la prescription biennale ne joue pas en matière d'assurance de groupe entre l'adhérent et le souscripteur, à défaut d'un lien d'assurance existant entre eux.

Dans tous les cas de figure, le souscripteur, en acceptant de prendre en charge toute ou partie de la prime ou que la prime globale soit l'addition des participations collectées, doit être considéré comme l'unique débiteur de l'assureur. Il en découle qu'une mise en demeure adressée par l'assureur directement à un adhérent est dénuée de tout effet. Les avis d'échéance et, le cas échéant, les mises en demeure, doivent être adressés par l'assureur au seul souscripteur. C'est également à l'assureur seul de mettre en œuvre la procédure de recouvrement et, éventuellement, de radiation contre cet adhérent.

§2 : Les droits de l'adhérent

Le contrat d'assurance de groupe est un contrat d'adhésion. Sur la formation du contrat, l'affilié n'a pas de réel droit quant aux discussions des termes du contrat. D'ailleurs, pour un salarié qui a été engagé après la mise en place du plan social, il ne peut refuser son adhésion au plan, le contrat lui est obligatoire. Néanmoins, l'affilié a un droit d'information. Il a le droit d'être suffisamment éclairé sur les termes et la portée du contrat, les droits et les obligations qui s'ouvrent à lui. Cette information relève d'une obligation partagée entre le souscripteur employeur et l'organisme assureur.

En cours de vie de la police, ce droit d'information continue, par une information annuelle de l'affilié de l'état de ses réserves acquises jusque là. Cette information se confirme par une obligation d'envoyer périodiquement un relevé à l'intéressé.

Les droits de l'affilié ne s'affirment réellement qu'au terme du contrat, c'est-à-dire au départ à la retraite. En effet, en principe, c'est le départ à la retraite qui déclenche le droit à la pension complémentaire. Avec sa pension légale, l'affilié touchera une pension complémentaire payée

par l'organisme assureur, permettant ainsi de réduire l'écart entre le revenu avant et le revenu après la retraite.

Mais il arrive que des évènements surviennent avant l'arrivée du terme, de la retraite. Il se peut notamment qu'une rupture des relations de travail surviennent entre l'employeur et l'employé, l'employeur étant le souscripteur tenu de verser les primes auprès de l'assureur pour le compte de l'employé affilié. Il se peut également que l'affilié soit frappé d'une invalidité, temporaire ou permanente, l'empêchant par tant de continuer de travailler. Il existe autant de schéma possible pouvant induire des conséquences sur la police d'assurance.

A- Droit sur les réserves

L'arrivée de la retraite est le schéma classique et de principe de dénouement de l'assurance de groupe. Les cotisations qui ont été versées par le souscripteur constituent une réserve qui sera attribuée à l'affilié à l'arrivée du terme. Ce sont les articles 18 et 19 de la loi relative aux pensions complémentaires qui déterminent les réserves acquises auxquelles les travailleurs ont droit.

A leurs termes, les réserves acquises minimales pour les plans de type contributions définies sont égales aux réserves qui doivent être constituées en vertu des arrêtés d'exécution de la loi du 9 juillet 1975. Pour les plans de type prestations définies, les réserves acquises minimales sont égales au plus élevé des montants suivants : la réserve minimale ; la réserve du contrat ; la valeur actuelle des prestations acquises définies conformément à l'article 19 de la loi.

1- La garantie du rendement minimum

En matière de réserves et de prestations acquises, la nouvelle loi a apporté des réformes profondes sur certains principes de base de la loi Colla. Mais la disposition selon laquelle les réserves sont acquises après un an maximum est précisée.

La loi renforce que les réserves acquises minimales doivent être calculées. Les différents problèmes d'interprétation sous la gouverne de la loi Colla ont été résolus. Vu les différences entre les engagements de type « contributions définies » et les engagements de type « prestations définies », la loi distingue des règles spécifiques.

La loi reprend l'ancienne disposition de la loi Colla selon laquelle l'affilié peut, après un an d'affiliation à l'engagement de pension, faire valoir des droits sur les réserves et les prestations acquises telles qu'elles sont fixées dans le règlement de pension ou dans la convention de pension.

Cette période d'un an est unique aussi longtemps que l'affilié reste affilié à un engagement de pension du même organisateur. Les travailleurs qui changent de catégorie professionnelle peuvent prétendre, sans attendre un an, aux réserves et aux prestations acquises. La période d'affiliation au premier plan doit être prise en compte pour le calcul de cette année d'affiliation.

L'engagement de pension ne peut être défini de telle manière que, pour un affilié, l'acquisition des réserves après un an au maximum soit contournée. L'exposé des motifs de la loi apporte davantage de précisions sur cette disposition. Un affilié, après une année d'affiliation, le résultat du calcul de ses réserves acquises minimales ne peut pas être égal à zéro ou négatif.

2- Le Calcul des réserves acquises minimales

La loi distingue l'engagement de pension de type contributions définies à celui de type prestations définies.

a- Calcul pour les « contributions définies »

Pour le calcul des réserves acquises minimales en ce qui concerne les engagements de pension de type prestations définies, Ce sont les anciennes dispositions de la loi Colla qui ont été

reprises. Les réserves acquises minimales sont celles qui sont imposées par les arrêtés d'exécution de la loi du 9 juillet 1975²¹. Les réserves mathématiques constituées sur le contrat sont acquises.

La loi dispose également que seules les prestations en cas de retraite et de décès après la retraite donnent droit à des réserves acquises minimales. Pour le calcul des réserves acquises minimales en cas de décès après la retraite, il est tenu compte de la réversibilité de la rente

b- Calcul pour les « prestations définies »

Le calcul des réserves acquises minimales est basé sur les prestations relatives à la pension de retraite et de survie. Les prestations relatives à la pension de retraite et de survie en cas de décès après la retraite qui servent de base au calcul des réserves acquises minimales sont égales au plus grand des deux montants suivants :

- la prestation afférente à la pension de retraite et/ou de survie en cas de décès après la retraite, prise en compte pour le calcul de la réserve minimale telle qu'elle est fixée dans les arrêtés d'exécution de la loi du 9 juillet 1975 ;
- la pension de retraite et/ou de survie en cas de décès après la retraite déterminée conformément au règlement de pension ou à la convention de pension en tenant compte des données au moment considéré.

L'ancienne méthode instaurée par la loi Colla prévoyait que les prestations étaient égales à la différence entre la prestation relative aux services totaux et la prestation relative aux services futurs. Pour les engagements de pension d'un montant fixe, il en résultait entre autres une réserve acquise égale à zéro.

La pension de retraite et/ou de survie comprend notamment le traitement, le nombre d'années de service ou d'affiliation atteint pris en compte et l'estimation de la pension légale.

²¹ Article 48 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie; article 22 de l'arrêté royal du 7 mai 2000 relatif aux activités des institutions de prévoyance

Lorsque l'engagement de pension porte sur le paiement de prestations définies d'un montant fixe, indépendamment des années de service prestées par l'affilié et de son salaire, les prestations qui, à tout moment, servent de base pour le calcul des réserves acquises minimales, sont égales à ce montant.

Pour l'engagement de pension financé auprès de plusieurs organismes de pension, les prestations doivent être calculées par référence à l'engagement total. Il est fréquent que le règlement de pension prévoit le versement des cotisations personnelles dans une assurance de groupe et le financement de la différence entre la prestation globalement promise et la prestation résultant des versements effectués auprès de l'assureur, dans une institution de prévoyance. La nouvelle législation dispose qu'il s'agit ici d'un seul engagement de pension de type prestations définies qui porte sur la promesse de pension globale et qui est géré dans deux instruments de financement différents.

La méthode de calcul est tout à fait identique à celle qui s'applique aux plans de pension de type contributions définies. La partie des contributions personnelles qui n'a pas été consommée pour la couverture du risque décès et invalidité avant la retraite, capitalisée au taux maximum de référence qui est actuellement de 3,75 % pour les opérations d'assurance à long terme, fixé par les arrêtés d'exécution de la loi du 9 juillet 1975, revient à l'affilié au moment de sa sortie ou de sa retraite. Cette garantie ne doit être acquise qu'au moment de la sortie ou de la retraite et ne doit donc pas être financée totalement d'année en année.

c- Calcul pour la méthode combinée

Lorsque l'engagement de pension consiste en un engagement de type prestations définies et un engagement de type contributions définies, mais sans que ce dernier engagement ne contribue au financement de l'engagement de type prestations définies, les deux engagements sont considérés séparément pour le calcul des réserves acquises.

Les règles de calcul qui s'appliquent à cet effet pour les réserves acquises sont appliquées à l'engagement de pension de type contributions définies. Il en va de même pour l'engagement de pension de type prestations définies.

3- Les réserves en cas de sortie

L'assurance de groupe est un contrat qui peut être développé au sein d'une entreprise dans le cadre d'un plan social d'entreprises, ou dans un cadre sectoriel. La notion de sortie ne revêt pas les mêmes aspects suivant les deux cas. Dans le cadre d'un plan social d'entreprises, la sortie est constituée par la rupture du contrat entre l'employeur et l'employé. La sortie est plus délicate au niveau sectoriel. En effet, si l'employé quitte son entreprise pour intégrer une autre faisant partie du même secteur et ayant adhérer à la convention collective de travail établissant le plan social, toute idée de sortie est à écartée, il peut dès lors poursuivre l'assurance avec son nouvel employeur sous les mêmes termes.

La sortie se manifeste dès lors par la rupture du contrat avec l'employeur sans possibilité pour l'adhérent de poursuivre le plan social auquel il a été soumis jusque là. C'est le cas par exemple lorsque le nouvel employeur n'est pas couvert par le plan, ou que le nouvel employeur a un plan distinct que celui de l'ancien employeur, ou tout simplement si le nouvel employeur n'a pas de plan social.

En règle générale, aucune indemnité ou perte de participations bénéficiaires ne peuvent être mises à charge de l'affilié ni déduites des réserves acquises au moment de sa sortie. L'organisateur est tenu, lors de la sortie de l'employé, d'apurer les réserves acquises manquantes. Avec l'obligation de rendement imposée par la nouvelle loi, l'organisateur est tenu d'apurer le déficit au cas où les actifs n'auraient pas généré un rendement suffisant. En effet, le nouvel organisateur voudra n'est pas obligé de reprendre à son compte les déficits éventuels.

Même si l'obligation de rendement ne se justifie qu'à long terme, le législateur a tenu à l'imposer au moment de la sortie. Avec la mobilité professionnelle, l'organisateur devra assumer, à court terme également, l'obligation de rendement pour une partie des affiliés. Les organisateurs qui ne veulent pas courir ce risque, devront se couvrir auprès de tiers.

Pour les engagements sectoriels de pension, c'est la convention collective de travail qui devra régler le cas d'insuffisance éventuelle pour arrêter si c'est l'ancien employeur qui supplée à l'insuffisance ou tous les employeurs dans le cadre du fonds de solidarité.

a- La procédure en cas de sortie

La loi a prévu un certain nombre d'échéances pour la communication des informations et de la décision à l'organisme de pension ou d'assurance.

- après la sortie d'un travailleur, l'organisateur en avise par écrit l'organisme de pension au plus tard dans les 30 jours ;
- l'organisme de pension communique par écrit à l'organisateur, au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'avis, le montant des réserves acquises et le montant des prestations acquises ;
- l'organisateur en informe immédiatement l'affilié ;
- l'affilié doit, dans les 30 jours, faire savoir à l'organisateur ou directement à l'organisme de pension si cela est prévu dans le règlement de pension ou la convention de pension, l'affectation de ses réserves et prestations acquises. Lorsque l'affilié a laissé passer ce délai, il est supposé avoir opté pour le maintien de ses réserves auprès de l'organisme de pension. Après l'expiration du délai, l'affilié peut néanmoins demander en tout temps l'affectation de ses réserves ;
- lorsque l'affilié informe l'organisateur de l'affectation des ses réserves, ce dernier avise l'organisme de pension dans les 15 jours de cette décision ;
- lorsque l'affilié opte pour le transfert de ses réserves, l'organisme de pension effectue ce transfert dans les 30 jours suivant la date à laquelle il a été avisé de la décision de l'affilié. Si ce délai n'est pas respecté, des intérêts moratoires sont dus, pour la période de dépassement du délai, par l'organisme de pension effectuant le transfert.

La procédure de sortie doit être réglée par la convention collective de travail dans le cadre un plan social sectoriel. Dans ce cas, la première période de 30 jours peut être portée au maximum à un an. Pendant cette période, l'affilié peut toutefois lui-même communiquer sa

sortie à l'organisme de pension, si bien que le deuxième délai de 30 jours commence à courir à partir de cette communication.

Ce délai de un an se justifie dans la périodicité avec laquelle la personne morale peut disposer des données qu'il doit recevoir de la commission ou sous-commission paritaire. Ces commissions ne disposent d'un aperçu complet des travailleurs affiliés qu'une fois dans l'année, justifiant ainsi la portée du délai à un an.

Mais si l'affilié informe lui-même l'organisme de pension de la sortie, les raisons d'être de la procédure d'exception disparaissent. La procédure d'exception prévoit en outre que l'affilié lui-même peut, pendant cette période d'un an, mettre l'organisme de pension au courant de sa sortie. Si l'affilié lui-même informe l'organisme de pension de la sortie, celui-ci dispose de toutes les données nécessaires pour continuer la procédure. La procédure classique sera reprise.

Si le nouvel employeur adopte les mêmes engagements sectoriels, il doit informer l'organisme de pension qu'il reste affilié au même régime.

b- Les conséquences de la sortie

La sortie avérée de l'affilié l'exclut de du plan social de l'organisateur. Quid dès lors des réserves acquises jusqu'à la sortie ? Trois possibilités peuvent être ouvertes. D'abord, si le nouvel employeur a établi un plan social, l'employé peut être affilié à ce plan, autant que le travailleur est couvert par la catégorie de l'engagement. Dans ce cas, les réserves peuvent être transférées à l'organisme de pension ou d'assurance du nouvel employeur.

Ce transfert des réserves doit être accepté par l'organisme de pension du nouvel employeur. Aucun frais ne peut intervenir dans ce cas. Mais les réserves pouvant être transférées se limitent à celles qui ne font pas l'objet d'une avance ou d'une mise en gage, dans le cadre d'un crédit immobilier par exemple.

Ensuite, l'affilié peut opter pour le transfert des réserves acquises à un organisme de pension qui répartit la totalité du bénéfice entre les affiliés proportionnellement à leurs réserves et

limite les frais selon les règles déterminées par le Roi. La nouvelle loi ne se réfère pas explicitement aux organismes pour l'octroi d'avantages extralégaux, réglementés par l'arrêté royal du 14 mai 1969. En effet, elle considère que la référence explicite à ces organismes constitue une violation du principe d'égalité entre les divers organismes de pension.

Enfin, l'affilié peut laisser ses réserves auprès de l'organisme de pension sans modification de l'engagement de pension ou dans une structure d'accueil lorsque le règlement ou la convention de pension le prévoit.

B- Le principe d'égalité des adhérents

L'instauration des pensions complémentaires répond à un besoin social, limiter les effets négatifs du départ à la retraite. Mais au-delà, la nouvelle loi instaure également une justice sociale qui se base sur un traitement égalitaire, notamment entre les hommes et les femmes.

1- L'égalité homme/femme

La loi belge a tenu à s'exprimer davantage sur la nécessité d'un traitement égalitaire entre l'homme et la femme. Elle va plus loin que la directive européenne en la matière²². Pour les années de service prestées après le 17 mai 1990, l'engagement de pension ne peut contenir aucune discrimination entre les hommes et les femmes. Toutes différences en matière de pension complémentaire ne peuvent se justifier que par les espérances de vie respectives des hommes et des femmes, la loi précise que les engagements de pension de type « contributions définies » ne peuvent pas faire de distinction entre hommes et femmes pour définir le niveau des contributions, définition contenue d'ailleurs dans la directive.

²² Directive 96/97/CE du Conseil, du 20 décembre 1996, modifiant la directive 86/378/CEE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale.

La loi interdit, dans le cadre d'un plan de type « contributions définies », toute distinction entre homme et femme pour définir le niveau des contributions non seulement des travailleurs, mais également des employeurs. La directive européenne quant à elle permet par contre une dérogation pour les contributions des employeurs lorsque le but est d'égaliser ou de rapprocher les montants de prestations de pension constituées par ces contributions. L'employeur compense par tant les éventuelles différences au niveau des prestations de pension entre hommes et femmes par une contribution plus élevée de l'employeur pour un des deux sexes.

La loi belge estime pourtant que l'option plus sévère est plus conforme aux intentions de l'employeur quant à la nature de l'engagement contracté. L'élément prépondérant pour apprécier l'égalité de traitement est en effet la nature de l'engagement pris par l'employeur, à savoir l'engagement de fournir une prestation au terme dans les systèmes de type « prestations définies » ou celui de payer une cotisation donnée dans les systèmes « contributions définies ».

Il n'est dès lors plus possible de prévoir des contributions d'employeur différentes dans un régime de type « contributions définies » pour égaliser ou rapprocher les prestations de pension des travailleurs des deux sexes.

2- L'égalité sans différenciation de l'âge

La nouvelle loi a tenu à limiter les plans de pension dans lesquels l'engagement de pension varie en fonction de l'âge des affiliés. Une telle différenciation basée sur l'âge reste pourtant +possible pour autant que la disposition selon laquelle chacun doit être affilié à l'âge de 25 ans ne soit pas contournée.

Ce n'est que dans le cas des régimes de pension de type contributions définies que l'engagement de pension peut varier en fonction de l'âge de l'affilié. Dans ce cas, le taux de contribution appliqué au traitement à un certain âge doit être inférieur au pourcentage à un âge ultérieur, actualisé à un taux annuel de 4 %, sur la période qui s'étend entre les deux âges. Cela signifie concrètement que si un taux de contribution de 15 % est appliqué à l'âge de 65 ans, le pourcentage pour déterminer la contribution à l'âge de 50 ans s'élève à 12,32 % au

moins et à 3,1 % au moins pour un affilié de 25 ans. A l'âge de 40 ans, on arrive ainsi à une variation de 1 à 4,8. Si la différenciation s'opère par paliers, cette comparaison s'effectue entre les âges correspondant au début de chaque palier.

Le législateur a admis cette variation en taux de prime en fonction de l'âge puisqu'elle permet un financement étalé sur la carrière d'un avantage de pension équivalent par année d'affiliation. En supposant que le rendement du régime de pension s'élève effectivement à 4 % par an, une prime de 3,1 % à l'âge de 25 ans assurera le même avantage de pension qu'une prime de 15 % à l'âge de 65 ans.

Ensuite, cette différenciation, même limitée, au niveau du paiement de la prime permet un rythme de financement d'un régime de pension de type contributions définies qui est analogue à celui d'un régime de pension de type prestations définies. Dans ce dernier type de régimes de pension, la prime augmente en effet également d'année en année, même s'il est vrai que l'augmentation est plus forte que 4 % par an pendant certaines périodes.

Section II : Les avantages fiscaux de l'assurance de groupe

L'assurance de groupe bénéficie des mêmes avantages fiscaux que les autres pensions complémentaires du second pilier. Avec la nouvelle loi, le second pilier est dorénavant constitué par les engagements collectifs de pension qui peuvent être financés tant par un fonds de pension que par une assurance de groupe, les plans ordinaires tant sectoriels que d'entreprise, les nouveaux plans sociaux qui peuvent être organisés tant au niveau sectoriel qu'au niveau de l'entreprise ; et les engagements individuels de pension.

la LPC apporte des modifications se rapportant tant aux impôts sur les revenus qu'aux taxes assimilées au timbre qui sont prélevées sur les primes et cotisations versées.

§1 : La fiscalité des participations patronales et personnelles

A- La participation patronale

La participation patronale, les cotisations et les primes versées dans le cadre d'engagements collectifs de pension restent déductibles, quelle que soit la technique d'assurance, notamment par la branche 23 constituée par l'assurance de groupe, dans les mêmes limites et aux mêmes conditions. Les cotisations et primes doivent être versées à titre définitif à un organisme de pension établi en Belgique, entreprise d'assurances ou institution de prévoyance dans la limite des 80 % moyennant production d'éléments justificatifs.

1- La déductibilité à la limite des 80%

La règle de la limitation de l'ensemble des pensions légales et complémentaires à 80 % de la dernière rémunération brute annuelle normale que la loi Colla disposait a été maintenue. Il a été tenu expressément compte

- des pensions dues en exécution d'un engagement individuel de pension
- des pensions constituées par le biais de la continuation à titre personnel d'un engagement de pension dans les limites de l'article 33 de la LPC.

Les prestations de solidarité qui peuvent être liées à un plan de pension complémentaire sont implicitement comprises dans ce calcul. Les derniers projets de textes du nouvel article 35 de l'AR/CIR prévoient que l'organisme de pension doit délivrer une attestation selon laquelle la limite des 80 % a été respectée dans les cas suivants :

- lors de l'introduction du règlement de pension
- lors de la modification du règlement de pension
- lorsque l'organisme de pension constate que la limite des 80 % a été dépassée.

Cette attestation doit être délivrée en cas de modification de la rémunération dépassant la limite des 80 %. Le modèle de cette attestation sera arrêté par le ministre des Finances ou par son délégué.

2- Cotisations patronales, avantage de toute nature

L'article 38 CIR 92 dispose que « les avantages résultant du paiement de cotisations patronales et de primes par l'entreprise dans le cadre des engagements de pensions complémentaires ne constituent pas des avantages de toute nature dans le chef des bénéficiaires (travailleurs ou dirigeants d'entreprise) ». L'exonération se justifie par le fait que la LPC apporte des améliorations sur les dispositions relatives aux prestations acquises et aux garanties des affiliés.

L'exonération touche également les avantages liés aux cotisations et primes patronales payées dans le cadre d'engagements collectifs qui ont été accordés avant la date d'entrée de la loi. L'exonération est écartée dans le cas des dirigeants d'entreprise qui ne recueillent pas des rémunérations périodiques et régulières de leur entreprise. Pour ces derniers, les cotisations et primes seront déductibles comme avantages de toute nature et déductibles dans le chef de l'entreprise en tant que rémunérations.

L'exonération est également écartée pour les dirigeants d'entreprise d'entités qui ne sont pas soumises à l'impôt des sociétés ni à l'impôt non-résidents/sociétés. Ces cotisations ne constituent en effet pas des charges déductibles sur la base de l'article 195 CIR, puisqu'elles sont soumises à l'impôt des personnes morales²³.

Pour les plans prévoyant deux ou plusieurs engagements, l'exonération n'est applicable que pour autant que ces plans soient gérés de façon différenciée par l'organisme de pension de sorte qu'à tout moment, pour chaque contribuable ou redevable, l'application du régime spécifique en matière d'impôt sur les revenus et de taxes assimilées au timbre peut être garantissant pour le traitement des cotisations ou primes que pour celui des prestations²⁴.

²³ Art 38, § 1, 19°, CIR 92 ; voir également voir Q&R, Sénat, 25 février 2003, n° 2-69, p. 3854

²⁴ Art. 38, § 3 CIR 92

B- Les cotisations personnelles

Les cotisations personnelles des travailleurs et des dirigeants d'entreprise pour un plan collectif continuent à entrer en ligne de compte pour une réduction d'impôt dans les mêmes limites et aux mêmes conditions que celles qui sont actuellement d'application ;

- versées à titre définitif
- à un organisme de pension établi en Belgique
- retenue sur les rémunérations : cette condition est étendue aux dirigeants d'entreprise indépendants
- respect de la limite des 80 %.

Dans le cadre d'une continuation à titre personnel, Si le nouvel employeur n'a pas prévu de plan social, il est possible, en vertu de l'article 33 LPC, pour un travailleur qui quitte son employeur de poursuivre individuellement le financement de sa pension complémentaire à certaines conditions. Par contre, cette possibilité n'est pas prévue pour les dirigeants d'entreprise indépendants.

Le montant que le nouvel employeur versera par voie de retenue sur les rémunérations ne pourra dépasser 1500 euros par an, montant indexé annuellement, éventuellement réduits au prorata des jours d'affiliation, au cours de la même année, à un régime collectif de pension. La partie de la pension complémentaire qui serait constituée par des cotisations et des primes dépassant la limite de 1500 euros sera imposée, lors de la liquidation, de la même manière que la partie autorisée des cotisations. Dans les mêmes conditions, les versements effectués à titre de continuation individuelle bénéficient des avantages fiscaux du deuxième pilier de pension²⁵.

Il reste également possible de poursuivre à titre individuel le versement de cotisations en vue de la constitution d'une pension complémentaire, une continuation qui relève du troisième pilier.

²⁵ Art 145/1, 1° et 145 CIR

§2 : La fiscalité des prestations

Le régime de l'imposition distincte des pensions collectives est fixé par l'article 171, CIR 92 et est, d'une part, harmonisée par l'alignement de tous les engagements collectifs de pension sur le régime applicable aux assurances de groupe et, d'autre part, rendu plus restrictif par la diminution du nombre de circonstances donnant lieu à une imposition distincte au taux de 10 % (prestations résultant de cotisations personnelles) et de 16,5 % (prestations résultant de cotisations patronales ou de cotisations de l'entreprise). Il s'agit uniquement des cas dans lesquels des capitaux ou des valeurs de rachat sont attribués au moment de la mise à la retraite, à partir de l'âge de 60 ans, ou en cas de décès.

La possibilité de bénéficier du tarif réduit lors de la liquidation à l'expiration normale du contrat ou au cours d'une des cinq années qui précèdent l'expiration normale du contrat disparaît. A partir de l'âge de 60 ans, il n'est pas nécessaire de partir à la retraite pour pouvoir bénéficier du tarif réduit.

Les capitaux et les valeurs de rachat constitués au moyen de cotisations restent imposables au taux de 10 % ou de 33 % selon qu'ils sont liquidés ou non dans les circonstances favorables mentionnées ci-dessus. Les valeurs de rachat des cotisations personnelles qui ont été versées avant le 1er janvier 1993 sont imposables au taux distinct de 16,5 % ou au taux progressif.

Les capitaux et les valeurs de rachat constitués au moyen de cotisations patronales ou de cotisations de l'entreprise restent imposables au taux distinct de 16,5 % ou au taux progressif selon qu'ils sont liquidés ou non dans les circonstances favorables mentionnées ci-dessus.

A- Le taux d'imposition distinct

La LPC prévoit deux mesures transitoires relatives à l'interdiction de rachat ou de liquidation de prestations avant l'âge de 60 ans :

- l’interdiction de rachat ou de liquidation avant l’âge de 60 ans ne sera pas d’application, jusqu’au 31 décembre 2009, aux engagements de pension existant au 1er janvier 2004 ;
- pendant une période de six mois suivant la publication de la loi au *Moniteur belge* (15 mai 2003), des engagements de pension qui prévoient un âge au terme de 58 ans pouvaient être souscrits.

Les règles de base actuelles resteront d’application jusqu’au 31 décembre 2009 pour la première exception en vertu d’une disposition transitoire qui reprend l’actuel article 171, 4°, f CIR 92. La liquidation ou le rachat avant l’âge de 60 ans, en appliquant les taux favorables de l’imposition distincte, restera donc possible jusqu’en 2009 dans le cas de la liquidation d’une assurance de groupe existante à l’expiration normale du contrat, à l’occasion de la prépension, au cours d’une des cinq années qui précèdent l’expiration normale du contrat, à l’âge normal auquel le bénéficiaire cesse complètement et définitivement son activité professionnelle en raison de laquelle le capital a été constitué.

Les tarifs favorables de l’imposition distincte seront d’application jusqu’au 31 décembre 2003 pour la seconde exception lors de la liquidation ou du rachat à l’occasion de la mise à la retraite ; à partir de l’âge de 58 ans ; à l’occasion du décès.

B- La rente de conversion

La loi maintient le régime de conversion en rente fictive qui est applicable à la première tranche de 50.000 euros de capital ou de valeur de rachat d’une pension complémentaire qui a fait l’objet d’avances sur prestations ou qui a servi à la garantie ou à la reconstitution d’emprunts hypothécaires²⁶.

La conversion en rente fictive ne s’applique que

²⁶ Art 169 CIR 92

- à la seule habitation du contribuable, l'ancienne législation se référant à la première habitation. Le nouveau texte ne fait cependant que confirmer l'interprétation administrative donnée à la version précédente²⁷.
- aux biens immobiliers situés en Belgique. La nouvelle disposition de la loi s'écarte ici de l'article 27, § 2 LPC qui prévoit cette possibilité pour les biens immobiliers situés sur le territoire de l'Union européenne.

La LPC a, en outre, apporté certaines modifications. Les hypothèses manquantes de la restauration et de l'amélioration de biens immobiliers prévues par l'article 7, § 2 de la loi relative aux pensions complémentaires, ont été insérées dans le texte fiscal. La condition pour l'application de la rente de conversion selon laquelle, en cas de vie de l'assuré, les avances sur contrats ou les constitutions d'hypothèques doivent avoir eu lieu au moins dix ans avant l'expiration du contrat, est supprimée.

C- Participation bénéficiaire

La taxe de 9,25 % est d'application aux montants accordés à titre de participation bénéficiaire par l'assureur (et dorénavant aussi par tout organisme de pension).

Lorsque l'organisme de pension est une entreprise d'assurances, la taxe sur les participations bénéficiaires constitue une dépense non admise (article 198, 4° CIR 92).

La participation bénéficiaire est ensuite exonérée de l'impôt sur les revenus lors du paiement des prestations. Les conditions d'exonération reprennent, comme avant, la condition de la liquidation simultanée de la participation bénéficiaire et des prestations garanties.

La loi précise que la taxe sur les participations bénéficiaires doit être effectivement perçue pour que la participation bénéficiaire proprement dite soit exemptée au moment du paiement. Cette condition n'est pas applicable aux assurances qui sont explicitement exonérées de la taxe annuelle, telles que les assurances épargne-pension notamment.

²⁷ Com. IR 169/7

D- Le paiement en rente

Bien que l'un des principes de base de la loi soit l'encouragement du paiement de la pension complémentaire sous la forme de rentes, rien n'est modifié par rapport à la situation actuelle.

Lorsque le paiement se fait directement sous la forme d'une rente, celle-ci est imposable de manière progressive en appliquant la réduction d'impôts afférente aux revenus de remplacement. La prestation en rente est par conséquent ajoutée aux autres revenus et taxée au taux marginal.

Lorsque le plan de pension autorise le paiement sous forme de capital, celui-ci sera d'abord taxé distinctement (avec retenue du précompte professionnel) et soumis aux prélèvements parafiscaux. Le capital net pourra ensuite faire l'objet d'une rente viagère selon la technique de la cession du capital à l'organisme de pension. En échange de cette cession définitive, le preneur d'assurance reçoit une rente viagère comprenant deux éléments :

- une partie « amortissement en capital »
- une partie « intérêt »

Seule la partie « intérêt » constitue un revenu imposable.

La base imposable est fixée de manière forfaitaire à 3 % du capital abandonné. Ce revenu sera imposé distinctement au taux de 15 %.

Il appartient à l'assureur d'établir une fiche fiscale 281.40 mentionnant le montant imposable. Ce montant doit être déclaré à l'impôt des personnes physiques.

E- Le transfert des réserves

Le transfert de réserves d'un contrat donné vers un contrat similaire est exonéré d'impôt²⁸. Mais la LPC a modifié cette disposition incohérente du texte existant selon lequel des transferts n'étaient pas possibles lorsque l'ancien employeur et le nouvel employeur étaient affiliés au même organisme de pension.

La LPC prévoit que les transferts ne sont immunisés fiscalement que si les réserves sont transférées dans des « engagements similaires », c'est-à-dire uniquement des engagements dans le deuxième pilier. Cela signifie concrètement que les transferts de réserves vers, par exemple, une assurance vie souscrite par l'affilié n'entrent plus en ligne de compte pour la suspension d'impôt. La réserve est imposée immédiatement.

§3 : La taxe du contrat d'assurance

Le taux de la taxe annuelle sur les primes d'engagements collectifs de pension est maintenu à 4,40 %. La taxe est également due pour les contrats conclus dans le cadre de la continuation à titre personnel d'un engagement de pension aux conditions visées à l'article 33 LPC. Mais cette taxe n'est pas due lorsque la continuation se fait dans le cadre d'un contrat d'assurance sur la vie en dehors des conditions de l'article 33 sus mentionné.

Lorsqu'un engagement collectif de pension est offert dans le cadre d'un plan collectif, il doit toutefois être satisfait à certaines conditions :

- le plan doit être accessible d'une manière identique et non discriminatoire à tous les affiliés ;
- les engagements en cas de décès, d'incapacité de travail et de frais médicaux doivent pouvoir être souscrits sans exclusion fondée sur les résultats d'un examen médical si plus de 10 personnes sont affiliées au plan collectif ;
- le plan doit être géré d'une manière différenciée par un organisme de pension. Selon le ministre des Finances, cette gestion différenciée n'est cependant pas d'application aux assurances en cas de vie, aux assurances en cas de décès et aux assurances mixtes²⁹.

²⁸ Art 364ter CIR 92

²⁹ Doc. Parl., Chambre, session 2002-2003, n° 1340/009, p. 93

Cette deuxième condition est précisée notamment pour les plans cafétéria. En effet, l’interdiction d’exclusion sur la base d’un examen médical ne s’appliquera qu’à la « couverture standard ayant contenu significatif » qui doit être prévue obligatoirement. La notion de « couverture standard significative » n’a pas été explicitée dans la loi. En cas de problèmes d’interprétation, une entreprise pourra dorénavant s’adresser à l’administration dans le cadre de la procédure de *ruling*³⁰.

En cas de non-respect de ces conditions, toutes les cotisations et primes sont soumises à la taxe de 9,25 %. Une période transitoire de cinq ans est cependant prévue pour s’adapter à ces conditions.

³⁰ Doc. Parl., session 2002-2003, n° 1340/009, p. 91

Conclusion générale

Que ce soit en Belgique ou ailleurs, aucune pension légale ne peut prétendre couvrir les besoins à la retraite. En effet, il existe un écart considérable entre le dernier salaire perçu par le salarié et sa pension de retraite. En moyenne, la pension d'un retraité s'élève à 891.42 €³¹ par mois, une somme qui ne permet pas la subsistance du retraité et de sa famille. C'est pour cela que s'est ressenti le besoin d'instauré un régime de pension complémentaire afin de combler cet écart.

Les pensions complémentaires constituent le second pilier, le premier pilier étant la pension légale. L'assurance de groupe est une branche de ce second pilier. L'assurance de groupe peut être définie par la loi comme « le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail, ou d'invalidité ou du risque de chômage. Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur ».

L'assurance de groupe se développe au sein d'une entreprise, ou dans une large mesure à un secteur. Ces assurances se concrétisent par les plans sociaux établis par les organisateurs. L'engagement social d'entreprise est ainsi opposé à l'engagement social sectoriel. Au niveau sectoriel, l'engagement social est régi par la convention collective de travail. Au niveau de l'entreprise, cet engagement relève de l'employeur.

Il appartient à l'employeur de souscrire une assurance de groupe à son personnel, suivant les catégories professionnelles. Les participations sont souvent partagées entre l'employeur et le travailleur, la cotisation de l'employeur étant plus élevée. L'assurance de groupe apporte une sécurité juridique. En effet, l'employé qui entre dans un plan social établi par l'employeur est garanti de toujours bénéficier de cet avantage.

Bien que l'employé puisse sortir du plan, il est garanti de ses réserves. En cas de changement d'employeur, les réserves peuvent être transférées au plan du nouvel employeur. Quand bien même aucun plan ne serait mis en place par le nouvel employeur, l'affilié est garanti de ses

³¹ Office National de Pensions-statistique mensuel novembre 2009

réserves. Il peut d'ailleurs opté pour la continuation à titre personnel de la pension complémentaire.

Sur le plan fiscal, l'assurance de groupe bénéficie du régime spécial ouvert aux pensions complémentaire du deuxième pilier. Ces avantages s'expriment avec des faveurs ouvertes, autant pour les allocations patronales que les cotisations personnelles. Les prestations, telles que les transferts de réserves, bénéficient également de ces allégeances fiscales.

En définitive, l'assurance de groupe présente un avantage majeur, en particulier pour le travailleur. En effet, le travailleur est ainsi garanti de récolter le fruit juste de ses efforts qu'il réalise tout au long de sa vie. Les incitations fiscales sont de nature à démocratiser davantage les pensions complémentaires et persuader les employeurs de l'utilité de cette institution.

Bibliographie

Ouvrages de droit belge

- C BAYART, « De discriminatiewet », Orientatie, 2003
- C BAYART, ‘De opmars van het discriminatierecht in de arbeidsverhoudingen », J.T.T., 2002
- P. HUMBLET, « De Wet ‘Mahoux’ bekeken door een arbeidsrechtelijke bril », A.T.O, n°146
- I. VERHELST, « la loi générale anti-discrimination : attention aux inégalités au travail », Licenciement et démission, n°100, 22 janvier 2003
- René Carton de Tournai et Charles Deleers, « Les assurances de groupes », Edition Bruylant Bruxelles, 1965
- Lieven Van Belleghem, « Un service fiscal pratique 2009 », Edition de la SPRL VAN BELLEGHEM Training&Consulting, version du 4 avril 2009

Ouvrages de droit comparé

- Nicolas : Essai d'une nouvelle analyse du contrat d'assurance : LGDJ 1996, n° 492 et s.
- M. Pauffin de Saint Morel : D. 1977, chron. p. 67
- G. Courtieu : À propos de l'assurance connexe à un prêt : stipulation pour autrui ou cession de créance ?, Resp. civ. et assur. 1998, chron. 28
- J. Kullmann, colloque AIDA : RGDA 1998, p. 524. - Traité de droit des assurances, sous la direction de J. Bigot, Tome III, LGDJ 2002, n° 653

- H. Groutel, le projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances : Resp. civ. et assur. 1989, chron. 15

Rapports

- Office National de Pensions – statistique mensuel novembre 2009 – Pension moyenne de retraite isolée.
- Q&R, Sénat, 25 février 2003, n° 2-69, p. 3854
- Doc. Parl., Chambre, session 2002-2003, n° 1340/009, p. 93
- Doc. Parl., session 2002-2003, n° 1340/009, p. 91
- Office National de Pensions-statistique mensuel novembre 2009

Sites

www.assuralia.be, « l'assurance de groupe, un must, aussi pour les PME »

Sommaire

Chapitre I : Le cadre juridique de l'assurance de groupe.....	3
Section I : Le cadre juridique de l'assurance de groupe.....	3
§1 : Le cadre légal.....	3
A- La loi Vandenbroucke, une nouvelle législation des pensions complémentaires.....	4
B- Champ d'application de la nouvelle loi.....	5
§2 : Les caractéristiques juridiques de l'assurance de groupe.....	6
A- L'assurance de groupe et la stipulation pour autrui.....	6
1- La référence à la stipulation pour autrui.....	6
2- Le mandat dans l'assurance de groupe.....	7
B- Assurance de groupe, contrat d'adhésion.....	8
Section II : Le contrat d'assurance de groupe.....	9
§1 : Les parties au contrat.....	9
A- La personne souscriptrice.....	9
B- Le bénéfice de l'assurance.....	10
1- Les personnes pouvant bénéficier de l'assurance.....	10
2- Les avantages concrets de l'assurance.....	10
a- Une protection sociale renforcée.....	11
b- Une possibilité de contracter un crédit immobilier.....	11
§2 : La police d'assurance.....	12
A- Les garanties présentées par la police d'assurance.....	12
1- Les volets principaux.....	12
a- L'assurance décès.....	12
b- L'assurance pension.....	13
2- Les volets complémentaires.....	13
a- L'accident.....	13
b- L'invalidité.....	14
§2 : La vie de la police.....	15

A-	La modification des garanties.....	15
B-	La résiliation de la police.....	16
	Chapitre II :.....	18
	Les effets juridiques et fiscaux de l'assurance de groupe.....	18
	Section I : Les effets juridiques de l'assurance de groupe.....	18
	§1 : Les fonctions du souscripteur.....	18
A-	Le devoir d'information.....	19
1-	Rédaction et remise de la note.....	19
2-	Portée de la note.....	21
B-	Souscripteur, débiteur des primes d'assurance.....	22
	§2 : Les droits de l'adhérent.....	23
A-	Droit sur les réserves.....	24
1-	La garantie du rendement minimum.....	24
2-	Le Calcul des réserves acquises minimales.....	24
a-	Calcul pour les « contributions définies ».....	25
b-	Calcul pour les « prestations définies ».....	25
c-	Calcul pour la méthode combinée.....	26
3-	Les réserves en cas de sortie.....	26
a-	La procédure en cas de sortie.....	27
b-	Les conséquences de la sortie.....	28
B-	Le principe d'égalité des adhérents.....	29
1-	L'égalité homme/femme.....	29
2-	L'égalité sans différenciation de l'âge.....	30
	Section II : Les avantages fiscaux de l'assurance de groupe.....	30
	§1 : La fiscalité des participations patronales et personnelles.....	31
A-	La participation patronale.....	31
1-	La déductibilité à la limite des 80%.....	31
2-	Cotisations patronales, avantage de toute nature.....	31

B-	Les cotisations personnelles.....	32
	§2 : La fiscalité des prestations.....	33
A-	Le taux d'imposition distinct.....	33
B-	La rente de conversion.....	34
C-	Participation bénéficiaire.....	35
D-	Le paiement en rente.....	35
E-	Le transfert des réserves.....	36
	§3 : La taxe du contrat d'assurance.....	36
	Conclusion générale.....	38