



ALLUMENS

Des conseils éclairés pour votre entreprise

QUI PRIVILEGIER ENTRE MUTUELLE, SOCIETE D'ASSURANCE OU INSTITUT DE PREVOYANCE ?

Aux termes de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, la mise en place obligatoire d'une couverture collective frais de santé va s'effectuer en 3 étapes : dans le cadre d'une convention ou d'un accord de branche ou, à défaut, dans le cadre d'un accord collectif d'entreprise ou, enfin, par décision unilatérale de l'employeur.

À l'issue de la première phase de négociation, en cas d'absence de convention ou d'accord collectif de branche ou interprofessionnel, la loi du 14 juin 2013 prévoit l'engagement de négociations dans l'entreprise en vue de la mise en place de la couverture complémentaire frais de santé entre le 1^{er} juillet 2014 et le 31 décembre 2015.

À défaut d'accord, les entreprises seront tenues au 1^{er} janvier 2016 de prendre une décision unilatérale pour instituer la couverture minimale frais de santé.

La décision portera principalement sur la définition du contenu et du niveau des garanties accordées, la répartition de la charge des cotisations entre employeur et salariés en respectant les niveaux de couverture et de financement patronal minimaux.

Cette mise en place nécessite de choisir un partenaire.

Encore faut-il trouver le bon organisme, celui qui pourra répondre à vos besoins. . Il peut s'agir d'une mutuelle, d'une compagnie d'assurance ou bien d'une institution de prévoyance.

Les mutuelles

Tout au long des siècles, la mutualité a joué un rôle éminent dans le développement des systèmes de protection sociale et de retraite que nous connaissons aujourd'hui puisque c'est le mouvement social le plus ancien de notre histoire. Aujourd'hui, 38 millions de Français sont couverts par une mutuelle.

Une mutuelle désigne un organisme à but non lucratif, qui opère dans les secteurs de la prévoyance et de l'assurance.

Son financement est solidaire : chaque membre apporte une cotisation, permettant de financer une couverture sociale complémentaire à la Sécurité sociale, mais aussi des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide.

Les grands principes d'une mutuelle sont les suivants :

- ✓ Une organisation à but non lucratif.
- ✓ Un fonctionnement basé sur la solidarité des cotisations.
- ✓ Un principe d'autogestion par les décisions.
- ✓ Un partage des revenus équitable.

Deux typologies de mutuelles existent:

Ce sont : les mutuelles de santé au sens strict, mais aussi les sociétés d'assurances mutuelles. Les premières relèvent du code de la mutualité, les secondes du code des assurances.

La différenciation la plus importante qui existe entre une mutuelle de santé et une mutuelle d'assurance tient à l'interdiction de la sélection des risques pour les premières. Les mutuelles proposent en effet des cotisations indépendantes du risque individuel. Les adhérents ne sont donc pas sélectionnés selon leur état de santé et le risque est partagé entre tous.

Les valeurs des mutuelles selon le site de la Mutualité Française :

Pour garantir à tous l'accès aux soins pour tous, les mutuelles s'appuient sur des valeurs fondamentales : solidarité, liberté et démocratie.

Solidarité :

Depuis le milieu du XIX^e siècle, les mutuelles ont participé à toutes les grandes avancées de la protection sociale : pensions de retraite, indemnités journalières, protection maternelle et infantile, assurance maladie. Plus récemment, les mutuelles se sont mobilisées pour développer le tiers payant. Si ces combats ont évolué avec le temps, ils sont toujours animés par le même esprit : celui de la solidarité pour faciliter l'accès aux soins.

Liberté : pas d'actionnaire.

Les mutuelles sont des groupements de personnes indépendants de tout pouvoir politique, financier ou syndical. Les adhérents sont à la fois bénéficiaires et propriétaires de leur mutuelle. Les groupements mutualistes investissent leurs excédents financiers dans des services destinés à leurs adhérents. Un objectif : la meilleure qualité de soins et de services pour chacun au meilleur prix.

Démocratie : une personne, une voix.

Les conseils d'administration des mutuelles sont composés d'adhérents élus en assemblée générale qui exercent leurs fonctions à titre bénévole. Les décisions sont prises lors de l'assemblée générale où chaque adhérent ou son représentant peut voter.

Ces valeurs se traduisent par des actions concrètes : accès universel, égalité de traitement, transparence et

action sociale.

Les compagnies d'assurance

Une compagnie d'assurances est une société anonyme (SA) détenue par des actionnaires. Son activité consiste à créer, gérer et vendre des produits d'assurance à destination de clients qui deviennent des assurés. Ses champs d'activité sont régis par le code des assurances.

Une compagnie d'assurances propose des prestations financières suite à la survenue d'un risque divers (dégradation de bien, vol, décès...). Il s'agit d'une société de service et ses services sont destinés à tout individu, association ou entreprise qui souhaitent anticiper la couverture d'un risque par un versement de cotisations régulier. L'activité de l'assurance consiste à transférer un risque entre un assuré et l'assureur.

Les contrats d'assurance sont distribués par plusieurs intermédiaires différents : il peut s'agir de salariés, d'un réseau d'agents généraux, qui sont alors autonomes dans la gestion de leur clientèle mais sont exclusifs et ne peuvent proposer des produits que de la compagnie dont ils sont mandataires, d'associations ou de courtiers.

Qu'est-ce qu'une société d'assurance ?

Une société d'assurance doit être distinguée d'une mutuelle. En effet, les mutuelles sont régies par le Code de la Mutualité, tandis que société d'assurance sont régies par le Code des assurances.

La loi prévoit des règles communes à l'ensemble des contrats d'assurance. Toutefois, il existe différents types de contrats d'assurance. On distingue généralement deux catégories : les assurances de dommages et les assurances de personnes.

Les assurances de dommages se déclinent en deux catégories : assurance de biens et assurance de responsabilité

Les assurances de personnes couvrent quant à elles les risques qui touchent la personne elle-même : la maladie, l'invalidité etc. Les assurances de personnes se déclinent en trois catégories : les assurances de vie, les assurances qui couvrent les accidents corporels et les assurances complémentaires santé.

Les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance sont des organismes paritaires à but non lucratif, qui gèrent des contrats collectifs d'assurance de personnes. Dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles, elles proposent des garanties au bénéfice des salariés, en cas de maladie, d'incapacité de travail et d'invalidité, de dépendance, de décès, ainsi que des dispositifs d'épargne retraite.

Les Institutions de prévoyance sont méconnues des assurés alors que 12,5 millions de personnes sont concernées chaque année. Elles gèrent et distribuent une grande partie des contrats d'assurance santé ou de prévoyance en entreprise.

Un rapport du Comité technique des institutions de prévoyance, revendique 54 institutions adhérentes. Les

institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes, de droit privé, régies par le code de la sécurité sociale.

Les contrats sont toujours conclus dans un cadre collectif d'une ou plusieurs entreprises, en fonction du champ d'action de l'institution.

Les institutions de prévoyance sont créées et gérées par les partenaires sociaux, c'est à dire les syndicats professionnels. Au sein du conseil d'administration à la tête de l'institution, la représentation est strictement répartie entre les représentants des salariés et les représentants des entreprises. Il s'agit d'une gestion paritaire.

Comme pour les mutuelles, ce sont des organismes à but non lucratif, ce qui permet de profiter des excédents en abaissant le prix des cotisations ou en améliorant les garanties des contrats.

Il se peut également qu'une institution de prévoyance s'engage dans les actions sociales ou dans des actions de prévention qui peuvent être menées à titre individuel et non plus collectif.

Les **garanties de prévoyance collective** complètent les prestations de la Sécurité sociale. Elles prennent la forme :

- ✓ D'indemnités journalières en cas d'**incapacité de travail**.
- ✓ De rentes en cas d'**invalidité**
- ✓ De capitaux **décès** et de rentes pour les conjoints survivants et pour l'éducation des enfants.
- ✓ De remboursements de **frais de soins de santé**.
- ✓ De rentes en cas de **dépendance** ou de **retraite**.

Quel choix effectuer ?

D'une façon générale, ce sont les sociétés d'assurance qui remboursent le mieux, puis les mutuelles et enfin les instituts de prévoyance.

Par ailleurs, il faut bien veiller à sélectionner le type de structure adaptée à vos besoins.

Afin de sélectionner les meilleurs organismes, vous pouvez solliciter un courtier dont l'objectif est de trouver les meilleurs contrats d'assurance auprès de différentes compagnies pour ses clients.

Enfin, renseignez-vous auprès de votre syndicat professionnel.