

La résiliation infra-annuelle des complémentaires santé

Sommaire

- Questions / réponses relatives aux modalités d'application de la résiliation à tout moment
- Questions / réponses sur les informations à communiquer par les organismes assureurs aux assurés et aux prospects sur le rapport prestations/cotisations et les frais de gestion

SECURITE SOCIALE - 18.06.2021

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier, après un an de souscription, leur contrat de complémentaire santé, à tout moment, sans frais ni pénalité. Auparavant, cette faculté ne pouvait être exercée qu'une fois par an. Le législateur a ainsi voulu permettre aux assurés de résilier un contrat inadapté ou trop coûteux dès qu'ils ont connaissance d'une offre plus avantageuse, dès lors qu'un délai minimal de couverture d'un an est respecté.

Le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, pris pour l'application de la loi du 14 juillet 2019, définit les contrats concernés par cette nouvelle faculté. Il s'agit des contrats visant à couvrir les risques liés à la santé : remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Cette faculté de résiliation s'applique également aux contrats de complémentaire santé qui comprennent d'autres types de garanties. Ces dernières sont limitativement énumérées dans le décret : risques décès, incapacité de travail ou invalidité, garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation. Dès lors qu'une autre garantie non listée dans le décret est proposée dans le contrat souscrit (notamment une assurance dommages aux biens), la faculté de résiliation infra-annuelle n'est pas ouverte.

Les modalités de mise en œuvre du nouveau droit de résiliation sont similaires à celles déjà applicables à certains contrats (assurances obligatoires automobile et habitation notamment). Le décret précise la procédure à suivre par l'assuré qui souhaite résilier son contrat, ainsi que par son nouvel assureur : le nouvel assureur devra prendre en charge les formalités de résiliation. Ces procédures de résiliation sont déjà connues des acteurs de l'assurance pour d'autres types de contrats et permettront de limiter, pour l'assuré, les démarches à effectuer.

Ce nouveau droit est ouvert aux assurés depuis le 1er décembre 2020, y compris pour les contrats et adhésions en cours à cette date.

Questions / réponses relatives aux modalités d'application de la résiliation à tout moment

A. Champ d'application de la résiliation à tout moment

Quels sont les contrats éligibles à la résiliation à tout moment après un an de souscription en application de la loi du 14 juillet 2019 ?

Les contrats éligibles à la résiliation à tout moment sont les contrats dont le point d'entrée est la complémentaire santé. Il faut ensuite vérifier l'existence éventuelle d'autres garanties annexes, pour s'assurer de l'application ou non de la loi.

Par exemple, si un contrat de complémentaire santé comporte également des garanties prévoyance listées dans le décret (décès, invalidité, incapacité), il peut être résilié à tout moment. A l'inverse, si le contrat ne comporte que des garanties prévoyance, il en est exclu.

Si un contrat de complémentaire santé comporte, en plus des garanties prévoyance, des garanties non listées dans le décret, il en est exclu.

Par exemple, un contrat comportant des garanties santé et des garanties dommages aux biens, ou un contrat comportant des garanties santé, des garanties prévoyance listées par le décret et des garanties dommages aux biens, ne peut pas être résilié à tout moment.

Rappel : Les contrats non éligibles à la résiliation à tout moment (contrats comportant uniquement des garanties de prévoyance, contrats santé comportant d'autres garanties non listées dans le décret) demeurent résiliables annuellement. Pour ces contrats, l'assuré, l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat tous les ans par lettre ou tout support durable (notamment par courriel), ou par tout autre moyen proposé par l'organisme (par exemple via l'espace-client sur le site internet de l'organisme), au moins deux mois avant la date d'échéance.

Pour les contrats individuels, la faculté de résiliation annuelle doit être rappelée dans l'avis d'échéance.

Lorsque cet avis est adressé moins de quinze jours avant l'échéance du contrat, ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'assuré dispose alors d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément à ces règles, l'assuré peut, par lettre ou tout autre support durable, mettre fin au contrat sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Peut-on résilier des garanties facultatives souscrites dans le cadre d'un contrat collectif et des garanties indépendantes les unes des autres incluses dans un même règlement mutualiste ?

- **Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, un assuré peut-il résilier à tout moment une option souscrite à titre facultatif, si cette option est incluse dans ce contrat ?**

Les contrats collectifs ou contrats de groupe à adhésion obligatoire sont souscrits par les employeurs au bénéfice de leurs salariés, qui sont les « assurés » ou les « membres participants », selon les contrats. En conséquence, les contrats collectifs à adhésion obligatoire ne peuvent être résiliés que par leurs souscripteurs, c'est-à-dire les employeurs.

Les garanties facultatives ou options peuvent être résiliées à tout moment par l'assuré si les risques qu'elles couvrent entrent dans le champ d'application du décret (voir question n° 1).

- **Certaines mutuelles ont un règlement mutualiste unique qui peut prévoir des garanties de nature différente et indépendantes les unes des autres, certaines entrant dans le champ d'application de la loi et d'autres non. Dans ce cas, la résiliation à tout moment concerne-t-elle l'ensemble des garanties prévues dans le règlement ou uniquement les garanties entrant dans son périmètre d'application ?**

Il est possible de résilier à tout moment les adhésions aux garanties entrant dans le champ d'application défini par le décret. Cela s'applique à chaque garantie faisant l'objet de l'adhésion si elle entre dans le champ d'application de la loi.

Si un assuré ou membre participant adhère à une garantie prévoyance, dans un règlement comportant une garantie santé et qu'il souscrit à cette garantie santé postérieurement, le point de départ du délai d'un an pour dénoncer l'adhésion à tout moment est la date de l'adhésion à la garantie santé, dès lors que cette garantie est

le point d'entrée de la résiliation à tout moment.

Le droit de résiliation à tout moment est-il également applicable aux ayants droits, même si l'assuré ne résilie pas sa propre couverture ?

La loi prévoit un droit de résiliation à tout moment pour l'assuré (parfois dénommé « membre participant »), dans le cadre d'adhésions à titre individuel ou collectif facultatif, et pour l'employeur ou la personne morale souscriptrice (parfois dénommé « adhérent » dans les contrats), dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire. La loi ne prévoit pas de possibilité de résiliation par l'ayant-droit. Les règles de radiation d'un ayant droit en cours de contrat sont fixées par chaque contrat. Il convient donc de se référer aux termes du contrat pour déterminer les conditions de résiliation pour un ayant droit.

B. Démarches de résiliation à tout moment

Qui effectue les démarches de résiliation ?

Dès lors que le souscripteur a envoyé au nouvel assureur une demande de souscription auprès de lui d'un nouveau contrat et de résiliation de son ancien contrat, le nouvel assureur est tenu d'effectuer ces démarches. Cela permet d'éviter les interruptions de couverture entre la résiliation de l'ancien contrat et la date d'effet du nouveau contrat.

Dans le cas où un assuré souhaite résilier son contrat sans pour autant en conclure un nouveau, il s'adresse à son assureur et aucune preuve de couverture par un nouvel assureur ne peut lui être demandée pour valider une demande de résiliation à tout moment d'un contrat de complémentaire santé.

C. Délais pour pouvoir résilier son contrat à tout moment

Y-a-t-il une condition de délai pour pouvoir résilier à tout moment son contrat de complémentaire santé ?

Oui. Le souscripteur ne peut résilier son contrat qu'après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la 1ère souscription. La résiliation prend alors effet un mois après que l'assureur en a reçu notification. Par exemple, si le contrat est souscrit le 01/01/2021, la résiliation ne peut être adressée qu'à compter du 01/01/2022. La résiliation prendra effet un mois après la date de réception de la notification. Cette date est présumée être le premier jour qui suit la date d'envoi de cette notification qui figure sur le cachet de La Poste de la lettre recommandée. Dans le cas, la résiliation prendrait effet le 2 février 2022. La loi s'applique aux contrats en cours au 1er décembre 2020. Ainsi, tous les contrats entrant dans le périmètre précisé question 1, même conclus avant le 1er décembre 2020, peuvent être résiliés à tout moment.

Le changement de niveau de garantie (augmentation ou réduction du niveau de prise en charge) au sein d'un même règlement ou d'un même contrat entraîne-t-il l'écoulement d'un nouveau délai d'un an ?

Oui, un changement de niveau de garantie entraîne le décompte d'un nouveau délai d'un an.

Questions / réponses sur les informations à communiquer par les organismes assureurs aux assurés et aux prospects sur le rapport prestations/cotisations et les frais de gestion

A. Organismes mutualistes : cas des conventions de substitution

Les mutuelles substituantes doivent-elles prendre en compte dans le calcul de leurs ratios les affaires prises en substitution ?

Non, elles ne prennent en compte que les affaires directes et non les affaires prises en substitution.

Les mutuelles substituées doivent-elles communiquer des ratios qui leurs sont propres ?

Oui, les mutuelles substituées doivent communiquer les ratios qui les concernent, cette information n'étant pas communiquée par la mutuelle substituante comme indiquée à la question 1.

B. Coassurance / contrats collectifs de branche

Quels ratios communiquer ?

Le tableau ci-dessous indique la nature des informations qui doivent être communiquées avant la conclusion du contrat, puis annuellement en distinguant la règle générale et les dérogations prévues pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Règle générale (article 1er de l'arrêté du 6 mai 2020)	Dérogations (article 3 de l'arrêté du 6 mai 2020) pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire
Communication précontractuelle	
Taux de redistribution = charges de prestations / cotisations	

<p>Charges de prestations = prestations versées et à verser par l'organisme au titre de l'ensemble du portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance</p> <p>Cotisations = cotisations ou primes (hors taxe) afférentes aux prestations précitées</p> <p>Les notions de prestations et cotisations sont entendues au sens des états statistiques transmis à l'ACPR et selon les montants figurant dans les derniers états transmis précédant la communication ou versées par l'organisme ou l'assuré au titre de l'année civile précédant cette communication quand l'organisme n'est pas soumis à la transmission des états ACPR.</p>	<p>Pour l'organisme recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective :</p> <p>Ratio constaté par l'organisme recommandé en N-1 dans le champ de la recommandation.</p> <p>Si la recommandation vient de se mettre en place et en l'absence de co-assurance : ratio constaté de l'organisme en N-1 (application de la règle générale).</p> <p>Si la recommandation vient de se mettre en place et en cas de co-assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit ratio global constaté par chaque coassureur auxquels sont rattachés les membres participants (application de la règle générale), • soit ratio établi par l'apériteur pour l'ensemble des co-assureurs au titre de la recommandation de branche. <p>Pour l'organisme non recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective :</p> <p>Ratio négocié avec l'employeur (y compris en cas de co-assurance).</p>
<p>Taux de frais de gestion = Frais de gestion / cotisations</p>	
<p>Frais de gestion = montant total des frais de gestion afférents aux prestations versées visées dans le ratio P/C</p> <p>Cotisations = cotisations ou primes hors taxes afférentes</p> <p>Les frais de gestion correspondent aux frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration, autres charges techniques nettes affectées aux garanties, au sens des états transmis à l'ACPR et selon les montants figurant dans les derniers états transmis ou au titre de l'année civile précédant la date de communication du ratio lorsque les organismes ne sont pas assujettis à la transmission des états ACPR.</p>	<p>Pour l'organisme recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective :</p> <p>Taux constaté par l'organisme recommandé en N-1 dans le champ de la recommandation</p> <p>Si la recommandation vient de se mettre en place et en l'absence de co-assurance : ratio constaté de l'organisme recommandé en N-1 (application de la règle générale).</p> <p>Si la recommandation vient de se mettre en place et en cas de co-assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit ratio global constaté par chaque coassureur auxquels sont rattachés les membres participants (application de la règle générale), • soit ratio négocié par l'apériteur pour l'ensemble des co-assureurs au titre de la recommandation de branche. <p>Pour l'organisme non recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective :</p> <p>Taux négocié avec l'employeur (y compris en cas de co-assurance).</p>
<p>Composition des frais de gestion</p>	<p>Pour l'organisme recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective :</p> <p>Composition des frais de gestion constatés par l'organisme recommandé en N-1 dans le champ de la recommandation.</p> <p>Sans clause de recommandation :</p> <p>Composition des frais de gestion négociés avec l'employeur (y compris en cas de coassurance).</p>

Communication annuelle

Taux de redistribution = charges de prestations / cotisations

<p>Charges de prestations = prestations versées et à verser par l'organisme au titre de l'ensemble du portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance</p> <p>Cotisations = cotisations ou primes (hors taxe) afférentes</p> <p>Les notions de prestations et cotisations sont entendues au sens des états transmis à l'ACPR et selon les montants figurant dans les derniers états transmis précédent la communication ou versées par l'organisme ou l'assuré au titre de l'année civile précédent cette communication quand l'organisme n'est pas soumis à la transmission des états ACPR).</p>	<p>Pour tous les organismes (recommandés ou non) : Taux du contrat, communiqué dans le rapport adressé annuellement à l'employeur par l'organisme assureur, en application de l'article 15 de la loi « Evin » du 31 décembre 1989.</p> <p>Pour l'organisme recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective et en cas de co-assurance selon l'option retenue en phase précontractuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit ratio global constaté par chaque coassureur auxquels sont rattachés les membres participants (application de la règle générale), • soit ratio global sur le champ de la recommandation calculé par l'apérateur pour l'ensemble des co-assureurs.
<p>Frais de gestion = montant total des frais de gestion afférents aux prestations versées visées dans le ratio P/C</p> <p>Cotisations = cotisations ou primes hors taxes afférentes</p> <p>Les frais de gestion correspondent aux frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration, autres charges techniques nettes affectées aux garanties, au sens des états transmis à l'ACPR et selon les montants figurant dans les derniers états transmis ou au titre de l'année civile précédant la date de communication du ratio lorsque les organismes ne sont pas assujettis à la transmission des états ACPR.</p>	<p>Pour tous les organismes (recommandés ou non) Taux du contrat, communiqué dans le rapport adressé annuellement à l'employeur par l'organisme assureur en application de l'article 15 de loi « Evin » du 31 décembre 1989.</p> <p>Pour l'organisme recommandé dans le cadre d'un accord de branche ou d'une convention collective et en cas de co-assurance selon l'option retenue en phase précontractuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit ratio global constaté par chaque coassureur auxquels sont rattachés les membres participants (application de la règle générale) ; • soit le ratio global sur le champ de la recommandation calculé par l'apérateur pour l'ensemble des co-assureurs.
<p>Composition des frais de gestion</p>	<p>Composition des frais de gestion du contrat correspondant à la période couverte par le rapport adressé annuellement à l'employeur par l'organisme assureur en application de l'article 15 de loi « Evin » du 31 décembre 1989.</p>

Quelles provisions techniques sont à prendre en compte ?

Le tableau ci-dessous présente les cellules à retenir dans les états ACPR pour déterminer les prestations, les cotisations et les frais de gestion mentionnés dans l'arrêté du 6 mai 2020.

Poste	Etat utilisé	Formule de calcul	Commentaires
-------	--------------	-------------------	--------------

Prestations	FR.13.03	B27 - B14 + L27 - L14	Sous-total 'Charge des prestations', pour l'individuel et le collectif, sur le périmètre Frais de soins - Affaires directes hors engagements pris ou donnés en substitution, moins les frais de gestion de sinistres.
Cotisations	FR.14.02.01	A1 + A44	Primes nettes émises pour les garanties Frais de soin, non données en substitution, en individuel et en collectif.
Frais de gestion	FR.13.03	B14 + B29 + B30 + B31 + L14 + L29 + L30 + L31	Frais de gestion des sinistres, d'acquisition, d'administration et autres charges nettes de produits techniques, pour l'individuel et le collectif, sur le périmètre Frais de soins - Affaires directes hors engagements pris ou donnés en substitution.

La Sécurité Sociale - <http://securite-sociale.fr>