

Le Guide de la Prévoyance

En France, la prévoyance assure la perception de prestations (indemnités, remboursements, capitaux) au profit d'assurés sociaux, afin de couvrir différents risques (maladie, invalidité, maternité, décès, etc.).

Chaque personne qui exerce une activité ou qui réside en France est affiliée à un régime obligatoire de Sécurité sociale. Selon le régime, les conditions de couverture des différents risques varient. Les régimes obligatoires de Sécurité sociale offrent un socle de prévoyance, qui peut être complété par une :

- Prévoyance complémentaire voire supplémentaire ;
- Prévoyance individuelle.

Les différentes strates de la prévoyance couvrent l'assuré social mais aussi, sous conditions, son conjoint, partenaire de PACS voire concubin, ainsi que ses enfants.

1. Lexique

1.1. Définition des risques

En France, la protection sociale couvre les risques au sens large, c'est-à-dire les aléas de la vie qui peuvent être rencontrés par une personne, que cette dernière soit en activité ou non.

Les terminologies peuvent différer selon l'organisme / le document qui les définit : la Sécurité sociale, la caisse de versement, la compagnie d'assurance, la convention collective, etc.

1.1.1. Maladie / accident

1.1.1.1. Maladie / accident toutes causes

La maladie ou l'accident toutes causes hors accident du travail ou maladie professionnelle vise un risque pouvant engager des dépenses de santé (consultation d'un professionnel, produits pharmaceutiques, etc.).

Ce risque peut également se matérialiser par l'incapacité physique d'un assuré à continuer ou reprendre son emploi. Il s'agit alors d'incapacité temporaire totale ou partielle.

1.1.1.2. Maladie professionnelle

La maladie est qualifiée de professionnelle quand il existe un lien de cause à effet entre le travail habituel de l'assuré et la maladie dont souffre l'assuré.

En matière de régime général de la Sécurité sociale, la maladie professionnelle est reconnue :

- Soit parce qu'elle est désignée dans un tableau et que les missions effectuées par l'assuré social sont celles mentionnées comme susceptibles de provoquer ladite maladie ;
- Soit car il est établi que la maladie est essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'assuré ET qu'elle entraîne le décès de celui-ci ou une incapacité permanente supérieure ou égale à 25 %.

1.1.1.3. Accident du travail

L'accident du travail est caractérisé lorsqu'un accident, quel qu'il soit, arrive soudainement par le fait ou à l'occasion du travail d'une personne (sur son lieu de travail, dans le cadre d'une de ses missions voire même sur son trajet). Le dommage peut être physique ou psychologique.

Lorsque l'accident se produit à l'occasion d'un déplacement entre une résidence de l'assuré ou son lieu de restauration et son lieu de travail, il s'agit d'un accident de trajet.

1.1.2. Maternité / paternité / adoption

Les risques maternité / paternité / adoption couvrent les périodes de congés du fait de la grossesse, l'accouchement ou encore les premiers mois de l'enfant (ou d'accueil de l'enfant en période d'adoption).

Des frais médicaux supplémentaires sont également couverts lorsqu'ils sont une conséquence directe de la maternité.

1.1.3. Invalidité / incapacité permanente

L'invalidité est caractérisée lorsque la possibilité d'exercer une activité professionnelle est durablement mise en péril.

Lorsque l'invalidité est d'origine professionnelle, c'est-à-dire qu'elle résulte d'un accident du travail, on parle d'incapacité permanente (totale ou partielle). Le taux de cette incapacité est alors déterminé compte tenu de la nature de l'infirmité, de l'état général de l'assuré, de ses facultés physiques et mentales, etc.

Pour le régime général de la Sécurité sociale, l'invalidité est reconnue dès lors que la capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins deux tiers (2/3 ou 66 %) et que l'assuré n'a plus la capacité de se procurer un salaire supérieur au tiers de la rémunération qu'il percevait préalablement à son invalidité. Au sens de la Sécurité sociale, les personnes invalides sont classées en 3 catégories :

- Catégorie 1 : l'assuré est capable d'exercer une activité rémunérée ;
- Catégorie 2 : l'assuré est absolument incapable d'exercer une profession quelconque ;
- Catégorie 3 : l'assuré est absolument incapable d'exercer une profession et est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

1.1.4. Décès

Le risque décès vise davantage les proches de l'assuré social : maintien du niveau de vie du conjoint, des enfants, etc.

1.1.5. Famille

Le risque dit famille vise à couvrir :

- Les coûts liés à la prise en charge effective et permanente et à l'éducation d'un enfant, afin de couvrir les besoins fondamentaux de ce dernier ; Les coûts d'hébergement du foyer ;
- L'accompagnement du handicap, caractérisé par une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, psychiques, de polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

1.1.6. Perte d'autonomie

La perte d'autonomie vise le risque de dépendance des assurés et ses conséquences : inadaptabilité du logement et nécessité d'avoir recours à un tiers dans la réalisation des actes de la vie courante notamment.

1.1.7. Perte d'emploi

Le risque perte d'emploi (licenciement, rupture conventionnelle, chômage partiel ou saisonnier sans rupture du contrat de travail, etc.) vise le cas où la suspension d'activité est subie par l'assuré social, qui de fait, ne perçoit plus de rémunération.

1.1.8. Vieillesse

Le risque vieillesse vise la perte de revenus professionnels une fois que l'assuré social a la qualité de retraité.

1.1.9. Veuvage

Le risque veuvage vise le risque de décès du conjoint et ses conséquences financières et d'éducation des enfants à charge.

1.2. Définition des prestations

1.2.1. Prestations en nature

Les prestations en nature ont vocation à rembourser, partiellement ou totalement, les frais de santé engagés : consultations médicales, médicaments, frais de transport / déplacement, etc.

Elles ne sont pas nécessairement assorties d'une interruption du travail.

1.2.2. Prestations en espèces

Les prestations en espèces visent les revenus de remplacement. Elles ne constituent pas un remboursement pour une dépense de santé mais ont vocation à compenser une perte de revenus.

1.2.2.1. Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées en compensation d'un revenu d'activité professionnelle. Elles sont calculées en fonction de ce dernier, et ont un caractère temporaire.

Il s'agit d'une prestation en espèces, appréhendée par l'assuré social directement ou indirectement (c'est-à-dire par l'employeur en cas de subrogation).

1.2.2.2. Pension d'invalidité / rente

Une pension d'invalidité compense la perte d'un revenu ou d'un manque à gagner lorsque l'assuré social n'est durablement pas en mesure d'exercer une activité professionnelle.

En présence d'une incapacité permanente survenue à la suite d'un accident du travail, on parlera alors de rente d'incapacité permanente.

La pension d'invalidité et la rente ont donc un caractère durable.

La pension d'invalidité est à terme convertie en pension de vieillesse.

1.2.2.3. Pension de vieillesse

La pension de vieillesse est la prestation qui indemnise la perte de revenus du fait de la liquidation des droits à retraite de l'assuré. Elle peut être versée par plusieurs organismes, dans des conditions et des modalités de calcul différentes. Elle a un caractère viager.

1.2.2.4. Allocation de retour à l'emploi (ARE)

L'allocation de retour à l'emploi couvre temporairement le besoin de revenus des assurés en perte d'emploi subie. Il s'agit d'une prestation en espèces, versée mensuellement.

D'autres allocations similaires peuvent être versés aux demandeurs d'emploi, comme l'indemnisation des heures au titre du chômage partiel, l'allocation de solidarité spécifique ou encore l'allocation des travailleurs indépendants.

1.2.2.5. Capital

Un capital est une prestation en espèces versée en une seule fois pour compenser un préjudice. Il peut être versé en indemnisation :

- Du décès d'un assuré social : dans ce cas, il est versé à son conjoint, ses enfants, ses parents, voire un autre bénéficiaire s'il est possible de le désigner librement ;
Cette prestation peut être accompagnée d'une prise en charge (en principe partielle) des frais funéraires ;
- D'une incapacité permanente, selon le taux d'incapacité de l'assuré ;
- D'une invalidité en lieu et place d'une pension, selon le montant de la pension (par exemple en matière de retraite, par répartition ou capitalisation).

1.2.2.6. Rente d'orphelin

La rente d'orphelin est versée aux enfants de l'assuré. Elle a un caractère temporaire. Selon les régimes, elle peut être versée jusqu'à la majorité de l'enfant ou ses 25 ans sous conditions d'être en études, etc.

1.2.2.7. Pension de réversion

La pension de réversion est, en matière de retraite, versée au conjoint (voire ex conjoints selon le régime) de l'assuré. Elle peut, notamment dans le cas de la sortie en rente d'un placement, être versée à une autre personne désignée par l'assuré.

1.2.2.8. Prestations familiales

Différentes prestations sont prévues par l'Etat pour assurer les charges de l'éducation ou encore un financement du mode de garde d'un enfant :

- Allocation familiale ;
- Prestation partagée d'éducation de l'enfant ;
- Allocation journalière de présence parentale ;
- Complément de libre choix du mode de garde ;
- Prime à la naissance / à l'adoption.

En parallèle, des aides aux logements peuvent être versées aux foyers :

- Aide personnalisée au logement ;
- Allocation de logement familiale ;
- Allocation de logement sociale.

1.2.2.9. Aides et allocations (handicap)

Les personnes souffrant d'un handicap peuvent bénéficier de :

- Prestations en nature permettant une couverture plus importante ;
- Prestations en espèces : allocations adulte handicapé, prestation de compensation du handicap, pension d'invalidité, etc.

2. Fonctionnement - structure de la protection sociale en France

En France, la prévoyance des particuliers s'articule selon différents régimes et présente différentes strates.

Toute personne travaillant ou résidant en France est un affilié social : chacun bénéficie d'une couverture sociale.

Selon l'affiliation, les prestations garanties, leurs conditions d'octroi ainsi que leurs modalités diffèrent.

En France, les règles en matière de protection sociale sont éparées : différentes sources cohabitent et peuvent amener à des cas non traités par les textes, voire en incohérence les uns avec les autres. Il s'agit de :

- Textes légaux : lois, code de la Sécurité sociale, code du travail, code de l'action sociale et des familles, code rural et de la pêche maritime, code général de la fonction publique, etc.
- D'interprétations et instructions : circulaires, instructions sociales ;
- D'accords conventionnels : ANI, conventions collectives, conditions générales de contrat de prévoyance, statuts des différentes caisses, etc.

2.1. La Sécurité Sociale - prévoyance de base

La Sécurité sociale offre un socle de prévoyance à toute personne qui exerce une activité professionnelle ou qui réside en France. L'affiliation au régime de la Sécurité sociale est obligatoire. Lorsqu'une personne refuse de s'affilier ou persiste à ne pas engager les démarches nécessaires, elle s'expose à un emprisonnement de 6 mois ainsi qu'à une amende de 15 000 €, ou seulement l'une des deux peines.

Cette prévoyance obligatoire de base peut, selon les régimes, ouvrir droit à différentes prestations (voir §1.2. Définition des prestations)

La Sécurité sociale, socle de la prévoyance, se décompose en plusieurs régimes :

- Le régime général (qui concerne la grande majorité de la population). Il inclut différents organismes telles que la caisse nationale d'assurance maladie et les différentes CPAM, les CAF, la CNAV, etc.
- Le régime agricole, géré par des organismes de mutualité sociale agricole et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) ;

- Et les régimes spéciaux (pour certaines catégories de salariés). Il s'agit par exemple des fonctionnaires, des employés et clerc de notaires, des salariés de la banque de France, de la SNCF, d'EDF-GDF, etc.

Seule la prise en charge des frais de santé bénéficie à tous les assurés sociaux, peu importe leur affiliation.

2.1.1. Le régime général

Le régime général de la Sécurité sociale comprend 5 branches :

- Maladie, maternité, paternité, invalidité, décès ;
- Accidents du travail et maladies professionnelles ;
- Vieillesse et veuvage ;
- Famille ;
- Autonomie.

Le régime général assure la prévoyance obligatoire dans le cadre des prestations suivantes :

- Les prestations en espèces relatives aux risques maladie, invalidité, vieillesse, décès, veuvage, maternité et paternité aux :
 - Salariés et assimilés salariés non agricoles (notamment le conjoint salarié d'un TNS) ;
 - Personnes liées d'une quelconque manière à un employeur (travailleurs à domiciles, personnes assurant la garde d'enfants à domicile, avocats salariés, exceptés pour les risques déjà couverts par la CNBF, etc.) ;
 - Personnes bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant, de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, de l'allocation journalière de présence parentale, l'allocation journalière du proche aidant ou ayant la qualité d'aidants de personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie ; Artistes auteurs d'œuvres, sauf exceptions ;
 - Titulaires de mandats locaux (élus des communes, départements, régions, etc.).
Personnes détenues exerçant une activité de travail dans le cadre d'un contrat d'emploi pénitentiaire, excepté pour les prestations en cas de paternité
 - Aux travailleurs non-salariés affiliés SSI (qui ne relèvent pas de la CNAVPL, de la caisse nationale des barreaux français ou de MSA), excepté pour les risques invalidité, décès et veuvage.
 - Les prestations accident du travail ou maladie professionnelle (AT-MP) aux :
 - Salariés ou assimilés salariés non agricoles ;
 - Personnes liées d'une quelconque manière à un employeur. Des conditions particulières s'appliquent néanmoins aux personnes assurant la garde d'enfants à domicile ainsi que celles ayant conclu un contrat d'accueil avec une personne âgée ou handicapée ;

- Personnes liées par un contrat de travail temporaire, sous conditions (notamment certains étudiants et doctorants ou des personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue, etc. ;
- Les prestations familiales: aux personnes résidant en France (sauf exemptées d'affiliation dans le cadre d'un détachement temporaire en France) ayant à leur charge au moins un enfant résidant en France ;
- La prise en charge des frais de santé (prestations en nature en cas de maladie ou maternité, paternité au titre de la protection universelle maladie, PUMA) : toutes les personnes exerçant ou résidant en France, les titulaires d'une pension d'invalidité militaire, les veuves de guerre, les orphelins de guerre, les sapeurs-pompiers volontaires, les personnes écrouées et les personnes inactives ;

Les prestations relatives au soutien à l'autonomie aux mêmes personnes bénéficiaires des prestations maladies, ainsi qu'aux titulaires d'une pension d'invalidité militaire, les veuves de guerre, les orphelins de guerre, les sapeurs-pompiers volontaires, les personnes écrouées et les personnes inactives.

2.1.2. Le régime agricole

Le régime agricole comprend :

- Pour les personnes salariées et assimilées-salariées, 3 branches :
 - Prestations familiales, identiques à celles prévues aux personnes affiliées au régime général ;
 - Assurances sociales (prestations maladie, maternité, invalidité, vieillesse, veuvage et décès) ;
 - Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- Pour les exploitants / travailleurs non-salariés agricoles, 4 branches :
 - Prestations familiales, identiques à celles offertes aux personnes affiliées au régime général ;
 - Assurance maladie, invalidité et maternité ;
 - Assurance vieillesse et veuvage (dont pension d'orphelin) ;
 - Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2.1.3. Les régimes spéciaux

Les régimes spéciaux concernent les salariés des entités listées à l'article R. 711-1 du code de la Sécurité sociale. Ils ont pour socle commun les prestations du régime général en matière de risques maladie, maternité, invalidité et décès. Ces régimes fonctionnent sur une solidarité restreinte à une profession (par exemple marins, militaires, cultes) ou à une entreprise (par exemple SNCF, RATP, Opéra de Paris, Banque de France).

2.2. Prévoyance complémentaire

2.2.1. Principe

La prévoyance complémentaire n'a pas de définition légale. Elle vise de manière générale les prestations qui viennent en complément de celles prévues par le régime de base de l'assuré et repose communément sur l'intervention des institutions sociales ou commerciales.

Elle peut revêtir différentes formes :

- Additionnelle : les prestations s'ajoutent à celles prévues par le régime de base de la Sécurité sociale. La prévoyance complémentaire améliore alors la couverture de la Sécurité sociale sur des risques qu'elle couvre déjà partiellement ;
- Suppléante ou auxiliaire : la prévoyance complémentaire vient couvrir des risques pour lesquels la Sécurité sociale ne prévoit pas de prestations ;
- Individuelle : la faculté d'adhésion revient à l'assuré ;
- Collective : un contrat de groupe est conclu par un employeur, auquel tout ou partie des salariés peut adhérer.

Seuls les salariés bénéficient à titre obligatoire d'une prévoyance complémentaire.

2.2.2. Cas particulier : C2S

Tout assuré ayant des ressources modestes (conditions de ressources) peut demander une protection complémentaire en matière de santé. Il s'agit de la complémentaire santé solidaire, ou C2S, financée par l'Etat, qui indemnise le reste à charge au titre des frais de santé.

La complémentaire santé solidaire n'est pas automatique : elle nécessite une demande de l'assuré. Elle peut, selon les ressources du foyer, exiger ou non une participation financière de la part de l'assuré. Les frais n'ont pas à être avancés (la C2S bénéficie du tiers payant).

2.3. Prévoyance individuelle

Les assurés peuvent également bénéficier d'une prévoyance, à titre individuel et facultatif. Certaines des solutions sont réservées à une affiliation particulière c'est-à-dire à un statut d'assuré social spécifique (et non à tous).

2.3.1. Assurance / mutuelle volontaire

L'adhésion à une assurance volontaire au titre des risques maladie, accident ou invalidité (communément appelée mutuelle) n'est conditionnée à aucune affiliation préalable.

Ainsi, salariés, TNS, demandeurs d'emploi ou encore retraités peuvent souscrire à un contrat de mutuelle. Le contrat peut même être conclu au profit d'un tiers.

En la matière, sont définis contractuellement :

- Les risques couverts ;
- Les prestations garanties ;
- Les modalités d'entrée en vigueur des garanties (le délai d'information de la réalisation d'un risque ne peut être inférieur à 5 jours ouvrés – C. ass. art. L. 113-2, 4°) ;
- Les formalités en cas de réalisation du risque ;
- Les cas de nullité, déchéance, exclusion ou limitation de garantie ;
- Les délais de prescription.
- Les droits et obligations de l'assuré et de la mutuelle ;
- Les modalités de modification du contrat.

L'assuré doit déclarer, en cours de contrat, toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence soit d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux rendant caduques ou inexacts les informations déclarées dans le formulaire de déclaration du risque rempli à l'occasion de la souscription du contrat. Pour ce faire, l'assuré dispose d'un délai de 15 jours à compter du moment où il en a connaissance pour adresser un courrier en recommandé à l'assureur.

L'assureur a alors la faculté de dénoncer le contrat ou de proposer un nouveau montant de prime (cotisation), sauf si l'aggravation du risque provient d'une modification de l'état de santé. Le contrat peut également se poursuivre dans ses conditions initiales.

Le montant des cotisations ou prestations peut être modifié unilatéralement par la mutuelle, mais cette dernière doit en informer l'adhérent.

En présence d'un contrat tacitement reconductible, l'assuré peut résilier son contrat d'assurance volontaire passé 1 an d'adhésion sans frais ni pénalité. La résiliation prend alors effet un mois après réception de la notification par l'assureur.

L'assuré n'est alors redevable que de la partie de prime ou cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert (voir conditions générales du contrat).

Le trop versé est remboursé par l'assureur :

- S'il est versé dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation effective : pour son montant nominal ;
- Passé ce délai : pour son montant majoré d'intérêts au taux légal.

En cas de résiliation afin de souscrire un autre contrat d'assurance volontaire, la nouvelle mutuelle se charge des formalités nécessaires. Il ne doit être constaté aucune interruption de couverture à cette occasion.

2.3.2. Assurance-décès

Pour garantir le versement d'un capital décès, voire invalidité, tout affilié peut souscrire un contrat d'assurance volontaire communément appelé assurance temporaire décès ou « tempo décès ».

2.3.3. Assurance-emprunteur

Un contrat d'assurance emprunteur est généralement requis comme garantie adossée à un emprunt bancaire.

Il peut prévoir différentes garanties pour rembourser le capital restant dû en cas de décès, invalidité, ou encore incapacité de l'emprunteur.

Pour en savoir plus, voir notre Document Assurance emprunteur (document à paraître)

2.3.4. Prévoyance individuelle des chefs d'entreprise

Certains dispositifs sont exclusivement réservés aux assurés sociaux chefs d'entreprise, associés, voire aux chefs d'entreprise ayant la qualité de travailleur non-salariés (TNS).

Il s'agit pour tous les :

- Associés : des assurances homme clé, des garanties croisées ;
- Chefs d'entreprise : des assurances homme clé ;
- Les TNS : Madelin santé et prévoyance

2.3.5. Autres contrats de prévoyance (assurance habitation, moyens de paiement)

D'autres garanties de prévoyance peuvent également être prévues dans d'autres contrats d'assurance.

Il convient alors de prêter attention aux couvertures des contrats d'assurance multirisque habitation, assurance automobile, carte bancaire, etc.

3. Bénéficiaires - règles d'affiliation

Le statut professionnel des personnes physiques détermine leur régime d'affiliation :

- Au régime de base (Sécurité sociale) : régime général, régime agricole ou régime spécial ;
- A un régime complémentaire ;
- Aux solutions de prévoyance individuelle.

Cette affiliation ne garantit toutefois pas nécessairement l'accès à toutes les prestations. Chaque régime peut ensuite prévoir des conditions d'affiliation particulières (niveau de rémunération, durée d'affiliation, etc....).

3.1. Régime de base de la Sécurité Sociale

3.1.1. Assuré en activité professionnelle

Lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, c'est cette dernière qui déterminera son statut d'assuré social.

3.1.1.1. Salarié ou assimilé salarié

3.1.1.1.1. Secteur privé (régime général)

Si l'assuré est salarié du secteur privé, il est assujéti au régime général de la Sécurité sociale.

D'une manière générale, toute personne travaillant pour un ou plusieurs employeurs relève du régime général de la Sécurité sociale. Il s'agit alors d'une appréciation de fait.

En présence d'un lien de subordination, la personne qui travaille pour autrui est affiliée au régime général de la Sécurité sociale, peu importe :

- Le montant et la nature de la rémunération ;
- Le lieu de travail et le poste occupé ;
- La forme, la nature ou même la validité du contrat de travail.

Une liste non exhaustive des assurés exerçant pour autrui figure dans l'article L. 311-3 du code de la Sécurité sociale.

Sont notamment rattachés au régime général des salariés :

- Les gérants minoritaires de SARL et de SELARL ;
- Les personnes exerçant des fonctions de direction de SA et de SELAFA ;
Les présidents et dirigeants de SAS et de SELAS ;
Les personnes bénéficiaires de l'ARCE (aide à la création ou à la reprise d'une entreprise) ;
Les loueurs saisonniers ayant opter pour leur rattachement au régime général ;
Les salariés liés par un contrat de travail temporaire, peu importe le régime d'affiliation de l'employeur (sauf cas particulier agricole) ;
Le conjoint d'un TNS qui exerce effectivement dans la société ou l'EI de son époux à titre professionnel et habituel et qui perçoit un salaire « normal » ;
- Les étudiants en contrat d'alternance ou de professionnalisation ;
- Les agents contractuels d'Etat (agents non titulaires) ;
les avocats salariés sauf pour les risques couverts par la CNBF (hors invalidité / décès).

3.1.1.1.2. Secteur agricole (régime agricole)

Si l'assuré exerce dans le secteur agricole, il relève du régime général agricole des salariés. Il s'agit notamment :

- Des salariés et assimilés salariés occupés dans des exploitations de culture et d'élevage ;
- Des professionnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés ;
- De certains métayers (voir CRPM art. L. 722-21) ;
- Des apprentis, stagiaires et d'une entreprise ou exploitation agricole ;
- Des présidents et dirigeants de SAS agricoles (assimilés salariés agricoles), y compris en l'absence de rémunération ;
- Des ouvriers agricoles travaillant au profit d'un tiers seuls ou avec l'aide de leur famille, y compris sans contrat de travail ;
- Des personnes occupées dans des exploitations ou entreprises de travaux forestiers rémunérées, y compris sans contrat de travail, sauf si l'intéressé satisfait à des conditions de capacité ou d'expérience professionnelle et d'autonomie de fonctionnement (not. les chefs d'exploitation agricole exploitant à titre secondaire une activité forestière) ;
- Des personnes liées par un contrat de travail temporaire exclusivement à la disposition d'entreprises agricoles.

3.1.1.1.3. Régime spécial

Les salariés de certaines entreprises ou branches d'activité limitativement énumérées sont rattachés à un régime spécial qui leur est propre. Pour certaines prestations, ces salariés bénéficient toutefois du régime général de la Sécurité sociale.

Il s'agit notamment :

- Des fonctionnaires ;
- Des magistrats et ouvriers d'Etat ;
- Des clercs et employés de notaire affiliés à la CRPCEN ;
- Des marins ;
- Des salariés d'entreprises minières et assimilées ;
- Des salariés de la société nationale des chemins de fers français (SNCF) ;
- Des salariés de sociétés de chemins de fer d'intérêt général secondaire, d'intérêt local et de tramways (notamment RATP) ;
- Des exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz (EDF / GDF) ;
- De la banque de France, pour les agents titulaires recrutés avant le 1^{er} septembre 2023 ;
- Des salariés du théâtre national de l'Opéra de Paris et de la Comédie Française.

3.1.1.1.4. Agents de la fonction publique

Les agents publics sont catégorisés selon trois régimes d'affiliation :

- Les fonctionnaires, qui relèvent d'un régime spécial (lui-même décomposé en trois sous-régimes : fonctionnaires de l'Etat, fonctionnaires territoriaux et fonctionnaires hospitaliers) ;
- Les agents titulaires de droit public ou privés (agents contractuels), qui relèvent en principe du régime général. Toutefois, leur statut leur ouvre droit

à des prestations du régime spécial des fonctionnaires qui sont éventuellement complétées des prestations du régime général ;

- Les autres agents titulaires (magistrats, fonctionnaires des assemblées parlementaires, militaires, etc.).
Ils relèvent alors, au titre de la prévoyance de base, soit du régime général de la Sécurité sociale (comme les salariés du secteur privé), soit d'un régime spécial.

3.1.1.2. Travailleur indépendant non salarié (TNS)

3.1.1.2.1. Travailleur indépendant non agricole

Les travailleurs indépendants (TNS) non agricoles relèvent en principe du régime général de la Sécurité sociale. Il s'agit notamment :

- Des gérants majoritaires de SARL ;
- Des loueurs meublés professionnels (LMP) ;
- Des entrepreneurs individuels (notamment des micro entrepreneurs) ;
- Des associés exerçant au sein d'une SEL.

Les professionnels libéraux relèvent également du régime général de la Sécurité sociale, mais ne bénéficient pas de toutes les prestations de ce dernier selon qu'ils relèvent :

- Du régime général au titre de la Sécurité sociale des indépendants (professions libérales qui ne disposent pas d'une caisse particulière ou anciennement affiliées à CIPAV ayant opté pour une affiliation à la SSI avant le 31 décembre 2023) ou de la CNAVPL ;
- D'une caisse propre à leur profession (CRPN, CAVOM, CARMF, CARCDSF, CARPIMKO, CARVP, CAVAMAC, CAVÉC, CIPAV), complémentaire à la CNAVPL ;
De la CNBF (caisse nationale des barreaux français), réservée aux avocats (en ce compris avocats stagiaires, avocats à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat).

3.1.1.2.2. Travailleur indépendant agricole

Les travailleurs indépendants des professions agricoles relèvent du régime agricole, sous condition d'importance de l'activité.

Peuvent être qualifiés de chefs d'exploitation ou d'entreprise les associés, co-exploitants ou les personnes qui exercent une fonction de direction qui n'est pas couverte par la protection sociale des salariés agricoles (c'est-à-dire les chefs d'entreprise, à l'exception des assimilés salariés).

La qualification de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou forestière permet de relever du régime de protection sociale des travailleurs non-salariés agricoles :

- En présence d'une activité minimale d'assujettissement (AMA), voire en cas de baisse de l'activité par un maintien temporaire ;

- A défaut, en tant que cotisant solidaire bénéficiant de revenus professionnels supérieurs à 800 SMIC.

À défaut de respecter les conditions d'AMA ou d'entrer dans le champ d'application de la cotisation de solidarité, l'assuré est affilié :

- Soit à son ancien régime d'affiliation sociale, sous réserve de conditions de maintien d'affiliation ;
- Soit au régime général de la sécurité social (par défaut).

À compter du 1^{er} janvier 2026, le régime de protection sociale des non-salariés agricoles est également applicable à l'aide familial pendant 5 ans, sous conditions cumulatives. Il faut qu'il :

- Soit ascendant (ou son conjoint), descendant (ou son conjoint), frère (ou son conjoint), sœur (ou son conjoint) du chef d'exploitation / d'entreprise ou de son conjoint ;
- Soit âgé de plus de 16 ans ;
- Vive sur l'exploitation ou l'entreprise ;
- Participe à la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise comme non-salarié.

À l'issue des 5 ans, l'aide familial doit opter pour le statut de salarié ou de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. À défaut d'option pour l'un de ces statuts, l'aide familial ayant poursuivi la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise sera réputé l'avoir fait sous le statut de salarié.

Activité minimale d'assujettissement (AMA)

La qualification de chef d'entreprise ou d'exploitation agricole implique le respect d'une activité minimale d'assujettissement (AMA). Les seuils de caractérisation d'une AMA sont minorés pour les bénéficiaires d'un dispositif d'installation progressive.

Principe : conditions alternatives

Une activité minimale d'assujettissement (AMA) est caractérisée dès lors que l'une des conditions suivantes est remplie :

- La superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement départementale.
La surface minimale d'assujettissement dépend de la localisation de l'activité et du type de production et est fixée pour chaque département par arrêté préfectoral.
La superficie retenue tient compte, le cas échéant, des coefficients d'équivalence applicables aux productions agricoles spécialisées ou aux élevages.
L'assiette de calcul des cotisations sociales au titre des cotisations d'assurance vieillesse est au moins égale à une assiette forfaitaire (800 SMIC au 1^{er} janvier) lorsque l'exploitant n'a pas fait valoir ses droits à retraite.
Si cette assiette vient, en cours d'affiliation, à diminuer : la condition demeure

remplie tant que l'assiette de cotisations reste supérieure à 80 % de l'assiette forfaitaire (soit 640 SMIC).

- Dans le cas où l'activité ne peut pas être appréciée selon une superficie : le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est supérieur à 1 200 heures par an ;

En présence d'une co exploitation ou d'un exercice en société, sont affiliés :

- En cas de respect de l'une des 2 premières conditions (superficie ou temps de travail) au niveau de l'exploitation ou de la société : tous les associés ou membres de l'exploitation ;
- En cas de respect de la troisième condition (assiette minimale de cotisations sociales) : uniquement les membres ou associés qui remplissent à titre personnel cette condition, a priori toutes activités agricoles confondues.

Tolérance en faveur des bénéficiaires du dispositif d'aide à l'installation

Les agriculteurs qui bénéficient du dispositif d'installation progressive sont affiliés à la protection sociale des travailleurs non-salariés agricoles dès lors :

- que l'assiette de leurs cotisations est supérieure ou égale à 640 SMIC au 1^{er} janvier ;
- OU que la superficie mise en valeur est supérieure à 25 % de la surface minimale d'assujettissement (SMA) ;
- ET sous réserve qu'ils en fassent la demande auprès de la MSA

L'affiliation prend fin soit lorsque :

- Le dispositif d'installation progressive est terminé, sauf à respecter les conditions « classiques » d'AMA ;
- Les conditions ne sont plus respectées.

Maintien temporaire si la condition d'AMA n'est plus respectée

Si le chef d'exploitation ou d'entreprise ne respecte plus la condition d'activité minimale d'assujettissement, il peut tout de même demander à être temporairement rattaché au régime de protection sociale des travailleurs non-salariés agricoles à condition que la superficie de l'activité ou de l'exploitation soit supérieure ou égale à 2/3 de la SMA et strictement inférieure à la SMA.

Ce maintien d'affiliation n'est pas automatique : il doit être expressément demandé par le chef d'exploitation à la MSA.

Ce rattachement temporaire prend fin :

- Soit lorsque la condition de superficie minimale d'assujettissement n'est plus respectée (2/3 SMA) ;
- Soit au terme de 5 ans à compter de la demande de maintien d'affiliation, sauf :

- Si le chef d'exploitation ou d'entreprise est âgé d'au moins 55 ans : dans ce cas, l'affiliation est prolongée une fois pour une nouvelle période de 5 ans ;
- Sinon : pendant 2 ans si le chef d'exploitation est âgé de moins de 55 ans et est dans l'impossibilité d'accroître l'important de son exploitation ou entreprise, compte tenu de l'état du marché des terres ou de la nécessité de limiter les productions excédentaires. Cette impossibilité doit être constatée par décret du département.

Affiliation en tant que cotisant de solidarité

Les exploitants peuvent relever du régime des travailleurs agricoles non-salariés en tant que cotisant de solidarité s'ils respectent la deuxième condition de l'AMA (percevoir plus de 800 SMIC). Dans ce cas, ils demeurent tout de même redevables de la cotisation de solidarité.

Pour rappel, le paiement de la cotisation de solidarité est automatique dès lors que :

- La superficie (compte tenu des éventuels coefficients d'équivalence) est supérieure à 25 % de la SMA ;
- OU, lorsque l'importance de l'activité ne peut être appréciée par rapport à la SMA, le temps de travail nécessaire à la conduite de l'exploitation ou de l'entreprise est supérieur ou égal à 150 heures et inférieur à 1 200 heures.

À défaut de respecter la condition de perception d'un revenu supérieur à 800 SMIC, il n'est pas possible de s'affilier volontairement en tant que cotisant de solidarité. La qualité de cotisant de solidarité n'offre pas d'affiliation à la Sécurité sociale. À défaut d'autre affiliation, le cotisant de solidarité percevant moins de 800 SMIC relève de la PUMA.

L'exploitant bénéficiaire de la C2S est toutefois exonéré du paiement de la cotisation de solidarité.

3.1.1.3. Conjoint du chef d'entreprise

Le conjoint du chef d'entreprise peut bénéficier d'une affiliation par le biais de l'entreprise individuelle ou de la société dans laquelle son conjoint est chef d'entreprise.

La notion de conjoint englobe :

- L'époux ;
- Le partenaire ;
- Le concubin.

3.1.1.3.1. Conjoint d'un chef d'entreprise non agricole

Le conjoint du chef d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale peut, à ce titre, être affilié à la Sécurité sociale dès lors qu'il y exerce une activité professionnelle régulière :

- Soit en tant que salarié (régime général) ;
- Soit en tant que travailleur indépendant (Sécurité sociale des indépendants rattachée au régime général).

L'affiliation dépend alors :

- De la forme sociale de l'entreprise ;
- Du statut du chef d'entreprise ;
- De la rémunération perçue ;
- De sa qualité d'associé dans la société.

Le chef d'entreprise est TNS

Lorsque le chef d'entreprise exerce en tant que TNS (EI, SARL, EURL, société civile), son conjoint peut avoir le statut de salarié, associé ou collaborateur.

Conjoint salarié

Le conjoint d'un TNS non agricole (en société ou en EI) est affilié au régime général de la Sécurité sociale en tant que salarié aux conditions suivantes :

- Il participe activement, à titre professionnel ou habituel, à l'activité de son époux ;
- ET il perçoit un salaire qui correspond au salaire normal de sa catégorie professionnelle. Sa rémunération horaire minimale correspond soit à celle fixée par la convention collective de l'activité soit, en l'absence de convention collective ou en présence de plusieurs activités, au SMIC.

Il n'existe donc pas de condition quant à l'existence d'un contrat de travail.

Ce statut peut s'appliquer, que le conjoint soit associé ou non, et peu importe la forme sociale de l'entreprise (EI, SAS, SARL, etc.).

Si le conjoint n'est pas rémunéré ou ne participe pas de manière effective à l'activité, il n'a pas la qualité de conjoint salarié.

Conjoint associé

En présence d'un conjoint associé d'un TNS non agricole (en société), différents cas de figure peuvent s'envisager :

- S'il remplit les critères de qualification d'un conjoint salarié (voir ci-dessus) : il est affilié au régime général de la Sécurité sociale en tant que salarié ;
- A défaut, s'il exerce de manière régulière une activité professionnelle dans la société : il est affilié au régime de Sécurité sociale des indépendants (rattaché au régime général) ;
- A défaut, s'il n'exerce aucune activité au sein de la société : il ne bénéficie pas d'une affiliation du fait de l'activité de son conjoint.

Conjoint collaborateur

Le conjoint collaborateur du chef d'entreprise relève du régime de Sécurité sociale des indépendants (rattaché au régime général).

Ce statut est réservé au conjoint du chef d'entreprise qui est gérant majoritaire d'une SARL ou SELARL.

Cette affiliation ne dure que 5 ans.

Le chef d'entreprise est assimilé salarié

Lorsque le chef d'entreprise exerce en tant qu'assimilé salarié (SAS, gérant minoritaire d'une SARL, etc.), son conjoint ne peut avoir que le statut de salarié ou associé.

Le statut de conjoint collaborateur n'est pas ouvert aux conjoints d'un chef d'entreprise assimilé salarié.

Conjoint salarié

Le conjoint d'un assimilé salarié relève du régime général de la Sécurité sociale (en tant que salarié) s'il est effectivement salarié dans la société ou l'entreprise individuelle, ou qu'il exerce dans la société et est effectivement rémunéré.

Conjoint associé

En présence d'un conjoint associé (ou actionnaire en présence d'une SAS), différents cas de figure peuvent s'envisager :

- S'il perçoit une rémunération : il est affilié au régime général de la Sécurité sociale en tant que salarié ;
- S'il ne perçoit pas de rémunération, il ne bénéficie pas d'une affiliation du fait de l'activité de son conjoint.

3.1.1.3.2. Conjoint d'un chef d'exploitation agricole

Le conjoint d'un chef d'exploitation agricole peut bénéficier de différents statuts :

- Il peut lui-même être chef d'exploitation agricole et donc relever de la protection sociale des travailleurs non-salariés agricoles ;
- Il peut avoir le statut de conjoint collaborateur (en principe sur une période maximale de 5 ans - y compris de manière interrompue, et en comptabilisant uniquement les périodes postérieures à 2022 - excepté pour les personnes atteignant l'âge de 67 ans avant le 1^{er} janvier 2032), s'il y exerce son activité professionnelle :
 - En l'absence de société ou de co exploitation entre les époux ;
 - En présence d'une société, lorsqu'il n'est pas associé de cette dernière ;
- Il peut avoir le statut de salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole : il relève alors du régime de protection sociale des travailleurs salariés agricoles.

Lorsque le chef d'entreprise n'a pas la qualité de chef d'exploitation agricole au sens de la Sécurité sociale (par exemple : l'AMA n'est pas respectée, la forme sociale est une SAS), son conjoint ne peut bénéficier que du statut de salarié et relever, le cas échéant, du régime agricole des travailleurs salariés.

3.1.1.4. Etudiant exerçant une activité professionnelle

Tout étudiant qui exerce une activité professionnelle (stage, formation, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, contrat à durée déterminée ou indéterminée, etc.) est un assuré social et bénéficie d'une affiliation auprès de la Sécurité sociale.

L'affiliation dépend de l'activité professionnelle exercée :

- en présence d'un stage de formation professionnelle, l'étudiant relève du régime général de la sécurité social sauf :
 - Si le stage prépare exclusivement ou directement à une profession relevant d'un régime plus favorable ;
 - S'il relevait d'une autre affiliation avant son stage ;
 - Dans le cadre d'une formation dans la fonction publique : l'étudiant est affilié au régime spécial des fonctionnaires ;
 - Si le stage est réalisé au sein d'une exploitation, entreprise, organisme ou groupement agricole : l'étudiant est affilié au régime des travailleurs salariés agricoles ;
 - En présence d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation : les règles d'affiliation sont les mêmes que pour les salariés (voir ci-dessus). Notamment, si le contrat est réalisé au sein d'une exploitation, entreprise, organisme ou groupement agricole : l'étudiant est affilié au régime des travailleurs salariés agricoles ;
- En présence d'un CDD ou CDI (notamment job étudiant) : les règles d'affiliation sont les mêmes que pour les salariés (voir ci-dessus) ;
- Lorsque l'assuré réalise, moyennant rémunération, des études à caractère pédagogique au sein d'associations constituées exclusivement à cette fin : il relève du régime général de la Sécurité sociale.

3.1.2. Assuré sans activité professionnelle

En l'absence d'activité professionnelle, l'affiliation à un régime de Sécurité sociale peut se faire :

- Par la qualité d'ayant droit ;
- Par un maintien au titre d'un ancien régime ;
- Par la perception d'un revenu de remplacement ;
- Ou, en dernier recours, par la protection universelle d'assurance maladie (PUMA).

3.1.2.1. Enfant mineur

Les enfants sont affiliés à la Sécurité sociale afin de couvrir leurs frais de santé. Leur régime d'affiliation dépend de leur âge et de l'exercice ou non d'une activité professionnelle.

3.1.2.1.1. Rattachement aux parents

L'enfant mineur est rattaché en tant qu'ayant droit de ses deux parents à condition qu'une filiation soit établie (par exemple : un parent, notamment adoptif). Dans ce cas, les parents déposent une demande de rattachement de l'enfant en tant qu'ayant droit en cochant la case correspondante dans le cerfa n°14445*02 :

« Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) :

- Au parent désigné ci-dessus ;
- Aux deux parents désignés ci-dessus. »

À défaut de demande par l'un des parents de ce rattachement, la prise en charge des frais de santé est assurée au titre du parent qui effectue la première demande de remboursement de soins (c'est-à-dire selon celui qui présente sa carte vitale pour des soins prodigués à l'enfant).

3.1.2.1.2. Cas particulier : Ayant droit autonome

Un enfant mineur âgé de 16 ans ou plus :

- Et qui exerce une activité professionnelle : il relève du régime social lié à son activité en qualité d'ayant droit autonome ;
- Et qui n'a pas d'activité professionnelle mais qu'il en a déjà eu une : il peut soit bénéficier d'un maintien à son ancien régime d'affiliation (voir § bénéficiaires ayant cessé une activité professionnelle) soit demander à être rattaché en tant qu'ayant droit (via le [cerfa n° 14445*02](#)) ;
- Et qui n'a pas d'activité professionnelle et n'en a jamais eu : il peut soit être rattaché en tant qu'ayant droit, soit demander à être un assuré autonome en se rapprochant de la CPAM ou de la MSA à laquelle il est rattaché. Il est alors détaché socialement de ses parents et relève « par défaut » du régime général de la Sécurité sociale.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou établissements qui en assurent la garde, être identifiés de façon autonome (ayant droit autonome) au sein du régime de l'assuré social.

3.1.2.2. Enfant majeur

Lorsque l'enfant est majeur, il ne peut plus bénéficier d'une demande de rattachement. Il n'est plus un ayant droit mais devient un assuré social autonome.

3.1.2.3. Assuré sans activité professionnelle n'ayant pas liquidé ses droits à la retraite

3.1.2.3.1. Bénéficiaire de certaines allocations liées à l'emploi

Un maintien dans l'ancien régime obligatoire s'applique aux personnes percevant :

- Une allocation d'assurance : c'est-à-dire l'allocation de retour à l'emploi (ARE) ou l'assurance chômage;
- Une allocation de solidarité spécifique ;
- Une allocation des travailleurs indépendants ;
- Une aide au reclassement ou à la reconversion professionnelle ;
- Une allocation au titre d'un contrat de sécurisation professionnelle) ;
- Une indemnité, à défaut de réintégration du salarié dans l'entreprise en présence d'un licenciement pour motif économique irrégulier ;
- Une allocation de reclassement servie par France Travail ;
- Une allocation ou indemnité prévue par un régime particulier : fonctionnaires et agents contractuels, salariés EDF / GDF, allocation spécifique versée aux travailleurs privés d'emploi relevant des professions de la production cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle ou salariés d'une entreprise du bâtiment et des travaux publics privées d'emploi par suite d'intempéries.

En cas de reprise d'une activité et si cette dernière ne permet pas d'ouvrir droit aux indemnités journalières (notamment maternité) et prestations en cas de décès, alors l'affiliation à l'ancien régime obligatoire est maintenue pour une durée de 12 mois à compter de la date de reprise d'activité.

Les personnes involontairement privées d'emploi pendant un congé parental ou à l'issue de ce dernier relèvent du régime auquel elles étaient affiliées avant leur congé parental d'éducation tant que dure leur indemnisation.

3.1.2.3.2. Bénéficiaire ayant cessé une activité professionnelle

Maintien temporaire automatique

Les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité pour bénéficier des prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité ou décès sont temporairement affiliées à leur ancien régime.

Pour ces risques, elles bénéficient d'un maintien de leurs droits acquis pendant une durée de 12 mois.

Maintien volontaire pour certains risques

Risque invalidité

Peuvent s'assurer volontairement, dans les mêmes conditions que les assurés du régime général de la Sécurité sociale, au titre de l'invalidité, les personnes qui :

- Ont été affiliées pendant au moins 6 mois à titre obligatoire au régime général de la Sécurité sociale, à l'un des régimes spéciaux ou au régime agricole (CSS art. R. 742-1 et R. 742-3) et qui cessent de remplir les conditions d'affiliation obligatoire ;
- OU qui remplissent les fonctions et obligations de tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille infirme ou invalide, c'est-à-dire les personnes qui aident les membres de leur famille dans l'exécution des tâches simples de leur vie quotidienne. En cas d'affiliation au risque vieillesse en qualité de proche aidant, il est possible de s'affilier volontairement au risque invalidité ;
- OU qui respectent les conditions de parent chargé de famille n'exerçant pas d'activité professionnelle en France : il s'agit des personnes qui se consacrent à l'éducation d'au moins un enfant à charge âgé de moins de 20 ans (à la date de la demande) ;
- ET qui ne bénéficient ni ne sont susceptibles de bénéficier d'un avantage de vieillesse, sauf anciens assurés d'un régime spécial titulaire d'une retraite proportionnelle.

Les modalités d'adhésion à cette assurance volontaire sont détaillées pour les :

- Anciens assurés obligatoires : aux articles R. 742-1 à 742-8 du code de la Sécurité sociale ;
- Assurés qui remplissent les fonctions et obligations de tierce personne : aux articles R. 742-9 à 742-16 du code de la Sécurité sociale ;
- Assurés chargés de famille : aux articles R. 742-21-1 à 742-21-6 du code de la Sécurité sociale.

Le cerfa n°51043 01 permet de formuler la demande d'adhésion.

Les anciens travailleurs non-salariés non agricoles (TNS) peuvent s'assurer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants et bénéficier à ce titre, le cas échéant, du régime invalidité décès d'un régime complémentaire obligatoire.

Travailleur indépendant non salarié (TNS)

Peuvent prétendre à l'assurance vieillesse volontaire des non-salariés, les anciens TNS qui :

- résident hors du territoire français ;
- OU qui ont exercé une activité non salariée en dernier lieu et qui ne remplissent pas l'une des conditions suivantes :
 - ils n'ont pas atteint l'âge de bénéficier de prestations vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de Sécurité sociale ;
 - ils ont cessé d'exercer directement leur activité en raison de la mise en location gérance de leur fonds dont ils gardent la propriété ;
- OU les conjoints collaborateurs s'ils n'ont pas atteint l'âge de prestations vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de Sécurité sociale ;

- OU les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle indépendante (sauf profession libérale non affiliée à la SSI).

Risque accident du travail / maladie professionnelle (AT/MP)

Tous les assurés qui ne bénéficient pas de prestations AT/MP peuvent s'affilier volontairement au titre du risque AT/MP du régime général de la Sécurité sociale.

En revanche, ils ne bénéficient pas de la prestation d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire en cas d'accident du travail (indemnités journalières).

Les modalités d'adhésion à cette assurance volontaire sont détaillées aux articles R. 743-1 à 743-3-5 du code de la Sécurité sociale.

3.1.2.4. Retraité

Les personnes bénéficiaires d'une pension de retraite bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé assurée par le régime obligatoire duquel elles relèvent du fait de leur pension.

La prise en charge des frais de santé des chefs d'exploitation agricoles qui cessent leur activité et bénéficient d'une allocation de préretraite est assurée dans les mêmes conditions que lorsqu'ils étaient en activité jusqu'à l'obtention de l'âge légal de départ à la retraite.

Cas particulier : retraité bénéficiaire d'une pension étrangère

Les personnes titulaires d'une pension étrangère ou les agents retraités d'une organisation internationale qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français ne sont pas couverts au titre de la PUMA (a priori, notamment pension de réversion). Leurs frais de santé sont couverts par le régime étranger ou international duquel ils dépendent.

3.1.3. Cas particulier : poly actif et poly pensionné (double affiliation)

La poly-affiliation vise les assurés qui relèvent de différents régimes obligatoires. Les règles d'affiliation et différentes prestations sont détaillées dans une section dédiée dans le présent document : § Poly affiliation et règles de coordination.

3.1.4. A défaut d'une autre affiliation : la PUMA

À défaut d'affiliation en tant qu'ayant droit, salarié, non salarié, bénéficiaire d'un revenu de remplacement ou d'un maintien temporaire à un ancien régime, l'assuré social est affilié au régime général de la Sécurité Sociale dès lors qu'il réside en France.

En effet, la protection universelle d'assurance maladie (PUMA) s'applique à défaut d'affiliation autre pour garantir la prise en charge des frais de santé.

Il existe toutefois certaines exceptions. Ne sont pas couverts au titre de la PUMA notamment :

- Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de Sécurité sociale ;
- Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;
- Les personnes venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure.

3.1.5. Cas particulier : critères d'extranéité

3.1.5.1. Conflit de législations sociales

En matière internationale, il est primordial de déterminer la législation applicable. En l'absence de convention internationale, une personne peut être socialement rattachée à plusieurs régimes de Sécurité sociale.

En présence d'un assuré respectant les conditions pour être affilié dans deux pays de l'Union européenne, un règlement s'applique afin de garantir l'unicité de la législation sociale applicable (et ce à l'intégralité des revenus de l'assuré).

Ce règlement prévoit notamment que :

- Les personnes exerçant une activité salariée ou non salariée dans un pays sont affiliées dans ce pays ;
- Les fonctionnaires sont affiliés dans le pays de l'administration qui les emploie ;
- Les personnes bénéficiaires de prestations de chômage sont affiliées au pays de l'organisme qui les verse ;
- Les personnes sans activité sont affiliées à la législation sociale de leur pays de résidence.

Il règle également les conflits de résidence sociale :

- une personne qui exerce une activité salariée dans deux ou plusieurs pays relève de la législation :
 - du pays dans lequel elle réside si elle y exerce une partie substantielle de son activité ;
 - OU, à défaut d'exercer une activité substantielle dans son pays de résidence :
 - Si plusieurs activités sont exercées auprès d'un même employeur : du pays dans lequel l'employeur a son siège social ou son siège d'exploitation ;
 - Si les activités sont exercées auprès de plusieurs employeurs ayant leur siège social ou d'exploitation dans le même pays : l'assuré relève de la législation de ce pays ;
 - Si les activités sont exercées et auprès d'un employeur situé dans le pays de résidence et auprès d'un ou plusieurs employeurs situés dans un même autre pays : l'assuré relève de la législation de cet autre pays ;

- Si les activités sont exercées auprès de plusieurs employeurs ayant leur siège social ou d'exploitation dans des pays différents et tiers au pays de résidence : l'assuré relève de la législation applicable à son pays de résidence.
- une personne qui exerce une activité non salariée dans plusieurs pays relève de la législation :
 - du pays dans lequel elle réside si elle y exerce une partie substantielle de son activité ;
 - OU, à défaut d'exercer une activité substantielle dans son pays de résidence : à la législation du pays dans lequel se situe le centre d'intérêts de ses activités.
- une personne qui exerce une activité salariée dans un pays et une activité non salariée dans un autre pays relève de la législation du pays dans lequel elle exerce son activité salariée. Lorsqu'elle est salariée au sein de plusieurs pays, il convient de se référer aux règles précisées ci avant (activité salariée dans deux ou plusieurs pays) ;
- une personne qui exerce en tant que fonctionnaire dans un pays et en tant que salarié et / ou non salarié dans un ou plusieurs pays relève de la législation applicable au pays de l'administration qui l'emploie.

3.1.5.2. Cas particulier : salariés expatriés à l'étranger

Les salariés qui partent travailler à l'étranger dans le cadre d'une expatriation ne relèvent plus d'une affiliation obligatoire en France. Ils peuvent cependant s'affilier volontairement auprès de la caisse des Français de l'étranger (CFE). Pour en savoir plus, voir ci-après § Affiliation volontaire à la caisse des Français de l'étranger.

3.1.5.3. Affiliation volontaire à la caisse des Français de l'étranger (CFE)

Les personnes qui ne sont pas affiliées à un système obligatoire de Sécurité sociale en France conservent la faculté de s'affilier à la caisse des Français de l'étranger (CFE). La CFE est un organisme de Sécurité sociale, de droit privé chargé d'une mission de service public. Elle tire ses ressources des cotisations des adhérents.

Cette affiliation est optionnelle et vient simplement compléter l'affiliation obligatoire de l'assuré.

La législation qui lui est applicable demeure celle déterminée dans les conditions ci avant énoncées.

À ce titre, ils demeurent non affiliés à un régime obligatoire en France. Ils bénéficient dès lors des exonérations de prélèvements sociaux (sur leurs revenus patrimoniaux) applicables aux non-résidents sociaux.

3.1.5.3.1. Conditions

Peuvent s'assurer volontairement à la CFE :

- Les ressortissants (c'est-à-dire les personnes qui relèvent juridiquement de l'autorité d'un pays) d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre

Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) ou de la Confédération suisse ;

- Et qui résident à l'étranger ou dans une collectivité d'Outre-mer ;
- Et qui ne sont pas déjà affiliés à la législation française de Sécurité sociale.

Lors de l'adhésion, il est possible de rattacher au titre de l'assurance volontaire maladie / maternité :

- Son conjoint, partenaire ou concubin (peu importe qu'il soit ressortissant de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse ou non) ;
- Ses enfants, jusqu'à un âge limite qui dépend des garanties et / ou de l'exercice d'une activité professionnelle par ces derniers ;
- Toute personne qui avait qualité d'ayant droit dans le régime obligatoire français dont l'assuré relevait immédiatement avant son adhésion à la CFE et qui respecte encore les conditions pour être qualifié d'ayant droit.

Il est possible d'adhérer à la CFE, même si le demandeur n'a jamais eu de numéro de Sécurité sociale. La CFE lui en attribuera un si son adhésion est validée.

Les travailleurs salariés et collaborateurs assimilés employés à l'étranger peuvent également être affiliés à la CFE sur option de leur employeur. Ce dernier peut prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par ses salariés.

Les collaborateurs assimilés employeurs sont des salariés réguliers et permanents de l'entreprise de droit français et de ses filiales et qui ne sont pas appelés à exercer leur activité professionnelle dans le pays dont ils sont ressortissants.

3.1.5.4.2. Risques couverts

Les affiliés à la CFE peuvent bénéficier de garanties supplémentaires pour les risques maladie et maternité, invalidité, accident du travail et maladie professionnelles ainsi que vieillesse.

La CFE propose :

- Une assurance santé qui garantit la prise en charge de frais de santé. Il est possible de prendre des options supplémentaires pour percevoir des indemnités journalières, invalidité, capital décès, etc ;
- Une assurance retraite qui permet aux salariés de continuer à cotiser pour leur retraite en travaillant à l'étranger ;
- Une assurance risques professionnels qui assure les salariés contre les aléas de la vie au travail.

3.1.5.4.3. Cotisations

Le montant des cotisations est fixé trimestriellement et disponible sur le site cfe.fr.

3.2. Régime complémentaire obligatoire

3.2.1. Salariés et assimilés salariés

Les salariés et assimilés salariés bénéficient d'une prévoyance complémentaire dans le cadre de garanties collectives.

Cette obligation vise tous les salariés et assimilés salariés dès lors que leur employeur est lié par une convention de branche ou un accord professionnel (c'est à dire pratiquement la totalité des salariés, notamment les avocats salariés).

Par ailleurs, les salariés cadres du régime général bénéficient d'une prévoyance obligatoire supplémentaire (1,5 % tranche A). Cette cotisation supplémentaire de l'employeur doit être affectée en priorité à la couverture du risque décès (capital, rentes aux ayants droits, etc.). Le « reliquat » de cotisation finance d'autres risques (selon le contrat, la convention collective, etc.).

Pour en savoir plus sur le régime général des salariés, voir notre Document Prévoyance des salariés et assimilés salariés (régime général) (document à paraître).

3.2.2. Travailleurs indépendants (travailleurs non-salariés TNS)

3.2.2.1. TNS non agricoles

Les travailleurs indépendants non agricoles qui sont affiliés à la SSI ne bénéficient pas d'une prévoyance complémentaire à la Sécurité sociale obligatoire.

3.2.2.2. TNS agricoles

Les travailleurs indépendants agricoles peuvent bénéficier d'une prévoyance complémentaire au titre de certains risques :

- Maladie ;
- Maternité ;
- Vieillesse.
CRPM art. L. 727-1

Ils doivent alors souscrire ces garanties complémentaires auprès de leur MSA.

3.2.2.3. Professions libérales affiliés à la CNAVPL

Les professionnels libéraux affiliés à la CNAVPL bénéficient de garanties complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale grâce à leur caisse de retraite et de prévoyance complémentaire.

La CNAVPL comprend 10 sections professionnelles. Le professionnel libéral est rattaché à la section professionnelle dont sa profession dépend.

Lorsque le professionnel exerce simultanément plusieurs professions libérales, il ne peut être affilié qu'à une seule section professionnelle. Ainsi il convient de

déterminer comme suit (et dans l'ordre de priorité suivant) la section dont il dépend :

Activité exercée en vertu d'une nomination publique

- Si une de ses activités est exercée en vertu d'une nomination par autorité publique (notaire, avocat à la Cour de cassation ou au Conseil d'Etat, huissiers, officiers publics et ministériels, etc.) : il est affilié à cette activité ;
- S'il exerce plusieurs activités en vertu d'une nomination par autorité publique :
 - Si l'une de ses activités est notaire : il est affilié à la section professionnelle des notaires, et ce à compter de la prestation de serment en cette qualité ;
 - Si aucune de ses activités est notaire : il est affilié à la section dont relève l'activité exercée en vertu de la première nomination.

Activité qui relève d'un ordre professionnel sans nomination publique

- Si une de ses activités relève d'un ordre professionnel (par exemple : médecins, experts-comptables, pharmaciens, etc.) : il est affilié à cette section professionnelle ;
- S'il exerce plusieurs activités relevant d'un ordre professionnel, il est affilié à la section professionnelle qu'il exerçait en premier. S'il commence à exercer plusieurs activités simultanément, il relève alors de la section professionnelle qui l'inscrit en premier en tant qu'assuré. Il dispose toutefois d'un délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre recommandée lui ayant été adressée par la section la plus « diligente » l'informant de son affiliation d'office pour demander à être affilié à une autre section professionnelle (relevant d'un ordre professionnel).

Activité exercée sans ordre professionnel et sans nomination publique

S'il exerce plusieurs activités et qu'aucune n'est exercée en vertu d'une nomination par autorité publique ou ne relève d'un ordre professionnel, il est affilié à la section professionnelle qu'il exerçait en premier.

S'il commence à exercer plusieurs activités simultanément, il relève alors de la section professionnelle qui l'inscrit en premier en tant qu'assuré. Il dispose toutefois d'un délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre recommandée lui ayant été adressée par la section la plus « diligente » l'informant de son affiliation d'office pour demander à être affilié à une autre section professionnelle.

3.2.2.4. Avocats

Les avocats peuvent bénéficier d'une protection complémentaire, qui dépend du barreau dans lequel ils sont inscrits.

Leur régime de prévoyance complémentaire est géré :

- soit par l'AON ;
- soit par la LPA (la prévoyance des avocats).

3.2.3. Assurés sans activité professionnelle - portabilité

3.2.3.1. Enfant

Selon les conditions de complémentaire santé, les enfants d'un assuré social peuvent bénéficier des prestations du contrat de leurs parents en qualité d'ayant droit.

En présence d'un salarié, il convient de consulter les conditions de sa mutuelle d'entreprise pour étudier s'il est possible d'y rattacher un bénéficiaire (enfant majeur, mineur, etc.).

3.2.3.2. Conjoint d'un assuré social

Selon les conditions de complémentaire santé, le conjoint d'un assuré social (marié, pacsé, voire concubin) peut bénéficier des prestations du contrat de son conjoint en qualité d'ayant droit.

En présence d'un salarié, il convient de consulter les conditions de sa mutuelle d'entreprise pour étudier s'il est possible d'y rattacher un bénéficiaire.

3.2.3.3. Anciens affiliés à un contrat de prévoyance complémentaire

Au cas par cas, il convient de se référer à la convention collective ou au contrat de prévoyance complémentaire duquel bénéficiait l'assuré pour analyser s'il existe des cas de maintien d'affiliation et le cas échéant leurs conditions (durée, garanties couvertes, cotisations dues).

3.2.3.3.1. Maintien des garanties du contrat collectif pour les demandeurs d'emploi

Les assurés ayant cessé leur contrat de travail peuvent bénéficier d'un maintien des garanties de leur contrat collectif dans les conditions suivantes :

- la cessation du contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde ;
- la cessation du contrat ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- les droits à remboursement complémentaires ont bien été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Dans ce cas, les anciens salariés bénéficient (ainsi que leurs ayants droit) des garanties prévues en matière de maladie, maternité, invalidité et décès (dont frais de santé). Les indemnités perçues ne peuvent être d'un montant supérieur à ce que l'assuré aurait perçu au titre des allocations chômage.

L'affiliation est maintenue gratuitement, dès la cessation du contrat de travail et pour une durée limitée (exprimée en mois et arrondie au mois supérieur). La durée de portabilité des garanties est triplement plafonnée, on retient la durée la plus courte entre :

- la durée d'indemnisation chômage ;

- la durée du dernier contrat de travail (ou des derniers contrats s'ils sont consécutifs chez le même employeur).

3.2.3.3.2. Maintien des contrats collectifs "frais de santé" pour les demandeurs d'emplois, retraités et bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité

Les salariés qui rompent leur contrat de travail ont droit à un maintien de leurs garanties au titre des frais de santé (remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident).

En d'autres termes, les anciens salariés ont droit à un maintien d'affiliation à leur mutuelle d'entreprise s'ils perçoivent :

- une pension de retraite ;
- un revenu de remplacement (ARE, ASS, etc.) ;
- une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente.

Les conditions de ce maintien d'affiliation sont fixées par les contrats ou conventions de mutuelle d'entreprise (tarifs, prestations, etc.).

Notamment, les tarifs proposés peuvent être supérieurs à ceux appliqués aux salariés actifs.

Pour en bénéficier, l'ancien salarié doit en faire la demande :

- s'il est demandeur d'emploi bénéficiant d'un maintien des garanties de leur contrat collectif (voir ci avant), dans les 6 mois qui suivent l'expiration du maintien temporaire de ses garanties ;
- dans tous les autres cas, dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail.

Dans les deux cas, l'organisme assureur adresse un courrier à l'ancien salarié au plus tard 4 mois avant la date limite. Le maintien des garanties prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

3.2.4. Tous les assurés (sous conditions de ressources)

Tout assuré ayant des ressources modestes (conditions de ressources) peut demander une protection complémentaire en matière de santé. Il s'agit de la complémentaire santé solidaire, ou C2S, financée par l'Etat, qui indemnise le reste à charge au titre des frais de santé.

La complémentaire santé solidaire n'est pas automatique : elle nécessite une demande de l'assuré. Elle peut, selon les ressources du foyer, exiger ou non une participation financière de la part de l'assuré (1 € par jour et par personne maximum). Les frais de santé n'ont pas à être avancés par l'assuré car la C2S bénéficie du tiers payant.

La **C2S** est similaire à une mutuelle. Elle a été créée en 2019 pour remplacer la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

La C2S est accessible :

- Sans acquitter de participation financière lorsque les ressources du foyer sont inférieures à un plafond fixé par arrêté et révisé tous les ans. Depuis le 1er avril 2025, ces plafonds (annuels) sont fixés à :

Nombre de personnes dans le foyer	Métropole	Guyane, Guadeloupe, Martinique, la Réunion, St Barthelemy, St Martin (*)
1 personne	10 339 €	11 507 €
2 personnes (**)	15 508 €	17 260 €
3 personnes (**)	18 609 €	20 712 €
4 personnes (**)	21 711 €	24 164 €
Au-delà de 4 personnes (**)	+ 4 135 € par personne supplémentaire	+ 4 603 € par personne supplémentaire

(*) les plafonds correspondent aux plafonds en métropole majorés de 11,3 %

(**) le plafond est majoré de 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer, 30 % au titre de la 3 et de la quatrième, 40 % au-delà. En cas de résidence alternée, les taux sont réduits de moitié

- ou en contrepartie d'une cotisation (1 € par jour et par personne maximum) lorsque les ressources du foyer sont comprises entre le plafond mentionné ci-dessus et ce même plafond majoré de 35 %.

Les modalités d'appréciation des conditions de ressources sont détaillées des articles R. 861-4 à R. 861-15-3 du code de la Sécurité sociale. Les ressources des travailleurs indépendants font l'objet de modalités particulières.

Le bénéfice de la C2S est ouvert :

- aux bénéficiaires du RSA (revenu de solidarité active), sauf option contraire de leur part. En pratique, suite à une demande de RSA, les allocataires n'ont ainsi plus à solliciter la C2S, ils en bénéficient de plein droit, sans aucune démarche préalable ;
- aux bénéficiaires de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Les allocataires bénéficient désormais d'une présomption de droit à la C2S avec participation financière. La présomption de droit à la C2S participative simplifie leur démarche de demande de la C2S.
- aux jeunes de moins de 25 ans vivant sous le même toit qu'un bénéficiaire du RSA. Les jeunes qui ne sont pas considérés à charge du bénéfice du RSA ne peuvent pas actuellement bénéficier de la C2S ;
- au conjoint, partenaire ou concubin du bénéficiaire de l'ASPA. La présomption de droit à la C2S participative leur est étendue, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle ;

- aux bénéficiaires de l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) ainsi que leur conjoint, partenaire de PACS ou concubin à la condition que ce dernier n'ait pas exercé d'activité (salarisée ou indépendante) pendant une période de référence, depuis le 1^{er} janvier 2025 ;
- aux bénéficiaires de l'AAH (allocation adulte handicapé), à compter du 1^{er} juillet 2025 (au plus tard), sous réserve qu'ils remplissent l'ensemble des conditions suivantes :
 - l'AAH leur est versée à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ;
 - ils vivent seuls ;
 - ils n'ont pas d'enfant à charge ;
 - ils n'ont pas exercé d'activité salariée, indépendante ou dans un établissement ou service d'aide par le travail pendant une période de référence ;
- aux bénéficiaires de l'ASS (allocation de solidarité spécifique) vivant seuls et sans enfant à charge, à compter du 1^{er} juillet 2026 (au plus tard) ;
- aux bénéficiaires de l'allocation du contrat d'engagement jeune (CEJ) à condition qu'ils constituent ou soient rattachés à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu, à compter du 1^{er} juillet 2026 (au plus tard).

Renouvellement de la C2S

La demande de renouvellement est déposée au plus tôt quatre mois et au plus tard deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée initialement.

Certaines personnes bénéficient d'un renouvellement automatique (bénéficiaires du RSA notamment).

Expiration du droit à la C2S

Les organismes complémentaires gestionnaires doivent proposer aux assurés pendant une durée de 12 mois suivants + leur sortie du dispositif, un contrat santé responsable dont le tarif maximal encadré réglementairement, avec un montant variant en fonction de l'âge.

Décès du bénéficiaire

Au décès du demandeur, les membres du foyer continuent à être couverts par le bénéfice de la C2S jusqu'à l'expiration du droit initial.

4. Prestations

Les prestations de prévoyance dont un assuré peut bénéficier varient selon :

- Le régime de Sécurité sociale d'affiliation (régime obligatoire de base) ;
- Les modalités d'affiliation à ce régime, en lien avec son activité professionnelle.
- La présence d'une prévoyance complémentaire (obligatoire ou facultative) et les garanties de cette dernière ;
- La présence d'une prévoyance individuelle et les garanties de cette dernière.

4.1. Pour tous les assurés : prise en charge des frais de santé

Le seul socle commun est la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, par l'Assurance maladie (branche maladie de la Sécurité sociale), pour tous les assurés.

Cette protection sociale couvre notamment, partiellement ou totalement :

- Les frais de médecine générale et spéciale ;
- Les frais d'examens de biologie médicale ;
- Les frais d'hospitalisation ;
- La couverture de certains médicaments et contraceptifs ;
- Certains frais de transport pour recevoir des soins ou des examens ;
- Les frais d'examen, médicaux, d'examens biologiques et d'hospitalisation relatifs à une grossesse ;
- Les frais de soin et de transport des personnes âgées et handicapées dans des établissements spécialisés ;
- Les frais d'hébergement et de traitement des personnes handicapées dans des maisons d'accueil spécialisées ;
- Etc.

En principe, une participation de l'assuré est requise mais peut être nulle selon :

- Les soins pris en charge ;
- La condition de l'assuré (état de santé, âge, ressources, etc.).

Un montant fixe de dépenses de santé (appelé franchise annuelle) peut être laissé à la charge de l'assuré, sans remboursement par l'Assurance maladie. Cette franchise peut être supprimée selon sa situation (état de santé, âge, ressources, etc.).

L'assuré peut être amené à avancer les frais de santé, et à n'en obtenir remboursement par l'Assurance maladie qu'ultérieurement.

Les grilles de remboursement par type de prestations sont disponibles sur le site [ameli.fr](https://www.ameli.fr). Elles peuvent varier selon le régime d'affiliation à la Sécurité sociale.

4.2. Autres prestations par statut d'assuré

4.2.1. Salarié ou assimilé salarié (régime général)

Les salariés et assimilés salariés bénéficient de prestations à plusieurs niveaux :

- Celles du régime général de la Sécurité sociale ;
- Celles du régime complémentaire obligatoire, dont le minimum est fixé par la loi et peut être complété par un accord de branche ou une convention collective ;
- Eventuellement, celles du régime complémentaire facultatif mis en place par l'employeur ;
- Eventuellement, celles d'un contrat de prévoyance individuelle souscrit personnellement par l'assuré.

4.2.2. Travailleur indépendant non agricole (TNS)

Les travailleurs non-salariés non agricoles (TNS) bénéficient de prestations à plusieurs niveaux :

- Celles du régime général de la Sécurité sociale ;
- Celles du régime complémentaire obligatoire (en fonction de leur section professionnelle) ;
- Eventuellement, celles d'un contrat de prévoyance individuelle souscrit personnellement par l'assuré.

4.2.3. Assurés sans activité professionnelle (bénéficiaires de la PUMA)

4.2.3.1. Régime de base de la Sécurité Sociale

Sauf maintien d'affiliation temporaire (voir § Bénéficiaire ayant cessé une activité professionnelle), les personnes qui sont affiliées au régime général de la Sécurité sociale au titre de la Protection universelle maladie (PUMA) ne bénéficient que de la prise en charge de leurs frais de santé.

Elles ne bénéficient d'aucune autre prestation.

4.2.3.2. Prévoyance complémentaire : portabilité

En présence d'un ancien salarié, ce dernier peut continuer à bénéficier, pendant un certain temps, du contrat de prévoyance complémentaire mis en place par son ancien employeur.

4.2.4. Salariés ou assimilés salariés agricoles

Les salariés et assimilés salariés agricoles bénéficient de prestations à plusieurs niveaux :

- Celles du régime agricole de la Sécurité sociale (MSA) ;

- Celles du régime complémentaire obligatoire, dont le minimum est fixé par la loi et peut être complété par un accord de branche ou une convention collective ;
- Eventuellement, celles du régime complémentaire facultatif mis en place par l'employeur ;
- Eventuellement, celles d'un contrat de prévoyance individuelle souscrit personnellement par l'assuré.

4.2.5. Travailleurs indépendants agricoles (TNS agricole)

Les travailleurs non-salariés agricoles bénéficient de prestations à plusieurs niveaux :

- Celles du régime agricole de la Sécurité sociale ;
- Eventuellement, celles d'un contrat de prévoyance individuelle souscrit personnellement par l'assuré.

Ils ne bénéficient pas de prestations au titre d'une prévoyance complémentaire obligatoire.

4.2.6. Agents de la fonction publique

Pour rappel, les agents publics relèvent de trois grands régimes d'affiliation :

- Les fonctionnaires ;
- Les agents titulaires de droit public ou privés (agents contractuels) ;
- Les autres agents titulaires (magistrats, fonctionnaires des assemblées parlementaires, militaires, etc.).

4.2.6.1. Fonctionnaires

Les fonctionnaires sont eux-mêmes regroupés en trois catégories :

- Les fonctionnaires de l'Etat (régime détaillé ci-dessous) ;
- Les fonctionnaires territoriaux :
 - A temps complet ou à temps non complet (emploi créé pour une durée de travail inférieure à la durée légale) effectuant plus de 28 heures hebdomadaires (régime des fonctionnaires de l'Etat, détaillé ci-dessous) ;
 - A temps non complet et effectuant moins de 28 heures hebdomadaires : ces derniers sont affiliés au régime général de la Sécurité sociale. Ils bénéficient toutefois des prestations en matière de maladie grave et d'accident de service ou de maladie professionnelle des fonctionnaires de l'Etat (régime détaillé ci-dessous). Les prestations du régime général viennent alors en déduction ou en complément des prestations du régime spécial ;

4.2.6.1.1. Régime de base de la Sécurité Sociale

La prévoyance obligatoire au titre de la Sécurité sociale des fonctionnaires de l'Etat prévoit différentes prestations et est régie par le code général de la fonction publique.

Maladie / accident / invalidité (toutes causes hors professionnelles)

Selon la gravité de la maladie, le fonctionnaire peut bénéficier de prestations en espèces au titre de trois types congés.

Congés de maladie

Principe

Lorsqu'une maladie est constatée et empêche le fonctionnaire d'exercer ses fonctions, celui-ci bénéficie des congés de maladie dans la limite d'un an (sur 12 mois consécutifs).

La rémunération durant ce congé est maintenue à hauteur de :

- 100 % pendant les 3 premiers mois ;
- Puis, 50 % durant les 9 mois suivant.

Exception

Lorsque la maladie résulte de blessures, ou qu'elle a été contractée ou aggravée à l'occasion d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant sa vie pour sauver celle d'autrui, le fonctionnaire bénéficie de 100 % de sa rémunération jusqu'à :

- sa reprise de fonction ;
- ou, à défaut, jusqu'à sa mise en retraite.

Il bénéficie également d'une prise en charge au titre des honoraires médicaux et frais directement liés à la maladie ou à l'accident.

Congés de longue maladie

Lorsqu'une maladie est constatée et :

- Empêche le fonctionnaire d'exercer ses fonctions ;
- ET nécessite un traitement et des soins prolongés ;
- ET présente un caractère invalidant et une gravité confirmée,

le fonctionnaire bénéficie de congés de longue maladie pendant une durée maximale de 3 ans. Si le fonctionnaire a déjà bénéficié d'un tel congé, il doit avoir repris ses fonctions pendant au moins 1 an pour y prétendre à nouveau.

La rémunération durant ce congé est maintenue à hauteur de :

- 100 % pendant 1 an ;
- Puis, 50 % durant les 2 années suivantes.

Congés de longue durée

Le fonctionnaire bénéficie d'un congé de longue durée lorsqu'il est atteint de l'une des pathologies suivantes :

- Tuberculose ;

- Maladie mentale ;
- Affection cancéreuse ;
- poliomyélite ;
- Déficit immunitaire grave et acquis.

Le congé de longue durée est, en principe, accordé à l'issue d'un an de congé de longue maladie. Le fonctionnaire peut toutefois demander à être maintenu en congé de longue maladie, s'il le souhaite.

La rémunération durant ce congé est maintenue à hauteur de :

- 100 % pendant 3 ans ;
- Puis, 50 % pendant les 2 années suivantes.

Maladie professionnelle / accident de service

Le fonctionnaire bénéficie de prestations particulières en cas :

- D'accident, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière non liée à l'activité professionnelle :
 - Accident de service : survenu sur le lieu et pendant le temps de service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
 - Accident de trajet : survenu lors du trajet habituel entre le lieu de travail et sa résidence (ou son lieu de restauration), dans le temps normalement nécessaire pour ce trajet ;
- De maladie professionnelle (reconnue dans les mêmes conditions que le régime général, voir § Lexique, maladie professionnelle).

Dans ces situations, il bénéficie d'une prise en charge au titre des honoraires médicaux et frais directement liés à la maladie ou à l'accident.

Congé pour invalidité temporaire

Le fonctionnaire bénéficie d'un congé pour invalidité temporaire (reconnue suite à un examen médical).

La rémunération durant ce congé est maintenue à hauteur de 100 % jusqu'à :

- Sa reprise de fonction ;
- Ou, à défaut, jusqu'à sa mise en retraite.

Allocation temporaire d'invalidité (ATI)

Lorsqu'un accident de service entraîne une incapacité permanente d'au moins 10 %, ou en cas de maladie professionnelle, le fonctionnaire qui reprend son activité peut percevoir une allocation temporaire d'invalidité. Celle-ci est cumulable avec sa rémunération.

Elle est accordée pour une durée initiale de 5 ans.

À l'issue de cette période, les droits peuvent être renouvelés, sans limitation de durée (viagère), en fonction de l'évolution de la situation. Son montant correspond au taux d'invalidité multiplié par le traitement (rémunération) brut afférent à l'indice brut 100. Il convient alors de chercher, selon la profession de l'agent, l'indice majoré correspondant à un indice brut 100 afin de multiplier ce dernier par son taux d'invalidité.

Maternité / paternité / naissance

Le statut de fonctionnaire ouvre droit à différentes prestations en cas d'arrivée d'un enfant :

- Congé de maternité ;
- Congé de naissance de 3 jours ;
- Congé pour l'arrivée d'un enfant en vue de son adoption de 3 jours ;
- Congé d'adoption d'une durée comprise entre 16 et 22 semaines
- Congé de paternité et d'accueil de l'enfant, dans les mêmes conditions que les salariés. Durant ces congés, le fonctionnaire conserve 100 % de sa rémunération

Décès

Capital

En cas de décès, les ayants droit du fonctionnaire perçoivent un capital.

Pour les fonctionnaires de l'Etat, le capital est versé :

- Pour un tiers :
 - Au conjoint (époux) / partenaire de PACS depuis au moins 2 ans du défunt ;
 - A défaut : aux enfants éligibles, dans les conditions ci-après exposées ;
- Pour deux tiers :
 - Aux enfants du défunt, nés et vivants au jour de son décès ;
 - **ET :**
 - Légitimes, naturels ou adoptifs, âgés de moins de 21 ans OU infirmes ET non imposables du fait de leur patrimoine à l'IR ;
 - OU recueillis et à la charge du défunt au jour de son décès ET âgés de moins de 21 ans ou infirmes ;
 - A défaut : au conjoint ou partenaire de PACS depuis 2 ans.
- À défaut : aux ascendants à la charge du défunt au moment du décès.

Son montant est égal à :

Statut du fonctionnaire	Montant du capital décès	Référence juridique
Fonctionnaires de l'Etat	<p><u>Dernière rémunération brute annuelle</u>, calculée selon l'indice au jour du décès. <u>Réduit</u> à ¼ si le défunt a dépassé l'âge légal de départ à la retraite (sauf pour les fonctionnaires civils de l'Etat) Pour en savoir plus sur la notion d'indice, voir l'encadré Rappel de la section § Allocation temporaire d'invalidité (ATI)</p>	<p>CSS art. D. 712-24-2 Décret 17 juin 2024 n° 2025-555, art. 12</p>
Fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers (de la fonction hospitalière)	<p>Selon leur affiliation (voir ci-dessus, préambule § Fonctionnaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit <u>aligné sur le régime des fonctionnaires de l'État</u> (ci-dessus) ; • soit sur le <u>régime général de la Sécurité sociale</u>. <p>Voir notre Document Prévoyance des salariés et assimilés salariés (régime général) (<i>document à paraître</i>).</p>	<p>CSS art. D. 712-19 et s.</p>

Pour les fonctionnaires de l'Etat, le montant du capital est triplé lorsque le décès survient à la suite :

- D'un accident de service ou d'une maladie professionnelle ;
- D'un attentat ;
- D'une attaque en lien avec le service ou sa fonction ;
- D'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'autrui.

Rente temporaire d'éducation (uniquement fonctionnaire civil de l'Etat)

L'enfant ayant droit du fonctionnaire de l'Etat décédé bénéficie d'une rente temporaire d'éducation, sous conditions.

La rente temporaire est versée mensuellement du premier jour du mois suivant le décès de l'assuré jusqu'au :

- 18^{ème} anniversaire de l'enfant à charge effective de l'assuré (notamment enfant appartenant au foyer fiscal de l'assuré). Elle est égale à 5 % du PMSS ;
- Ou 27^{ème} anniversaire de l'enfant à charge effective de l'assuré (notamment enfant appartenant au foyer fiscal de l'assuré) s'il poursuit des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ou qu'il est titulaire d'un contrat d'apprentissage ou d'alternance. Elle est égale à 15 % du PMSS. Voir notre Document

4.2.6.1.2. Prévoyance complémentaire

Fonction publique d'Etat : fonctionnaires et agents contractuels

Depuis le 25 avril 2022, les fonctionnaires et agents de la fonction publique d'Etat bénéficient d'une protection complémentaire obligatoire fixant un seuil minimal de prestations.

Les garanties minimales sont précisées :

- En matière de frais de santé (mutuelle à adhésion obligatoire) : dans l'arrêté du 30 mai 2022 et dans l'accord interministériel relatifs à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique d'Etat ;
- En matière de prestations en espèces au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité (adhésion facultative, indemnités journalières notamment) : dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 ;
- En matière de prestations en espèces en cas de longue maladie, d'une invalidité d'origine non professionnelle ou de décès (adhésion facultative) : dans le décret n°2024-678 du 4 juillet 2024.

Fonction publique territoriale : fonctionnaires et agents contractuels

Depuis le 1^{er} mars 2022, les fonctionnaires et agents de la fonction publique territoriale bénéficient d'une protection complémentaire obligatoire (pour l'employeur) fixant un seuil minimal de prestations.

Les garanties minimales sont précisées :

- en matière de frais de santé (mutuelle) : par renvoi aux règles applicables aux salariés du régime général ;
- en matière de prestations en espèces au titre de l'incapacité, de l'inaptitude, de l'invalidité ou du décès : dans le décret n°2022-581 du 20 avril 2022.

Sauf décision contraire, l'adhésion du fonctionnaire ou de l'agent à ces garanties est facultative.

Fonction publique hospitalière : fonctionnaires et agents contractuels

À compter du 1^{er} janvier 2026, les fonctionnaires et agents contractuels devraient bénéficier d'une mutuelle et de prestations en espèces complémentaires.

Les garanties de ces contrats devront à minima couvrir :

- Des prestations en nature pour un panier de soins (mutuelle) avec une prise en charge d'au moins 50 % par l'employeur ;
- des prestations en espèces dans le cadre de congés de maladie ou d'invalidité.

Depuis le 1^{er} mars 2022, les fonctionnaires et agents de la fonction publique territoriale bénéficient d'une protection complémentaire obligatoire (pour l'employeur) fixant un seuil minimal de prestations.

Les garanties minimales sont précisées :

- En matière de frais de santé (mutuelle) : par renvoi aux règles applicables aux salariés du régime général ;
- En matière de prestations en espèces au titre de l'incapacité, de l'inaptitude, de l'invalidité ou du décès (indemnités journalières, etc.) : dans le décret n°2022-581 du 20 avril 2022.
Sauf décision contraire, l'adhésion du fonctionnaire ou de l'agent à ces garanties est facultative.

4.2.6.2. Agents contractuels

Les agents contractuels visent :

- les agents contractuels de l'Etat ;
- les agents contractuels de la fonction publique territoriale ;
- les agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

4.2.6.2.1. Régime de base de la Sécurité Sociale

Ces derniers sont couverts par le régime général de la Sécurité sociale mais leur statut leur permet également d'accéder, en outre, à certaines prestations du régime des fonctionnaires.

Ces prestations sont versées déduction faite des prestations du régime général de la Sécurité sociale.

:

Type de prestation	Fonction publique de l'État	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière
Maintien partiel du traitement en congé maladie	Décret n°86-83 du 17/01/1986, art. 12	Décret n°88-145 du 15/02/1988, art. 7	Décret n°91-155 du 06/02/1991, art. 10
Maintien total puis partiel du traitement en congé pour grave maladie	Décret n°86-83 du 17/01/1986, art. 13	Décret n°88-145 du 15/02/1988, art. 8	Décret n°91-155 du 06/02/1991, art. 11
Maintien total du traitement en congé pour maladie professionnelle ou accident du travail	Décret n°86-83 du 17/01/1986, art. 14 (+ prestations du régime général à l'issue)	Décret n°88-145 du 15/02/1988, art. 9	Décret n°91-155 du 06/02/1991, art. 12
Maintien total du traitement en congés maternité / paternité / naissance / adoption	Décret n°86-83 du 17/01/1986, art. 15	Décret n°88-145 du 15/02/1988, art. 10	Décret n°91-155 du 06/02/1991, art. 13
Capital décès pour les agents contractuels de l'Etat + rente temporaire d'éducation	Décret n°2024-555 du 17/01/2024, art. 1, 17 et 18	Prestations du régime général Voir notre Document Prévoyance des salariés et assimilés salariés (régime général) (<i>document à paraître</i>).	

4.2.6.2. Régime complémentaire obligatoire

Les agents contractuels bénéficient, selon le versant de la fonction publique (État, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière), des mêmes prestations de prévoyance complémentaire que les fonctionnaires titulaires relevant de cette même catégorie.

Les prestations complémentaires garanties en matière d'incapacité de travail, d'invalidité d'origine non professionnelle ou de décès sont également applicables, depuis le 24 juillet 2025, aux ouvriers de l'Etat affiliés au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

4.2.7. Régimes spéciaux (hors agents de la fonction publique)

Les régimes spéciaux prévoient chacun des prestations spécifiques, définies par leur propre statut au titre de la Sécurité sociale (non traitées dans ce document). Des contrats de prévoyance complémentaire peuvent, le cas échéant, compléter ces prestations.

Selon le statut de l'assuré, il est nécessaire de consulter :

- les caisses de prévoyance de base ;
- les accords de branche en matière de prévoyance ;
- les contrats collectifs de mutuelle proposés par l'employeur.

5. Poly affiliation et règles de coordination

5.1. Règles d'affiliation

La poly-affiliation vise les assurés qui relèvent de différents régimes obligatoires. Par exemple, une personne affiliée en tant que travailleur non salarié (TNS) du régime général et dans le même temps salarié d'un régime spécial est poly affiliée. Néanmoins, le fait d'avoir plusieurs activités ou employeurs n'implique pas nécessairement de poly affiliation.

5.1.1. Principe

Il a poly affiliation en présence :

- Soit d'une personne qui exerce plusieurs activités : on parle alors de poly actif ;
- Soit d'une personne qui perçoit plusieurs pensions (invalidité, retraite sauf réversion) servies par :
 - Un ou plusieurs régimes salariés ;
 - Et / ou un ou plusieurs régimes non-salariés.

On parle de poly pensionné.

En principe, lorsqu'une personne est poly active et poly pensionnée, elle est affiliée

au titre de ces différentes activités, cotise pour différents régimes obligatoires et bénéficie en contrepartie des prestations auprès de chaque régime.

Toutefois, ses frais de santé (prestations en nature de la Sécurité sociale) ne sont pris en charge que par une seule caisse. Ces derniers sont versés par l'organisme duquel l'assuré relevait avant la situation de cumul, c'est-à-dire :

- Pour un poly actif: le régime obligatoire de la première activité professionnelle ;
- Pour un poly pensionné: le régime obligatoire de la dernière activité professionnelle exercée en cas d'invalidité / retraite ou, lorsque la date d'effet des pensions est différente, de l'organisme qui verse la première pension.

5.1.2. Cas particulier : travailleur non salarié (TNS) exerçant plusieurs activités indépendantes

Lorsqu'un indépendant exerce simultanément une activité agricole et / ou une activité non agricole et / ou une activité libérale affiliée à la CNAVPL, il n'est affilié qu'à un seul régime. Il cotise alors sur l'intégralité de ses revenus (toutes activités confondues) dans un seul régime et ne bénéficie que des prestations de ce seul régime.

S'il exerce une activité de manière permanente et l'autre de manière saisonnière, il n'est affilié qu'au régime obligatoire de son activité permanente dès le jour où la situation de cumul débute.

S'il exerce deux activités de manière permanente : il est affilié au régime obligatoire de l'activité la plus ancienne, sauf option pour l'autre activité. Pour opter pour une affiliation au titre de l'activité la plus « récente », les conditions suivantes doivent être respectées :

- Les deux activités doivent avoir été concomitamment réalisées sur 3 années civiles ;
- L'activité qu'il souhaite retenir pour déterminer le régime d'affiliation de l'assuré est celle qui procure le chiffre d'affaires / recettes hors taxes les plus élevées sur les 3 dernières années.

Aucune condition de forme n'est requise, dès lors que l'assuré peut rapporter la preuve de sa date de réception.

Le changement d'affiliation au titre de la nouvelle activité prend effet le 1^{er} janvier de l'année qui suit la formulation de l'option (pour 2 activités cumulées pour la première fois en 2025, le changement d'affiliation ne peut être demandé qu'à compter de l'année 2028 (car il faut 3 ans d'activité) et s'applique dès le 1^{er} janvier 2029).

5.1.3. Cas particulier : salarié du régime général et d'un régime spécial

Lorsqu'un salarié relève successivement ou simultanément du régime général et d'un régime spécial, il est affilié et cotise auprès des différents régimes. Il bénéficie en contrepartie des prestations auprès de chaque régime.

Lorsque le régime spécial auquel l'assuré est affilié ne prévoit pas de prestations en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'assuré bénéficie des prestations en présence d'un accident réalisé dans le cadre de son activité « régime général » mais les prestations ne sont calculées qu'en tenant compte des salaires perçus dans le cadre de cette activité.

5.1.4. Cas particulier : TNS agricole et autre activité professionnelle (hors TNS non agricole)

Lorsqu'un travailleur indépendant agricole, en activité, ancien exploitant ou titulaire d'une pension d'invalidité, exerce une autre activité professionnelle, il est affilié et cotise auprès des différents régimes (sauf cas particulier, voir § travailleur non salarié (TNS) agricole et non-agricole).

Le droit aux prestations est ouvert dans le régime dont relève l'activité principale de l'assuré. Toutefois, si le TNS agricole exerce par ailleurs une activité salariée lui permettant de percevoir des IJ (conditions de durée de travail et de cotisations versées), l'assuré perçoit les prestations en espèce de ce régime.

5.2. Prestations

5.2.1. Principe

Pour tous les cas de double affiliation, et sauf règles particulières, l'assuré a droit aux prestations en espèces des différents régimes dès lors qu'il respecte les conditions pour en bénéficier au titre de chaque affiliation (excepté en présence d'un TNS agricole). Chaque régime calcule en principe les prestations à verser selon ses propres règles, et indépendamment de l'affiliation dans l'autre régime : conditions d'attribution, durée d'indemnisation et revenus professionnels retenus.

Toutefois, des règles particulières s'appliquent selon les régimes de l'assuré et les prestations visées.

5.2.2. Cas particuliers : prestations en cas de maladie / maternité

5.2.2.1. Assurés du régime général ET / OU du régime agricole

En présence d'un assuré du régime général et / ou agricole, les conditions d'affiliation / de cotisations / de durée de travail préalables sont appréciées au regard de l'ensemble des activités du régime général et / ou agricole (TNS, salarié du régime général, salarié agricole).

5.2.2.1.1. Cas particulier : salarié du régime général ET salarié agricole

Par ailleurs, lorsque l'assuré a la qualité de salarié au titre du régime général et du régime agricole, les indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire

sont calculées en tenant compte de ses deux activités et lui sont servies sous forme d'une indemnité journalière unique.

5.2.2.1.2. Cas particulier : travailleur non agricole ET salarié du régime général OU agricole

Lorsque l'assuré exerce une activité en tant que travailleur non salarié agricole, ses prestations sont calculées conformément aux règles applicables à son activité principale, c'est-à-dire l'activité la plus ancienne ou celle qui génère le plus de revenus.

Toutefois, lorsque son activité principale est celle de travailleur non salarié (TNS) agricole, et qu'il exerce à titre secondaire une activité salariée, il bénéficie en complément des indemnités journalières du régime des salariés (calculées compte tenu des revenus de son activité salariée).

5.2.2.2. Assurés relevant d'un régime spécial ET du régime général OU agricole

En présence d'un assuré qui relève d'un régime spécial et du régime agricole ou général, les indemnités journalières maladie et maternité ne sont calculées qu'en tenant compte des rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime concerné : chaque régime calcule ses prestations indépendamment de l'autre affiliation.

5.2.3. Cas particuliers : prestations en cas d'accident du travail / maladie professionnelle

5.2.3.1. Assuré relevant du régime des non-salariés agricoles ET du régime des salariés agricoles OU du régime général

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un TNS agricole qui exerce par ailleurs une activité salariée, ce dernier a droit :

- si l'accident du travail ou la maladie professionnelle provient de l'activité non salariée agricole :
 - aux prestations AT/MP prévues dans le cadre du régime agricole des travailleurs non-salariés ;
 - ET aux indemnités journalières du régime de son activité salariée (agricole ou non). Ce sont les indemnités journalières « classiques » qui lui sont versées et non les prestations liées à un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- si l'accident du travail ou la maladie professionnelle provient de l'activité salariée (agricole ou non) :
 - aux prestations AT/MP prévues dans le cadre du régime de son activité salariée ;
 - ET aux indemnités journalières du régime de son activité non salariée agricole. Ce sont les indemnités journalières « classiques » qui lui sont versées et non les prestations liées à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

5.2.3.2. Assuré relevant d'un régime spécial ET du régime général en tant que salarié

L'assuré salarié du régime général et d'un régime spécial bénéficie des prestations AT/MP du régime duquel relève l'activité effectuée au moment de l'accident.

Si l'accident intervient durant l'activité qui dépend du régime général (prestations AT/MP du régime général) et que :

- l'assuré bénéficie d'indemnités journalières maladie au titre du régime spécial: ces dernières sont réduites de la fraction d'IJ (calculée sur l'ensemble des rémunérations) qui correspond à la rémunération perçue au titre du régime spécial ;
- l'assuré bénéficie d'une pension d'invalidité au titre du régime spécial, la pension d'invalidité peut être réduite si elle résulte de l'accident du travail dans le régime général. Le cumul des prestations AT/MP du régime général et de la pension d'invalidité du régime spécial est de 80 % du salaire perçu au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par un travailleur valide de la catégorie à laquelle il appartenait dans son régime spécial

Si l'accident intervient durant l'activité qui dépend d'un régime spécial (prestations AT/MP d'un régime spécial) et que l'assuré bénéficie d'une pension d'invalidité au titre du régime général, celle-ci peut être réduite si elle résulte de l'accident du travail dans le régime spécial. Le cumul des prestations AT/MP du régime spécial et de la pension d'invalidité du régime général est de 80 % du salaire perçu au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par un travailleur valide de la catégorie à laquelle il appartenait dans son régime général.

5.2.4. Cas particulier : prestations en cas d'invalidité

Lors de la réalisation du risque d'invalidité, des règles particulières s'appliquent aux assurés qui ont exercé des activités relevant de différents régimes afin de calculer une pension dite coordonnée.

Tout d'abord, les conditions d'ouverture du droit à prestation pour un assuré qui relève de plusieurs régimes sont appréciées au regard de l'ensemble de ses activités.

5.2.4.1. Tous les assurés exceptés ceux relevant d'un régime spécial, du régime des avocats ou du régime des travailleurs non-salariés agricoles

Une pension d'invalidité unique est versée au titre des activités relevant du régime général (salariés ou travailleurs indépendants), du régime salarié agricole et du régime des clercs et employés de notaires.

L'assuré peut cumuler une pension d'invalidité dans un régime spécial avec une pension d'invalidité dans le régime général ou agricole des salariés. Lorsque l'assuré est titulaire d'une pension d'un régime spécial à un autre titre que l'invalidité, il peut prétendre à une pension d'invalidité au titre d'une activité salariée du régime général ou agricole dès lors qu'il en remplit les conditions.

Toutefois, le total des pensions perçues ne pourra excéder le salaire qu'un travailleur valide de sa catégorie professionnelle perçoit (au titre du régime général ou agricole).

5.2.4.2. Assuré relevant d'un régime spécial, du régime des avocats ou du régime des travailleurs non-salariés agricoles

Lorsque l'assuré relève notamment du régime des TNS agricoles, d'un régime spécial et / ou du régime des avocats, chaque pension est calculée indépendamment de l'activité réalisée au sein d'un autre régime (attention : des règles de plafonnement peuvent exister au sein de chaque régime particulier).

L'assuré peut cumuler une pension d'invalidité dans un régime spécial avec une pension d'invalidité dans le régime général ou agricole des salariés. Lorsque l'assuré relève du régime des avocats, des TNS agricoles et / ou d'un régime spécial (hors clercs et employés de notaires) ET qu'il perçoit une pension du régime général ou des salariés agricoles :

- au titre d'une invalidité, il peut percevoir une pension d'invalidité dans son régime d'affiliation actuel, uniquement si la nouvelle pension indemnise une invalidité :
 - autre que celle pour laquelle l'assuré est déjà pensionné ;
 - OU qu'il s'agit d'une aggravation de la première invalidité non susceptible d'être indemnisée au titre de l'autre régime ;
CSS art. R. 172-21-3
- à un autre titre que l'invalidité, il peut prétendre à une pension d'invalidité au titre d'une activité salariée d'un régime spécial dès lors qu'il en remplit les conditions. Toutefois, le total des pensions perçues ne pourra excéder le salaire qu'un travailleur valide de sa catégorie professionnelle perçoit (au titre du régime spécial).

5.2.5. Cas particulier : prestations en cas de décès

5.2.5.1. Assuré ayant relevé du régime général ou d'un régime spécial ET du régime agricole

En présence d'un assuré qui a relevé du régime général ou d'un régime spécial ET du régime agricole, les prestations décès sont servies conformément aux règles du régime auquel l'assuré était affilié au jour de son décès, si par ailleurs, les conditions d'ouverture du droit à prestations sont remplies.

5.2.5.2. Assuré relevant d'un régime spécial ET ayant relevé du régime général

En présence d'un assuré qui relève d'un régime spécial et qui a relevé du régime général ET que les conditions d'accès aux prestations décès dans le régime spécial ne sont pas respectées, il convient de faire application des règles du régime général.

5.2.5.3. Assuré relevant du régime général en tant que travailleur non salarié (TNS)

En principe, un poly actif a a priori droit aux prestations décès en tant que salarié et en tant que travailleur non salarié.

Toutefois, si ces derniers exerçaient en tant que TNS et ont été victimes d'un accident ou étaient atteints d'une maladie professionnelle, ils n'ont droit qu'au capital décès du régime général des salariés SI :

- le décès résulte d'un accident ou d'une maladie ;
- ET que l'assuré a été affilié à un autre régime que le régime des travailleurs indépendants entre le début de la maladie / l'accident et le décès.

6. Traitement fiscal et social des prestations

6.1. Prestations en nature

Les prestations en nature (remboursement de frais de santé) ne sont pas des revenus. Elles sont donc exonérées d'IR et de prélèvements sociaux.

6.2. Prestations en espèces de la Sécurité sociale ou d'une prévoyance complémentaire

6.2.1. Salariés (tous régimes confondus)

6.2.1.1. Maladie

6.2.1.1.1. Principe

Les indemnités journalières (IJ) versées en cas de maladie (incapacité temporaire) sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des traitements et salaires. Elles sont, sauf exception, soumises aux prélèvements sociaux selon leur origine, comme détaillé ci-dessous :

Origine des indemnités journalières	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale (notamment IJ perçues par les agents contractuels)	Imposables à l'IR, dans la catégorie traitements et salaires	<i>A priori</i> , 6,7 % (CSG au taux de 6,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)
Contrat de prévoyance complémentaire		<i>A priori</i> , 9,7 % (CSG au taux de 9,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)
Complément employeur (maintien de salaire, notamment concernant les fonctionnaires et le maintien de traitement des agents contractuels)		Barème des cotisations sociales de droit commun (salaire)

Par exception, les prestations versées par la Sécurité sociale sont exonérées d'impôt sur le revenu (IR) si elles sont versées dans le cadre :

- D'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (CSS art. D. 160-4) ;
- Ou d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse non visée par l'article CSS art. D. 160-4 mais reconnue par le service d'un contrôle médical.

Elles demeurent assujetties aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement.

Cette exonération ne bénéficie pas aux indemnités journalières versées par un régime de prévoyance complémentaire.

6.2.1.2. Cas particulier : congés de grave maladie des agents contractuels

En cas de grave maladie, les prestations perçues par les agents contractuels de l'Etat sont assujetties :

- A l'IR : le maintien de traitement est exonéré à concurrence des indemnités journalières de la Sécurité sociale (exonération propre aux indemnités journalières versées aux assurés en ALD), le reliquat étant imposable au titre des traitements et salaires ;
- Aux prélèvements sociaux, a priori, aux cotisations sociales « classiques » (comme de la rémunération) pour le traitement maintenu par l'employeur.

6.2.1.2. Maternité

Les indemnités journalières (IJ) versées en cas de maternité (incapacité temporaire) sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des traitements et salaires. Elles sont, sauf exception, soumises aux prélèvements sociaux selon leur origine, comme détaillé ci-dessous :

Origine des indemnités journalières	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale (notamment IJ perçues par les agents contractuels)	Imposables à l'IR, dans la catégorie traitements et salaires	<i>A priori</i> , 6,7 % (CSG au taux de 6,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)
Contrat de prévoyance complémentaire		<i>A priori</i> , 9,7 % (CSG au taux de 9,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)
Complément employeur (maintien de salaire, notamment concernant les fonctionnaires)		Barème des cotisations sociales de droit commun (salaire)

Par exception, les indemnités journalières (IJ) versées par la Sécurité sociale sont exonérées :

- D'impôt sur le revenu (IR) et de CSG-CRDS lorsqu'il s'agit d'indemnités journalières supplémentaires versées aux femmes dont le métier implique des travaux incompatibles avec leur état de grossesse ;
- D'impôt sur le revenu (IR) si elles sont versées dans le cadre :
 - D'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (CSS art. D. 160-4) ;
 - Ou d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse non visée par l'article CSS art. D. 160-4 mais reconnue par le service d'un contrôle médical.

Elles demeurent assujetties aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement.

6.2.1.3. Accident du travail / maladie professionnelle

6.2.1.3.1. Indemnités journalières

Les indemnités journalières (IJ) versées en cas d'accident du travail / maladie professionnelle sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des traitements et salaires. Elles sont, sauf exception, soumises aux prélèvements sociaux selon leur origine, comme détaillé ci-dessous :

Origine des indemnités journalières	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale (notamment IJ perçues par les agents contractuels)	Imposables à l'IR à hauteur de 50 % (traitements et salaires)	<i>A priori</i> , 6,7 % (CSG au taux de 6,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)
Contrat de prévoyance complémentaire	Imposables à l'IR à hauteur de 100 % (traitements et salaires)	<i>A priori</i> , 9,7 % (CSG au taux de 9,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)
Complément employeur (maintien de salaire, notamment concernant les fonctionnaires et le maintien de traitement des agents contractuels)	Imposables à l'IR à hauteur de 100 % (traitements et salaires)	Barème des cotisations sociales de droit commun (salaire)

Par exception, les prestations versées par la Sécurité sociale sont exonérées d'impôt sur le revenu (IR) si elles sont versées dans le cadre :

- D'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (CSS art. D. 160-4) ;
- Ou d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse non visée par l'article CSS art. D. 160-4 mais reconnue par le service d'un contrôle médical.

Elles demeurent assujetties aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement.

Cette exonération ne bénéficie pas aux indemnités journalières versées par un régime de prévoyance complémentaire.

6.2.1.3.2. Rentes d'incapacité permanente servies à l'assuré

Les rentes d'incapacité permanente versées en cas d'accident du travail / maladie professionnelle bénéficient d'un régime fiscal et social différencié selon leur origine :

Origine des rentes	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale	Exonérée d'impôt sur le revenu	<i>Exonération de CSG et CRDS</i>
Contrat de prévoyance complémentaire	Imposables à l'IR à hauteur de 100 % (traitements et salaires)	<i>A priori</i> , 9,7 % (CSG au taux de 9,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)

6.2.1.3.3. Capital

L'indemnité en capital forfaitaire est exonérée de prélèvements sociaux et d'impôt sur le revenu (IR).

6.2.1.3.4. Rentes servies aux ayants droits

Les rentes d'incapacité permanente versées en cas d'accident du travail / maladie professionnelle aux ayants droit bénéficient d'un régime fiscal et social différencié selon leur origine :

Origine des rentes	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale	Exonérée d'impôt sur le revenu	<i>Exonération de CSG et CRDS</i>
Contrat de prévoyance complémentaire	Imposables à l'IR à hauteur de 100 % (traitements et salaires)	<i>A priori</i> , 9,7 % (CSG au taux de 9,2 % et CRDS au taux de 0,5 % sur revenus de remplacement)

6.2.1.4. Invalidité

Les pensions d'invalidité sont imposables au régime des pensions à titre gratuit et a priori aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement de 9,1 % (régime de Sécurité sociale ou prévoyance complémentaire). À défaut, de précision, il en est a priori de même pour les pensions servies au conjoint veuf invalide (dans le cadre des exploitants agricoles).

Par exception, les pensions servies par le régime général de la Sécurité sociale (notamment aux agents contractuels) sont exonérées d'impôt sur le revenu (IR) si :

- Leur montant est inférieur à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS)
- Et les ressources du bénéficiaire n'excèdent pas celles prévues pour l'octroi de cette allocation.

La majoration pour assistance d'une tierce personne accordée par la Sécurité sociale est exonérée d'IR et de prélèvements sociaux.

6.2.1.5. Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Le capital décès versé par la Sécurité sociale ou par un régime de prévoyance complémentaire est exonéré d'IR et de prélèvements sociaux.

6.2.2. Travailleurs non salariés du régime général ou agricole

6.2.2.1. Maladie, maternité

Les indemnités journalières (IJ) sont imposables dans la catégorie de revenus qu'elles remplacent et soumises aux prélèvements sociaux selon leur origine :

Origine des indemnités journalières	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale	<p>Imposables à l'IR dans la catégorie de revenus remplacés (BIC, BNC, art. 62, BA)</p> <p><i>Notons que certaines caisses de professions libérales indiquent de déclarer ces indemnités en pensions et rentes viagères (notamment la CARMF et la CARPIMKO).</i></p>	<p><i>A priori</i>, incluses dans l'assiette des cotisations sociales mais avec <u>CSG/CRDS au taux réduit de 6,7 %</u></p>
<p>Prévoyance complémentaire (certaines caisses de professions libérales - CAVEC, CARMF, CARCDSF, CARPIMKO)</p>		<p>Le traitement social de ces indemnités est ambigu et semble pouvoir relever de 3 régimes distincts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le régime des IJ versées par la Sécurité sociale (soit 6,7 %) dans la mesure où ces caisses constituent le socle de prévoyance obligatoire des professionnels libéraux ; • le régime des IJ versées par un organisme autre que la Sécurité sociale (soit 9,7 %) ; • le régime des pensions d'invalidité (9,1 %) – solution retenue en pratique par les caisses. <p>Il convient alors de se rapprocher de la caisse de l'assuré.</p>

6.2.2.2. Accident du travail / maladie professionnelle (uniquement agricole)

6.2.2.2.1. Indemnités journalières

Les indemnités journalières (IJ) sont soumises, partiellement, à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux :

Origine des indemnités journalières	Régime fiscal	Régime social
Sécurité sociale	Imposables à hauteur de 50 % de leur montant à l'IR dans la catégorie de revenus remplacés (art. 62, BA)	Incluses dans l'assiette des cotisations sociales mais avec <u>CSG/CRDS au taux réduit de 6,7 %</u>

6.2.2.2.2. Rentes servies à l'assuré

Les rentes d'incapacité permanente versées en cas d'accident du travail / maladie professionnelle par la MSA sont exonérées totalement d'impôt sur le revenu (IR) et a priori de prélèvements sociaux.

6.2.2.2.3. Capital

Le capital AT-MP est exonéré de prélèvements sociaux et d'impôt sur le revenu (IR).

6.2.2.2.4. Rentes servies aux ayants droit

Les rentes d'ayant droit versées en cas d'accident du travail / maladie professionnelle par la MSA sont exonérées totalement d'impôt sur le revenu (IR) et a priori de prélèvements sociaux.

6.2.2.3. Invalidité

Les pensions d'invalidité sont imposables au régime des pensions à titre gratuit et a priori aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement de 9,1 % (régime de Sécurité sociale ou caisse de prévoyance complémentaire).

Par exception, les pensions servies par le régime général de la Sécurité sociale sont exonérées d'impôt sur le revenu (IR) si :

- Leur montant est inférieur à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS);
- Et les ressources du bénéficiaire n'excèdent pas celles prévues pour l'octroi de cette allocation.

La majoration pour assistance d'une tierce personne accordée par la Sécurité sociale est exonérée d'IR et de prélèvements sociaux.

6.2.2.4. Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Le capital décès versé par la Sécurité sociale ou un régime de prévoyance complémentaire est exonéré d'impôt sur le revenu (IR) et de prélèvements sociaux.

6.3. Prestations en espèces d'un régime de prévoyance individuelle

6.3.1. Indemnités, pensions et rentes servies à l'assuré

Lorsque l'assuré souscrit volontairement à un contrat de prévoyance facultatif non Madelin, les cotisations ne sont, en principe, pas déductibles de ses revenus.

Dès lors que les cotisations ne sont pas déductibles, les prestations sont :

- Exonérées d'impôt sur le revenu (IR) ;
- Assujetties a priori aux prélèvements sociaux au taux de 9,7 % ou au taux de 9,1 % en présence d'une pension d'invalidité

6.3.2. Capital versé en cas de décès de l'assuré

Le capital décès d'un contrat de prévoyance individuelle (non Madelin) relève de la fiscalité des articles 990 I et / ou 757 B du CGI :

- Le cumul des primes versées après les 70 ans du souscripteur de l'assuré est soumis aux droits de succession au-delà du montant de 30 500 €, pour les contrats souscrits après le 20 novembre 1991 ;
- Pour les primes versées avant les 70 ans du souscripteur, la prime annuelle (c'est-à-dire la prime versée lors de la dernière année), ou la prime unique, est taxée au taux de 20 % après application de l'abattement de 152 500 € par bénéficiaire (CGI. art. 990 I).

Toutefois, le capital est exonéré lorsque le bénéficiaire est :

- Le conjoint ou le partenaire survivant de l'assuré décédé ;
- Ou le frère ou la sœur de l'assuré décédé qui simultanément :
 - Est célibataire, veuf ou divorcé ou séparé de corps ;
 - Est âgé de plus de 50 ans ou atteint d'une infirmité le mettant dans l'incapacité à subvenir par son travail aux nécessités de l'existence ;
 - A été domicilié constamment pendant les 5 années précédant la mort du défunt chez ce dernier.

Lorsque le capital est converti en rentes, celles-ci sont fiscalisées chaque année (en plus de la taxation au 757 B ou 990 I) en tant que rentes à titre onéreux : au barème de l'IR (après un abattement fonction de l'âge du jour de l'entrée en jouissance de la rente) et aux prélèvements sociaux à 17,2 %.

6.3.3. Rentes versées aux ayants droit de l'assuré

Les rentes ne sont pas imposables lorsque les primes versées n'ont pas ouvert droit à déduction, sauf quand elles sont issues d'un capital converti en rentes.

Elles sont a priori taxables aux prélèvements sociaux au taux de 9,1 % (comme des pensions de retraite ou d'invalidité), c'est à dire 8,3 % de CSG, 0,5 % de CRDS et 0,3 % de CASA.

7. Régularisation et délais de prescription

7.1. Prévoyance de base (Sécurité sociale)

7.1.1. Délai de régularisation sur demande de l'assuré

7.1.1.1. Régime général et régimes spéciaux

Pour les assurés du régime général, les demandes de régularisation en paiement de prestations par la Sécurité sociale se prescrivent au bout de 2 ans à compter :

- En cas de maladie : du 1^{er} jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte les prestations ;
- En cas de maternité : de la date de constatation médicale de la grossesse ;
- En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :
 - Du jour de l'accident (en cas de maladie professionnelle, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle) ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière. Ce délai vaut également pour les demandes d'indemnisation complémentaire lorsque l'accident résulte d'une faute inexcusable de l'employeur. Toutefois, la prescription est interrompue lorsqu'une action pénale ou une action en reconnaissance du caractère professionnelle de l'accident est engagée ;
 - Ou, en cas de révision ou de rechute : la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime ;
 - Ou, en cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident : de la date de décès pour le recouvrement des prestations dues aux ayants droit ;
 - Ou, en présence d'un détenu exécutant un travail pénal ou un pupille de l'éducation surveillée dans le cas où la victime n'a pas droit aux indemnités journalières, à compter de la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure ;
- en cas de décès : 2 ans à compter du décès de l'assuré.

En cas d'invalidité :

- la pension doit être demandée dans un délai de 12 mois à compter de la date :
 - De la consolidation de la blessure ;

- Ou de la constatation médicale de l'invalidité ;
- Ou de la stabilisation de l'état de l'assuré ;
- Ou d'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie ou la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder lesdites prestations ;
- En cas de contestation de la décision de la caisse, l'assuré dispose d'un délai de 2 mois à compter de la notification de sa décision (CSS art. R. 142-1-A, III.) ;

7.1.1.2. Régime agricole de la Sécurité sociale

Pour les assurés du régime agricole, les demandes de régularisation en paiement de prestations par la Sécurité sociale se prescrivent au bout de 2 ans à compter :

- En cas de maladie : du 1^{er} jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte les prestations ;
- En cas de maternité : de la date de constatation médicale de la grossesse ;
- En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :
 - du jour de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière. Ce délai vaut également pour les demandes d'indemnisation complémentaire lorsque l'accident résulte d'une faute inexcusable de l'employeur. Toutefois, la prescription est interrompue lorsqu'une action pénale ou une action en reconnaissance du caractère professionnelle de l'accident est engagée ;
 - ou, en cas de révision ou de rechute: la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime ;
 - ou, en cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident : de la date de décès pour le recouvrement des prestations dues aux ayants droit ;
- En cas de décès : de la date de réception des informations relatives aux conditions d'attribution du capital décès.
- En cas d'invalidité :
- La pension doit être demandée dans un délai de 12 mois à compter de la date :
 - de la consolidation de la blessure ;
 - Ou de la constatation médicale de l'invalidité ;
 - Ou de la stabilisation de l'état de l'assuré ;
 - Ou d'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie ou la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder lesdites prestations ;
- en cas de contestation de la décision de la caisse, l'assuré dispose d'un délai de 2 mois à compter de la notification de sa décision.

7.1.2. Délai de régularisation en cas de prestations indues

Lorsque des prestations ont été versées à tort par les organismes de la Sécurité sociale, l'organisme payeur a un délai de 2 ans à compter de leur paiement pour obtenir recouvrement des prestations indûment payées.

En revanche, lorsque les prestations ont été indûment payées en raison d'une fraude ou d'une fausse déclaration de l'assuré, l'action en recouvrement de l'administration sociale n'est jamais prescrite.

7.2. Prévoyance complémentaire et individuelle

En matière de prévoyance complémentaire (le cas échéant) et individuelle, il convient de consulter les règles contractuelles prévues dans :

- L'accord de branche / la convention collective ;
- Le contrat de prévoyance complémentaire mis en place par l'employeur ;
- Le contrat de prévoyance individuelle.

Vous souhaitez contacter notre ingénieur patrimonial ?

✉ info@maubourg-patrimoine.fr

☎ 01.42.85.80.00