

N° 474

SÉNAT

DEUXIÈME SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1988-1989

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 4 juillet 1989.
Enregistré à la présidence du Sénat le 17 août 1989.

PROJET DE LOI

*renforçant les **garanties** offertes aux personnes assurées
contre certains **risques**,*

PRÉSENTÉ

au nom de M. Michel ROCARD,

Premier ministre,

par M. Claude EVIN,

ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

(Renvoyé à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les couvertures complémentaires existent depuis fort longtemps en France. Elles sont nées en même temps que les régimes légaux de sécurité sociale et même parfois antérieurement à ces régimes. Elles permettent soit de combler les lacunes des régimes de base, soit d'en compléter les prestations. Elles peuvent se situer au plan individuel ou au plan collectif. Quatre catégories d'organismes interviennent dans ce domaine : les entreprises régies par le code des assurances, les mutuelles relevant du code de la mutualité, les institutions complémentaires relevant du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale et les caisses de prévoyance relevant de la section IV du chapitre II du titre VII du code rural. Ces deux dernières catégories d'organismes sont créées et gérées par les partenaires sociaux et peuvent se développer dans le cadre de l'entreprise, de la branche ou même dans un cadre interprofessionnel.

L'Etat ne s'est jamais désintéressé de ces couvertures et a toujours fixé un certain nombre de règles afin d'assurer un minimum de protection des personnes concernées. Il est, également, intervenu lorsque ces couvertures se sont développées dans le cadre d'une branche professionnelle ou au niveau interprofessionnel, pour les rendre obligatoires à tous les salariés et toutes les entreprises relevant de la ou des branches concernées. L'exemple le plus caractéristique est celui de la retraite complémentaire qui, par la loi du 29 décembre 1972, a été généralisée à l'ensemble des affiliés et anciens affiliés au régime général de l'assurance vieillesse.

Le développement, au cours des dix dernières années, des couvertures complémentaires de prévoyance a, cependant, conduit l'Etat à engager une importante réflexion qui a débouché, en janvier 1985, sur un groupe de travail présidé par M. Gisserot, inspecteur général des Finances, qui a rendu un rapport mettant, notamment, l'accent sur l'excessive concurrence entre les différents organismes intervenant en ce domaine et sur l'insuffisance des règles visant à protéger les intérêts des assurés.

A la suite de ce rapport, un certain nombre de modifications ont été apportées aux dispositions législatives et réglementaires régissant l'ensemble de ces organismes.

La loi n° 85-773 du 25 juillet 1985 et le décret n° 86-384 du 13 mars 1986 pour les mutuelles ainsi que le décret n° 88-574 du 5 mai 1988 pour les caisses autonomes mutualistes ont réformé l'ensemble du code de la mutualité. Les décrets n° 87-1019 du 18 décembre 1987 et n°s 88-656 et 88-658 du 6 mai 1988 ont modifié et complété les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux régimes complémentaires de salariés.

Par ailleurs, le Gouvernement vient de déposer devant le Parlement, un important projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances.

*
* *

Le présent projet de loi a pour ambition de mettre en œuvre, pour les garanties relatives à la prévoyance (décès, incapacité, invalidité, frais de soins de santé) les principales conclusions du rapport Gisserot. Il vise à soumettre à un corps de règles communes l'ensemble des intervenants en matière de prévoyance complémentaire et à renforcer les garanties dont nos concitoyens doivent bénéficier, quel que soit l'organisme assureur - entreprise d'assurance, mutuelle, institution de prévoyance du code de la sécurité sociale et caisse de prévoyance du code rural.

La spécificité des organismes est intégralement respectée puisqu'ils demeurent soumis, par ailleurs, aux règles qui figurent dans leurs codes respectifs. A cet effet, les différents articles du titre premier, dont la codification est renvoyée à un décret en Conseil d'Etat, utilisent, chaque fois que cela est nécessaire, les termes habituellement employés dans les différents codes.

*
* *

TITRE PREMIER

Le champ d'application du titre premier du projet de loi est doublement défini par l'énumération des organismes et des différentes garanties (article premier). Les catégories d'organismes sont au nombre de quatre : entreprises régies par le code des assurances, institutions complémentaires relevant de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale, caisses de prévoyance relevant de l'article 1050 du code rural

et mutuelles relevant du code de la mutualité. Seules, ces quatre catégories d'organismes sont juridiquement habilitées à pratiquer, sous leur responsabilité propre, les opérations visées. Ces dernières, que l'on qualifie habituellement d'opérations de prévoyance, comprennent la couverture des risques décès (versement d'un capital, d'une rente au conjoint survivant ou d'une rente d'éducation aux enfants ou étudiants pendant la durée de leur scolarité ou de leurs études), des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne (prestations maladie ou maternité en nature) et des risques d'incapacité (versement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale) ou d'invalidité. Les opérations de retraite, de quelque nature qu'elles soient, ne sont pas visées par le titre premier.

*
* *

Les articles 2 et 3 du projet ont pour objet d'apporter des solutions au problème des conséquences des maladies contractées antérieurement à la souscription d'un contrat. Actuellement, ou bien les suites de ces maladies ne sont pas prises en charge, ou bien l'assuré n'est pas correctement informé de l'absence de prise en charge des suites de telle ou telle maladie.

Le projet de loi introduit, cependant, une distinction fondamentale selon que la couverture est assurée pour tous les salariés ou une catégorie objective de salariés (par exemple, les cadres) appartenant à l'entreprise (article 2) ou, au contraire, s'exerce dans un cadre facultatif dans ou hors de l'entreprise ou encore a un caractère purement individuel (article 3). La couverture peut, dans ces deux derniers cas, viser des salariés dans le cadre de leur entreprise, des non-salariés ou encore toute personne considérée isolément de son activité professionnelle (par exemple, dans un cadre associatif).

Dans le premier cas (article 2), l'organisme est tenu de prendre en charge les suites des maladies contractées antérieurement à la souscription du contrat, qu'il s'agisse du versement des prestations maladie en nature ou encore de rentes d'incapacité ou d'invalidité. La solidarité dans l'entreprise que réalise le contrat collectif doit permettre cette prise en charge.

Dans le second cas (article 3), l'organisme est soumis à une obligation d'information renforcée vis-à-vis de l'assuré. Il doit faire figurer aux clauses particulières du contrat la ou les maladies que l'assuré aura contractées antérieurement à son adhésion et dont il ne prendra pas en charge les conséquences. En cas de contestation, l'organisme devra

apporter la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat.

Afin d'éviter des difficultés d'interprétation sur le champ d'application exact de l'article 2, le cadre juridique sur la base duquel est conclu le contrat collectif a été précisé. La couverture doit être mise en place à la suite d'une convention ou d'un accord collectif, d'une ratification par la majorité des travailleurs intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ou encore d'une décision unilatérale de celui-ci.

*
* *

L'article 4 permet la poursuite de la couverture des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident à d'anciens salariés (1°) ou ayants-droit d'un assuré décédé (2°). Il est, en effet, particulièrement choquant qu'aujourd'hui des personnes se trouvent ainsi brutalement privées de toute couverture complémentaire maladie (remboursement de frais de soins de santé) ou doivent, pour retrouver une couverture de ce type, souscrire un nouveau contrat et devoir remplir un questionnaire médical et se voir ensuite opposer une période de carence avant d'obtenir un droit à prestations.

Les personnes qui se trouvent dans cette situation, se verront désormais offrir la possibilité d'obtenir le maintien de cette couverture à condition, toutefois, d'exercer un droit d'option dans un certain délai. Dans ce cas, ni période probatoire, ni examen médical préalable ne devra leur être opposé.

L'article 4 vise, en fait, deux cas de figure. Dans le premier cas (1° de l'article 4), il s'agira le plus souvent d'un maintien de la couverture antérieure avec, éventuellement, une adaptation de la prime ou de la cotisation. Dans le second cas (2° de l'article 4), les garanties seront, le plus souvent, modifiées, l'organisme assureur adaptant la prime ou cotisation en conséquence, celle-ci étant alors à la seule charge de l'assuré.

L'article 4 a le même champ d'application que l'article 2. Ce dispositif n'est donc de force juridiquement contraignante que pour les contrats à adhésion obligatoire dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises.

L'article 5 a pour objet d'accroître la pérennité des engagements pris par les organismes assureurs vis-à-vis des assurés couverts par un contrat garantissant la couverture des frais de soins de santé tels que définis aux 1°, 2°, et 3° de l'article L. 321-1 et de l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale en instituant de manière obligatoire le mécanisme dit de la garantie viagère.

Les contrats à garantie viagère prévoient qu'au-delà d'une période probatoire, l'organisme assureur s'interdit de résilier le contrat, sauf en cas de fausse déclaration à la souscription ou en cas de non-paiement de la prime ou de la cotisation. L'assuré, par contre, conserve ses droits à résiliation annuelle dans les conditions prévues au contrat.

Ce type de contrat est, aujourd'hui largement pratiqué par les différents organismes. Il n'empêche qu'il existe encore des contrats non viagers où l'organisme assureur peut exclure, en cours de contrat, un assuré contre son gré en cas de consommation médicale excessive. L'article 5 généraliserait donc le mécanisme de la garantie viagère à l'ensemble des contrats de ce type. La période probatoire a été fixée à deux ans, délai suffisant pour permettre à l'organisme assureur de se faire une opinion sur la réalité du risque et établir la tarification en conséquence. Une fois le délai expiré, l'organisme ne peut plus augmenter les tarifs contrat par contrat. Il ne peut le faire que de manière uniforme pour l'ensemble des assurés et en ne se fondant que sur l'évolution de l'état de santé des personnes.

L'article 5 concerne à la fois les opérations individuelles et les opérations à caractère collectif non obligatoires, habituellement qualifiées de « faux groupe » ou encore de « groupe ouvert » ; ces dernières opérations peuvent être réalisées dans ou hors de l'entreprise et concerner des salariés, des non-salariés ou encore des personnes prises indépendamment de leur activité professionnelle. Dans l'hypothèse où il s'agit d'un contrat à caractère collectif, le bénéfice de la garantie viagère ne demeure que pour autant que le groupe existe encore et que la personne affiliée ne soit pas sortie du groupe (pour un contrat facultatif d'entreprise, cas d'un salarié qui change d'entreprise ; pour un contrat souscrit par un personne morale quelconque, par exemple une association de la loi de 1901, cas d'un adhérent qui ne serait plus membre de cette association).

En cas de disparition de l'entreprise, de réduction très importante de son effectif cotisant ou de changement d'organisme assureur, le versement des rentes en cours de service doit obligatoirement être poursuivi au moins au niveau atteint au jour de la résiliation ou du non renouvellement du contrat. En l'absence d'une généralisation à l'ensemble de la population et d'une compensation générale de ce type de couvertures (rentes de conjoint et rentes d'éducation, rentes d'invalidité, rentes d'incapacité), la seule technique qui permette d'atteindre au mieux ce résultat est celle qui repose sur la constitution de provisions mathématiques permettant d'assurer le paiement des indemnités ou rentes pendant toute la durée prévue par le contrat (alinéa 2 de l'article 6).

Actuellement, il existe des contrats gérés intégralement en répartition ou ne comportant qu'un engagement annuel de maintien des rentes. Si les caractéristiques du groupe deviennent défavorables ou si le contrat

est résilié, les assurés devront supporter la réduction, voire la suppression pure et simple, de leurs droits (rentes d'incapacité, d'invalidité, de conjoint, d'éducation). Dans d'autres cas, l'engagement de maintien de la prestation ne porte que sur la rente de base, c'est-à-dire sur le seul montant initial de celle-ci sans tenir compte des revalorisations acquises ultérieurement.

Le projet de loi vise à interdire totalement ces pratiques qui ne permettent pas une réelle garantie des droits des assurés dont il faut rappeler que, dans la plupart des cas, leur statut de bénéficiaire de prestations fait qu'ils n'appartiennent plus ou n'ont plus de lien avec leur entreprise. L'article 6, qui nécessitera un effort financier de mise à niveau pour un certain nombre de contrats et donc une période transitoire (article 21, V), offrira aux assurés un renforcement très important de leurs droits.

L'article 6 vise l'intégralité des opérations collectives, que celles-ci concernent des salariés ou des non-salariés.

Le principe du plafonnement des remboursements de frais de soins de santé est, enfin, posé à l'article 7. Ceux-ci ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements auxquels il a droit par ailleurs.

*
* *

TITRE II

L'objet du titre II du projet de loi est de mettre en place une Commission de contrôle des organismes sociaux qui interviennent dans le domaine des couvertures complémentaires (mutuelles, institutions de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale, caisses de prévoyance de l'article 1050 du code rural). Sous réserve d'adaptations mineures, ce dispositif reprend celui prévu dans le projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances, actuellement en discussion devant le Parlement.

A la différence du titre premier du projet de loi dont la codification est renvoyée à un décret en Conseil d'État, le titre II introduit ces modifications directement dans le titre III du livre VII du code de la sécurité sociale pour les institutions complémentaires (article 8) et dans le titre III du livre V du code de la mutualité pour les mutuelles (articles 9 à 14). L'importance des modifications introduites dans le titre III du titre VII du code de la sécurité sociale a conduit, par ailleurs, à une refonte d'ensemble de l'organisation de ce titre III (articles 15 à 19

du projet). L'article 8 du présent projet tient compte de ces modifications et y renvoie directement (alinéa premier de l'article 8).

Le champ de compétence de la Commission comprend les mutuelles relevant du code de la mutualité, les institutions relevant de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale et les caisses relevant de l'article 1050 du code rural, pour l'ensemble de leurs opérations à l'exception, toutefois, des opérations de retraite dès lors que celles-ci font l'objet d'une compensation interprofessionnelle et générale telle que définie à l'article L. 731-5 du code de la sécurité sociale. L'exclusion de ce type d'opérations du contrôle de la Commission est justifiée par le fait qu'elles sont, comme les opérations de retraite de l'assurance vieillesse du régime général, généralisées et obligatoires et que la solvabilité des organismes se pose dans des termes différents de ceux des institutions qui réalisent des opérations de retraite non compensées ou de prévoyance. Les institutions de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale réalisant des opérations de retraite qui n'entrent pas dans ces mécanismes de compensation sont, évidemment, soumises au contrôle de la Commission.

L'existence et la composition de la Commission ont été définies dans le code de la sécurité sociale par le nouvel article L. 732-12. Le code de la mutualité renvoie à cet article en ce qui concerne le rôle et les missions de la Commission vis-à-vis des mutuelles.

La composition de la Commission prévue à l'article L. 732-12 du code de la sécurité sociale est rigoureusement identique à celle de la Commission de contrôle des assurances. La Commission est un organisme indépendant composé pour moitié de membres des hautes juridictions de l'Etat, dont le président, qui, en cas de partage, a voix prépondérante. Deux autres membres sont choisis en raison de leur expérience dans le domaine de la prévoyance complémentaire. Enfin, selon que la Commission examine une mutuelle, une institution relevant de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale ou une caisse relevant de l'article 1050 du code rural, ce sont, respectivement, le directeur de la sécurité sociale et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi qui siègent avec voix délibérative.

Qu'il s'agisse des institutions relevant des articles L. 731-1 du code de la sécurité sociale ou 1050 du code rural (article L. 732-11 du code de la sécurité sociale) ou des mutuelles (article L. 531-1-1 du code de la mutualité), la Commission examine leurs conditions d'exploitation et leur situation financière et s'assure qu'elles sont toujours en mesure de remplir leurs engagements. Sa mission principale sera de veiller au respect de l'ensemble des obligations comptables et prudentielles auxquelles sont soumis, dans l'intérêt des assurés, ces organismes. En ce qui concerne les institutions relevant de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale et 1050 du code rural, la partie réglementaire des codes sera ultérieurement revue afin d'harmoniser ces règles avec celles des

deux autres intervenants dans le domaine de la prévoyance complémentaire.

Pour l'exercice des contrôles, la Commission peut disposer en tant que de besoin de l'inspection générale des affaires sociales ou de tout fonctionnaire commissionné par elle (article L. 732-13 du code de la sécurité sociale et article L. 531-1-2 du code de la mutualité). En outre, pour les seules mutuelles, elle peut disposer des agents de contrôle des services extérieurs du ministre chargé de la mutualité (article L. 531-1-2 du code de la mutualité). Cette faculté réservée pour le contrôle des mutuelles est justifiée par leur très grand nombre (près de 7 000 pour la France entière). Ce contrôle déconcentré existe déjà (actuel article R. 531-1 du code de la mutualité) à la seule initiative de l'autorité administrative. Il est intégralement transféré à la Commission.

La Commission dispose de pouvoirs élargis pour l'exercice de sa mission. Elle peut demander toutes informations qu'elle juge nécessaires aux organismes et à leurs commissaires aux comptes, les porter éventuellement à la connaissance du public (articles L. 732-14 et L. 731-15 du code de la sécurité sociale et articles L. 531-1-3 et L. 531-1-4 du code de la mutualité) et étendre son contrôle à tout organisme lié à l'institution ou la mutuelle et susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement (articles L. 732-16 du code de la sécurité sociale et L. 531-1-5 du code de la mutualité).

La procédure de contrôle d'une institution ou d'une mutuelle est contradictoire (articles L. 732-17 du code de la sécurité sociale et L. 531-1-6 du code de la mutualité).

La Commission dispose, vis-à-vis des institutions relevant de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale et 1050 du code rural du pouvoir d'infliger des sanctions disciplinaires aux organismes qu'elle contrôle, d'abord par une mise en garde, puis par une injonction à prendre des mesures de redressement (article L. 732-18 du code de la sécurité sociale). Elle peut, ensuite, infliger des sanctions disciplinaires d'importance graduée, permettant la proportionnalité de la sanction au manquement commis. Ces sanctions peuvent aller jusqu'au retrait de l'autorisation de fonctionner. Une des dispositions essentielles du projet consiste en la possibilité de rendre ces sanctions publiques (article L. 732-19).

La Commission dispose de pouvoirs analogues vis-à-vis des mutuelles (articles 11, 12 et 13). Elle dispose, en plus, du pouvoir de nommer un administrateur provisoire (articles L. 531-2 et L. 531-4 de l'actuel code de la mutualité pour lesquels le projet de loi substitue la Commission à l'autorité administrative).

Toute entrave aux pouvoirs d'investigation de la Commission est sanctionnée pénalement (article L. 732-20 du code de la sécurité sociale et article L. 541-2 du code de la mutualité).

Enfin, la Commission instituée par l'article L. 732-10 du code de la sécurité sociale et la Commission de contrôle des assurances peuvent échanger des informations, organiser des contrôles conjoints et des réunions communes (article L. 732-21 du code de la sécurité sociale). Toute personne qui participe aux travaux de la Commission est tenue au secret professionnel (article L. 732-22 du code de la sécurité sociale).

*
* *

TITRE III

L'objet principal du titre III du projet est de procéder à une remise en ordre du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale. Ce titre qui est le fruit d'apports successifs, est réorganisé autour de deux chapitres consacrés l'un aux régimes, l'autre aux institutions (article 15). L'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale, qui devient l'article L. 732-1, est complété afin de définir « positivement » les institutions de retraite et de prévoyance paritaires par la nature de leurs activités.

Le titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est, également, complété par un article L. 732-9 qui pose l'obligation, pour les institutions de retraite et de prévoyance complémentaire d'avoir un ou plusieurs commissaires aux comptes exerçant leur mission dans le cadre légal dévolu à leur activité (article 18).

L'article 1050 du code rural est complété afin de prévoir la soumission des caisses relevant de cet article, qui deviennent des institutions, à la Commission prévue à l'article L. 732-10 du code de la sécurité sociale (article 19).

L'article 20, enfin, complète l'article L. 111-2 du code de la mutualité afin de prévoir la possibilité d'adhérer à une mutuelle sur la base de la ratification, par une majorité de salariés d'une entreprise, d'un projet de couverture complémentaire proposé par l'employeur.

*
* *

TITRE IV

L'article 21 du titre IV fixe les modalités d'entrée en vigueur des dispositions du titre premier du projet de loi.

Le plafonnement des remboursements de frais de soins de santé au montant des frais restant à la charge de l'assuré (article 7 du projet) s'applique immédiatement à la totalité des contrats.

La faculté pour les retraités, préretraités, chômeurs et leurs ayants droit de bénéficier du maintien de la couverture des frais de soins de santé devra être offerte par les organismes dans un délai d'un an à compter de la publication de la loi. Les contrats collectifs devront être modifiés dans ce délai (article 4 du projet).

Le mécanisme de la garantie viagère sera automatiquement applicable aux contrats souscrits deux ans avant la publication de la loi et, pour ceux qui auront moins de deux ans, lorsqu'ils atteindront cette durée (article 5 du projet).

Les articles 2 et 3 qui concernent les conséquences des maladies antérieures ne seront applicables qu'aux nouveaux contrats souscrits après la publication de la loi.

Enfin, pour les organismes qui ne seraient pas en mesure de constituer intégralement, à la date de publication de la loi, les provisions mathématiques nécessaires au maintien des rentes au niveau atteint, un dispositif transitoire est prévu. Les nouveaux contrats souscrits après la publication de la loi devront prévoir des taux de cotisation permettant de constituer ces provisions. Pour les contrats en cours, deux catégories seront distinguées. Lorsque des rentes sont nées et sont donc en cours de service, la loi n'impose pas la reconstitution de provisions mathématiques manquantes ; cette reconstitution constituerait une charge trop lourde pour les entreprises et les salariés. Les organismes devront y faire face dans la mesure de leurs fonds existants. Pour les rentes à naître des contrats en cours après la date de publication de la loi, celle-ci impose un passage progressif vers la technique des capitaux de couverture. Le délai maximum est fixé à sept années. L'augmentation du taux de cotisation devra être progressive et, en tout état de cause étalée sur chaque année et au moins linéaire.

En cas de résiliation ou de renouvellement de ces contrats et conventions, le souscripteur sera tenu de verser une indemnité correspondant à la fraction de l'engagement non intégralement couverte et permettant ainsi de maintenir la rente au niveau au moins atteint.

La mise en œuvre de ce dispositif devra être surveillée étroitement aussi bien par la Commission de contrôle des assurances que par la Commission prévue à l'article L. 731-10 du code de la sécurité sociale. C'est l'une des raisons qui font que des réunions et des contrôles conjoints de ces deux instances sont prévues à l'article L. 732-21 du projet de loi. Il est, en effet, impératif qu'au terme de la période transitoire la totalité des organismes dispose des provisions techniques prévues et puisse présenter une marge de sécurité ou de solvabilité positive. Pour les organismes du secteur social (institutions de l'article L. 731-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 1050 du code rural et mutuelles), ce renforcement de leur solvabilité est, en outre, indispensable dans la perspective d'une extension éventuelle de leurs opérations dans les autres Etats membres de la C.E.E.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décrète :

Le présent projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté au Sénat par le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, qui sera chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS COMMUNES AUX OPÉRATIONS MISES EN ŒUVRE PAR LES ENTREPRISES RÉGIES PAR LE CODE DES ASSURANCES, PAR LES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET PAR LES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITÉ

Article premier.

Les dispositions du présent titre s'appliquent aux opérations mises en œuvre par les organismes suivants :

- a) entreprises régies par le code des assurances ;
- b) institutions relevant du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale ;
- c) institutions relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural ;
- d) mutuelles relevant du code de la mutualité ;

et ayant pour objet la couverture du risque décès, des risques portant

atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Art. 2.

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des travailleurs intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, l'organisme prend en charge les suites des maladies contractées antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion à ceux-ci.

Art. 3.

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles, l'organisme ne peut refuser de prendre en charge les suites de maladies contractées antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention qu'à la condition :

a) que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge, soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ;

b) que l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif.

Art. 4.

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen médical, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les trois mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

2° au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les trois mois suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Art. 5.

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles et sous réserve du paiement des primes ou cotisations, l'organisme ne peut refuser, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, de maintenir le remboursement ou l'indemnisation des frais mentionnés aux articles L. 321-1, 1° à 3° et L. 331-2 du code de la sécurité sociale aux personnes affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnés au contrat individuel ou à la convention tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.

L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou contrat.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à la garantie ou au contrat souscrit en application du dernier alinéa de l'article 4 de la présente loi.

Art. 6.

Lorsqu'un ensemble de personnes est garanti contre les risques décès, incapacité de travail ou invalidité, la résiliation ou le non renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non renouvellement.

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Art. 7.

Le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peut excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

TITRE II

CONTROLE DES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET DES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITÉ

Art. 8.

Au chapitre II du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte des articles 16, 17 et 18 de la présente loi est insérée une section 4 ainsi libellée :

« Section 4.

« Commission de contrôle.

« Il est institué une Commission de contrôle des institutions définies à l'article L. 732-1 et à l'article 1050 du code rural.

« Les opérations de retraite réalisées par les organismes faisant l'objet d'une compensation interprofessionnelle et générale ne sont pas soumises au contrôle de la Commission.

« Art. L. 732-11. — La Commission examine les conditions d'exploitation et la situation financière des institutions mentionnées à l'article L. 732-10 ; elle s'assure que ces institutions sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés ou bénéficiaires de contrats et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite ; elle veille au respect, par ces institutions, des dispositions législatives et réglementaires qui leurs sont propres.

« Art. L. 732-12. — La Commission comprend cinq membres nommés par arrêté conjoint du ministre de la Sécurité sociale et du ministre chargé de l'Agriculture pour une durée de cinq ans :

« 1° un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller d'Etat, président, proposé par le vice-président du Conseil d'Etat ;

« 2° un membre de la Cour de cassation ayant au moins le rang de conseiller à la Cour de cassation, proposé par le premier président de la Cour de cassation ;

« 3° un membre de la Cour des comptes ayant au moins le rang de conseiller maître proposé par le premier président de la Cour des comptes ;

« 4° deux membres choisis en raison de leur expérience en matière de prévoyance complémentaire.

« Cinq suppléants sont nommés dans les mêmes conditions.

« Les membres titulaires et suppléants de la Commission ne peuvent être révoqués. Leur mandat n'est pas interrompu par les règles concernant la limite d'âge qui leur est éventuellement applicable.

« Est également membre de la Commission le directeur de la Sécurité sociale ou son représentant ; lorsque les travaux de la Commission concernent les institutions définies à l'article 1050 du code rural, il est remplacé par le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi ou son représentant.

« En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

« *Art. L. 732-13.* — Le contrôle des institutions est effectué sur pièces et sur place.

« La Commission organise ce contrôle et en définit les modalités ; à cette fin, sont mis à sa disposition en tant que de besoin, l'inspection générale des affaires sociales ainsi que les autres fonctionnaires commissionnés par elle qui sont nécessaires à l'exercice de sa mission.

« *Art. L. 732-14.* — La Commission peut demander aux institutions toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

« Elle peut également leur demander la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont elle peut, en tant que de besoin, demander la certification.

« Elle peut porter à la connaissance du public toutes informations qu'elle estime nécessaires.

« *Art. L. 732-15.* — La Commission peut demander aux commissaires aux comptes d'une institution tout renseignement sur l'activité de celle-ci. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à son égard, du secret professionnel.

« *Art. L. 732-16.* — Si cela est nécessaire à l'exercice de sa mission et dans la limite de celle-ci, la Commission peut décider d'étendre le contrôle sur place d'une institution à toute personne morale liée directement ou indirectement à cette institution par une convention et susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision concernant l'un quelconque de ses domaines d'activité.

« *Art. L. 732-17.* — En cas de contrôle sur place, un rapport est établi. Si des observations sont formulées par le vérificateur, il en est donné connaissance à l'institution. La Commission prend connaissance des observations formulées par le vérificateur et des réponses apportées par l'institution.

« Les résultats des contrôles sur place sont communiqués au conseil d'administration de l'institution contrôlée. Ils sont également transmis aux commissaires aux comptes.

« *Art. L. 732-18.* — Lorsqu'une institution a enfreint une disposition législative ou réglementaire à laquelle elle est soumise ou lorsque son fonctionnement met gravement en péril sa marge de sécurité ou les engagements qu'elle a contractés envers les assurés, la Commission, après l'avoir mise en demeure de présenter des observations, peut lui adresser une mise en garde.

« Elle peut également dans les mêmes conditions, lui enjoindre de prendre dans un délai déterminé toutes mesures destinées à rétablir ou renforcer son équilibre financier ou à corriger ses pratiques.

« *Art. L. 732-19.* — Si une institution n'a pas déferé à une injonction, la Commission peut prononcer à son encontre, compte tenu de la gravité du manquement, l'une des sanctions disciplinaires suivantes :

« 1° l'avertissement ;

« 2° le blâme ;

« 3° l'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;

« 4° le retrait total ou partiel d'autorisation.

« La Commission peut, aux frais de l'institution sanctionnée, ordonner l'insertion de sa décision dans les journaux ou publications qu'elle désigne et l'affichage dans les lieux et pour la durée qu'elle indique.

« Dans tous les cas visés au présent article, la commission statue après une procédure contradictoire. Les intéressés peuvent demander à être entendus. Ils peuvent se faire représenter ou assister. Les institutions sanctionnées peuvent, dans le délai de deux mois qui suit la notification de la décision, former un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'État.

« Art. L. 732-20. — Tout dirigeant d'une institution ou d'une des personnes morales visées à l'article L. 732-16 qui met obstacle de quelque manière que ce soit, à l'exercice de leurs fonctions par la Commission de contrôle instituée à l'article L. 732-10 ou par les fonctionnaires mis à sa disposition ou commissionnés par elle, est passible d'un emprisonnement de quinze jours à deux ans et d'une amende de 15 000 F à 2 000 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Art. L. 732-21. — La Commission instituée par l'article L. 732-10 et la Commission de contrôle des assurances instituée par l'article L. 310-12 du code des assurances peuvent échanger toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions respectives et organiser, conjointement, le contrôle des organismes qui relèvent de leurs compétences ; elles veillent à la coordination de leurs travaux ; à cette fin, elles peuvent tenir des réunions communes.

« Art. L. 732-22. — Toute personne qui participe ou a participé aux travaux de la Commission instituée par l'article L. 732-10 est tenue au secret professionnel sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal. »

Art. 9.

L'article L. 531-1 du code de la mutualité est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 531-1. — Le contrôle des mutuelles est effectué, dans l'intérêt de leurs membres, par la Commission de contrôle instituée par l'article L. 732-10 du code de la sécurité sociale. »

Art. 10.

Après l'article L. 531-1 du code de la mutualité sont insérés les articles L. 531-1-1 à L. 531-1-6 ci-après :

« Art. L. 531-1-1. — La Commission examine les conditions d'exploitation et la situation financière des mutuelles ; elle s'assure qu'elles sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des adhérents et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite ; elle veille au respect par les mutuelles des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres.

« Art. L. 531-1-2. — Le contrôle des mutuelles est effectué sur pièces et sur place.

La Commission organise le contrôle et en définit les modalités ; à cette fin, sont mis à sa disposition, en tant que de besoin, l'inspection générale des affaires sociales et les agents du contrôle des services extérieurs du ministre chargé de la mutualité ainsi que les autres fonctionnaires commissionnés par elle qui sont nécessaires à l'exercice de sa mission.

« *Art. L. 531-1-3.* — La Commission peut demander aux mutuelles toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Elle peut également leur demander la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont elle peut, en tant que de besoin, demander la certification.

Elle peut porter à la connaissance du public toute information qu'elle estime nécessaire.

« *Art. L. 531-1-4.* — La Commission peut demander aux commissaires aux comptes d'une mutuelle tout renseignement sur l'activité de celle-ci. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à son égard, du secret professionnel.

« *Art. L. 531-1-5.* — Si cela est nécessaire à l'exercice de sa mission et dans la limite de celle-ci, la Commission peut décider d'étendre le contrôle sur place d'une mutuelle à toute personne morale liée directement ou indirectement par une convention à celle-ci et susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision concernant l'un quelconque de ses domaines d'activité.

« *Art. L. 531-1-6.* — En cas de contrôle sur place, un rapport est établi. Si des observations sont formulées par le vérificateur, il en est donné connaissance à la mutuelle. La Commission prend connaissance des observations formulées par le vérificateur et des réponses apportées par la mutuelle.

« Les résultats des contrôles sur place sont communiqués au conseil d'administration de la mutuelle. Ils sont, également transmis aux commissaires aux comptes. »

Art. 11.

I. — Dans le code de la mutualité, aux articles L. 321-8 et L. 411-8, les mots : « l'autorité administrative », sont remplacés par les mots : « la commission mentionnée à l'article L. 531-1 du présent code ».

II. — Dans le code de la mutualité, aux articles L. 531-2, L. 531-3 et L. 531-4, les mots : « l'autorité administrative », sont remplacés par les mots : « la Commission ».

Art. 12.

Le premier alinéa de l'article L. 531-5 du code de la mutualité est remplacé par les dispositions suivantes :

« Si une mutuelle n'a pas déféré à une injonction, la commission peut prononcer à son encontre, compte tenu de la gravité du manquement, l'une des sanctions disciplinaires suivantes :

« 1° l'avertissement ;

« 2° le blâme ;

« 3° l'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;

« 4° le retrait d'approbation.

« La Commission peut, aux frais de la mutuelle sanctionnée, ordonner l'insertion de sa décision dans les journaux ou publications qu'elle désigne et l'affichage dans les lieux et pour la durée qu'elle indique .»

Art. 13.

Il est ajouté au titre III du code de la mutualité un article L. 531-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 531-6. – Dans tous les cas mentionnés aux articles L. 531-2, L. 531-3, L. 531-4 et L. 531-5, la Commission statue après une procédure contradictoire. Les intéressés peuvent demander à être entendus. Ils peuvent se faire représenter ou assister. Les mutuelles sanctionnées peuvent, dans le délai de deux mois qui suit la notification de la décision, former un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'État ».

Art. 14.

Il est ajouté au titre IV du code de la mutualité un article L. 541-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 541-2. – Tout dirigeant d'une mutuelle ou de l'une des personnes morales visées à l'article L. 531-1-5 qui met obstacle, de quelque manière que ce soit, à l'exercice de leurs fonctions par la Commission de contrôle ou par les fonctionnaires mis à la disposition ou commissionnés par elle, est passible d'un emprisonnement de quinze jours à deux ans et d'une amende de 15 000 F à 2 000 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement. »

TITRE III
DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 15.

I. — L'intitulé du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« Titre III. — Dispositions relatives aux régimes complémentaires de salariés et aux institutions qui les gèrent. »

II. — Au titre III du livre VII du code de la sécurité sociale, l'intitulé du chapitre premier est modifié comme suit :

« Chapitre premier. — Régimes complémentaires de retraite ou de prévoyance des salariés. »

III. — Dans le chapitre premier est insérée une section 1 intitulée « Dispositions générales », comportant les articles L. 731-8, L. 731-9, L. 731-10 et L. 731-2-1 qui deviennent respectivement les articles L. 731-1, L. 731-2, L. 731-3 et L. 731-4.

IV. — 1° Au premier alinéa de l'article L. 731-2, les mots : « l'article L. 731-8 », sont remplacés par les mots : « l'article L. 731-1 ».

2° A l'article L. 731-3, les mots : « l'article L. 731-9 », sont remplacés par les mots : « l'article L. 731-2 ».

3° Au premier alinéa de l'article L. 731-4, les mots : « l'article L. 731-8 » et « l'article L. 731-1 », sont respectivement remplacés par les mots : « l'article L. 731-1 » et « l'article L. 732-1 ».

V. — Dans le même chapitre premier est insérée une section 2 intitulée « Dispositions relatives aux régimes complémentaires de retraite » comportant les articles L. 731-5, L. 731-6, L. 731-7 et l'article L. 732-1 qui devient l'article L. 731-8.

VI. — 1° Au premier alinéa de l'article L. 731-5, les mots : « l'article L. 731-1 », sont remplacés par les mots : « l'article L. 732-1 ».

2° Au deuxième alinéa du même article et à l'article L. 731-6, les mots : « l'article L. 731-9 », sont remplacés par les mots : « l'article L. 731-2 ».

Art. 16.

I. – Au titre III du livre VII du code de la sécurité sociale, l'intitulé du chapitre II est modifié comme suit :

« Chapitre 2. – Institutions gestionnaires ».

II. – Dans le chapitre II est insérée une section 1 intitulée « Autorisation de fonctionner » comportant un article L. 732-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-1.* – Les institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire qui constituent, dans le cadre d'une ou de plusieurs entreprises au profit des travailleurs salariés ou assimilés, des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale ne peuvent être maintenues ou créées qu'avec l'autorisation de l'autorité compétente de l'État.

« Ces institutions peuvent également recevoir, lorsque le contrat collectif le prévoit, l'adhésion à titre individuel d'anciens salariés ou d'ayants droit de salariés.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de l'autorisation.

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 732-19, l'autorisation peut être retirée par l'autorité compétente de l'État en cas de modification substantielle des données au vu desquelles elle avait été délivrée.

« Pour les institutions autres que celles qui sont dans le champ de compétence de la commission prévue à l'article L. 732-10, un décret en Conseil d'État détermine les conditions auxquelles est subordonné le retrait de l'autorisation. »

Art. 17. "

I. – Au chapitre II du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est insérée une section 2 intitulée « fonctionnement » comportant les articles L. 731-11, L. 731-3, L. 731-2, L. 731-4 et L. 731-12 qui deviennent respectivement les articles L. 732-2, L. 732-3, L. 732-4, L. 732-5 et L. 732-6.

II. – Il est ajouté à cette section 2 un article L. 732-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-7.* – Un décret en Conseil d'État détermine les règles de fonctionnement et les conditions de la liquidation de l'institution. »

III. – Aux articles L. 732-2, L. 732-3, L. 732-4, L. 732-5 et L. 732-6, les mots : « l'article L. 731-1 », sont remplacés par les mots : « l'article L. 732-1 ».

Art. 18.

I. — Au chapitre II du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est insérée une section 3 intitulée « Régime financier et comptable » comportant l'article L. 731-13 qui devient l'article L. 732-8 ainsi que l'article L. 732-9 ci-après :

« Art. L. 732-9. — Les institutions sont soumises au contrôle d'un ou de plusieurs commissaires aux comptes.

« Ce contrôle s'exerce dans les conditions et sous les sanctions prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur sous réserve des adaptations qui sont rendues nécessaires par le statut juridique des institutions et qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. — A l'article L. 732-8, les mots : « l'article L. 731-1 », sont remplacés par les mots : « l'article L. 732-1 ».

Art. 19.

1° A l'article 1050 du code rural, les mots : « caisses de prévoyance », sont remplacés par les mots : « institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire ».

2° Le second alinéa de l'article 1050 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les institutions définies au premier alinéa sont soumises au contrôle de la Commission instituée par l'article L. 732-10 du code de la sécurité sociale. »

3° A l'article 1051 dudit code, les termes : « L. 731-9 » et « L. 731-10 », sont remplacés par les termes : « L. 731-2 » et « L. 731-3 ».

Art. 20.

I. — A l'article L. 111-2 troisième alinéa b) du code de la mutualité, les mots : « aux articles L. 3 et L. 4 » du code de la sécurité sociale, sont remplacés par les mots : « aux articles L. 711-1 et L. 732-1 ».

II. — Au deuxième alinéa de l'article L. 121-1 du code de la mutualité, les mots : « d'un accord d'établissement », sont remplacés par les mots : « d'un accord d'établissement, de la ratification à la majorité des intéressés, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ».

TITRE IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 21.

I. – Les dispositions de l'article 7 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits antérieurement à la publication de la présente loi.

II. – Les contrats ou conventions souscrits antérieurement à la date de publication de la présente loi devront, dans le délai d'un an suivant cette date, être rendus conformes, selon le cas, aux dispositions de l'article 4.

III. – Les dispositions de l'article 5 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits deux ans au moins avant la date de publication de la présente loi.

Ces dispositions deviendront applicables aux autres contrats ou conventions souscrits avant la date de publication de la présente loi lorsqu'un délai de deux ans se sera écoulé depuis la souscription de ces contrats.

IV. – Les dispositions des articles 2 et 3 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits à partir de la date de publication de la présente loi.

V. – Par dérogation à l'alinéa 2 de l'article 6 de la présente loi, les organismes qui, pour les opérations ayant pour objet la couverture des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, du risque décès, des risques d'incapacité ou d'invalidité ou du risque chômage, n'ont pas, à la date de publication de la présente loi, pour les contrats ou conventions existants, les provisions correspondant à leur engagement, ou ne sont pas en mesure de les constituer intégralement à l'aide de leurs réserves, sont dispensés de l'obligation de provisionnement intégral des rentes en cours de service à cette date.

Ils disposent d'une période transitoire se terminant le 31 décembre 1996 pour constituer chaque année et au moins linéairement les provisions nécessaires à la couverture des rentes à venir pour les contrats ou conventions existants. Une indemnité de résiliation correspondant à la fraction de l'engagement qui, chaque année, n'est pas couverte intégralement par des provisions, est due par le souscripteur en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat ou de la convention.

Un décret détermine les modalités d'application des deux précédents alinéas.

Art. 22.

Un décret en Conseil d'Etat codifie, en tant que de besoin, les dispositions du titre premier de la présente loi dans le code des assurances, dans le code de la sécurité sociale et dans le code de la mutualité.

Fait à Paris, le 16 août 1989.

Signé : MICHEL ROCARD.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la Solidarité,
de la Santé et de la Protection sociale,

Signé : CLAUDE EVIN.