



# VOUS PROTÉGER

## VOUS ET VOTRE ENTREPRISE

spécial travailleurs non salariés



Vous êtes dirigeant travailleur  
non salarié (TNS) ?  
Dans ce guide pratique on vous  
donne toutes les informations  
nécessaires pour bien comprendre  
comment fonctionnent la protection  
santé, la prévoyance et la retraite  
pour les dirigeants non salariés.  
Vous y trouverez également tous nos  
conseils et points de vigilance pour  
bien choisir vos contrats d'assurance  
en fonction de vos besoins.

Grâce à ce guide, assurez-vous d'être  
bien assuré !



# SOMMAIRE

## **1 La protection santé du régime des indépendants**

- 01 - Définition et fonctionnement
- 02 - Comprendre le système de remboursement
- 03 - Les principales garanties du régime général
- 04 - Rémunération et protection sociale
- 05 - Prolonger vos droits grâce à la portabilité

## **2 Les complémentaires de santé**

- 01 - Une obligation pour les entreprises privées
- 02 - Le contrat responsable
- 03 - La résiliation du contrat

## **3 La prévoyance avec le régime de base**

- 01 - Structures juridiques et statut du dirigeant
- 02 - Avantages et inconvénients du régime de base
- 03 - La portabilité de la prévoyance

## **4 Les solutions complémentaires en prévoyance**

- 01 - Les contrats de prévoyance Madelin
- 02 - Les types de garantie
- 03 - Focus sur l'invalidité
- 04 - Les modalités d'indemnisation

## **5 La retraite du dirigeant TNS**

- 01 - Les différents niveaux de retraite
- 02 - Le calcul de la retraite
- 03 - Bien préparer votre retraite
- 04 - PER : le Plan d'Épargne Retraite
- 05 - L'assurance vie

## PLUS DE 11 000 CLIENTS SATISFAITS

Dougs est un cabinet d'expertise comptable en ligne doté d'une mission : **simplifier la vie des entrepreneurs** pour qu'ils puissent se consacrer au développement de leur activité.

Notre secret ? Proposer un accompagnement technologique et humain complet alliant :

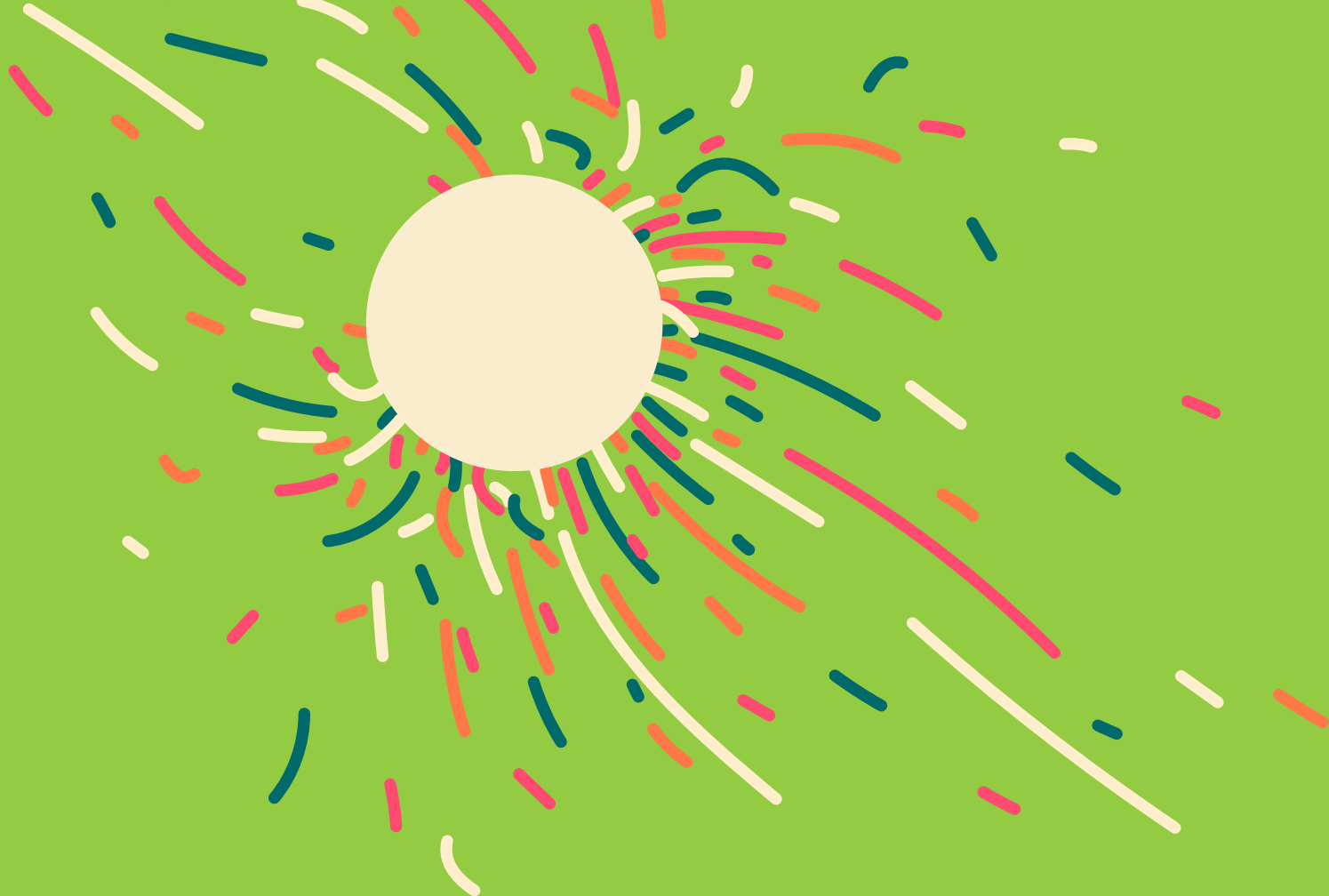
- **Simplicité d'utilisation** grâce à une Web app performante et intuitive qui se synchronise directement avec votre banque.
- **Qualité de suivi et conseil personnalisé** par nos équipes pluridisciplinaires : experts-comptables, comptables, juristes, fiscalistes...

**Les entrepreneurs qui utilisent Dougs comme expert-comptable passent seulement 28 minutes par mois sur leur compta !\***

\*Statistique réalisée auprès d'un échantillon de 2360 clients en 2019. Marge de mesure +/- 5 minutes.

*Testez l'application Dougs*

30 jours gratuits, Sans engagement



# LA PROTECTION SANTÉ DU RÉGIME DES INDÉPENDANTS

*01 - Définition et fonctionnement*

*02 - Comprendre le système de remboursement*

*03 - Les principales garanties du régime général*

*04 - Rémunération et protection sociale*

*05 - Prolonger vos droits grâce à la portabilité*

# DÉFINITION ET FONCTIONNEMENT

On commence tout de suite par quelques explications pour bien définir et distinguer les notions de **protection santé, régime de base** et **complémentaire santé**.

Environ 80 % de la population française est rattachée à la sécurité sociale pour le remboursement des soins de santé. Il est aussi possible d'être rattaché à la MSA pour les professionnels agricoles ou à des régimes spéciaux pour certaines sociétés comme EDF, RATP, SNCF, etc. En plus de ça, vous pouvez souscrire à des complémentaires santé pour bénéficier d'une **meilleure protection sociale**.

## Le régime général de la sécurité sociale

En France, plusieurs **régimes de santé de base obligatoires** sont différents en fonction de votre activité professionnelle.

Pour la protection santé du régime général de la sécurité sociale, c'est l'URSSAF qui s'occupe de prélever les cotisations, et les CPAM Caisses primaires d'assurance maladie s'occuperont du remboursement des prestations de santé. Pour être plus précis, les CPAM sont gérées par la CNAM, la Caisse nationale d'assurance maladie.

La sécurité sociale est divisée par branches correspondantes à la prise en charge de différents types de risques, pour la partie santé c'est l'assurance maladie qui en a la charge.

Que vous soyez dirigeant assimilé salarié ou TNS, vous êtes **rattaché à la sécurité sociale pour les remboursements de santé de base**.

## La MSA pour les dirigeants professionnels agricoles

Si vous êtes **travailleur indépendant agricole**, vous êtes rattaché à la **MSA**, Mutualité sociale agricole, pour votre protection santé de base. La MSA s'occupe de collecter et gérer les cotisations sociales, puis de les reverser sous forme de prestations de santé mais aussi de retraite et de prévoyance.

En réalité, il existe différentes caisses de la MSA propres à chaque département. Elles sont coordonnées par la CCMSA, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Vous devez donc en cas de besoin vous adresser directement à la MSA dont vous dépendez.

Comme la sécurité sociale, la MSA prend en charge les branches famille, maladie, accidents du travail, retraite et maternité. Les remboursements sont au **même niveau que si vous étiez au régime général de la sécurité sociale** et vous êtes **couvert pour les risques liés à votre activité professionnelle**.

Pour la protection santé, les remboursements de la MSA sont les mêmes que si vous bénéficiiez du régime général. La différence se fait sur la **prévoyance** : en tant que travailleur indépendant agricole, vous n'avez pas d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie mais seulement en cas d'accident du travail.

En tant que travailleur indépendant agricole, vos cotisations à des contrats supplémentaires santé, prévoyance et retraite ne génèrent ni charges sociales, ni charges fiscales ! Vous avez tout intérêt de souscrire à un **contrat d'assurance Madelin agricole**. En effet, vous bénéficierez d'avantages fiscaux et sociaux : vous pourrez déduire vos cotisations de vos revenus professionnels imposables. Fiscalement, la déduction de vos cotisations se fait dans la même limite que les contrats Madelin classiques. La grande différence, c'est que le contrat Madelin agricole permet de déduire vos cotisations au niveau social.

# COMPRENDRE LE SYSTÈME DE REMBOURSEMENT

## Les notions clés

**Base de remboursement (BR ou BRSS)** : C'est le tarif de référence de l'assurance maladie obligatoire pour calculer vos remboursements.

**Taux de remboursement** : Un taux est appliqué sur la base de remboursement par l'assurance maladie pour déterminer les montants à rembourser. Ce taux peut être inférieur à la base de remboursement s'il est en dessous de 100 %.

**Ticket modérateur (TM)** : Il s'agit de la part qui reste à votre charge après remboursement de l'assurance maladie. En fonction de votre complémentaire santé et de votre contrat d'assurance, le ticket modérateur peut être entièrement ou partiellement pris en charge.

**Dépassement d'honoraires** : Certains professionnels ont des prix plus élevés que le tarif de base de la sécurité sociale, comme les professionnels de santé conventionnés secteur 2. Il s'agit des dépassements d'honoraires. Ils ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et peuvent parfois être remboursés par votre complémentaire.

**Franchise médicale** : Les franchises médicales constituent des participations forfaitaires déduites des remboursements médicaux par les régimes de l'Assurance Maladie. Les franchises médicales s'appliquent sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les franchises médicales sont de 50 centimes pour les médicaments, 50 centimes pour les actes paramédicaux et 2€ pour les transports sanitaires.



**Participation forfaitaire** : Les participations forfaitaires sont des contributions dues pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie. La participation forfaitaire de 1€ est une contribution due pour chaque acte ou consultation. La participation forfaitaire de 24€, aussi appelée Ticket modérateur forfaitaire (TMF), est une participation à la charge de l'assuré lorsque le tarif des actes médicaux (en hospitalisation ou externe) est supérieur ou égal à 120€.

**Tiers payant** : le tiers payant est un mécanisme par lequel l'assuré est dispensé de payer l'avance de certains frais médicaux ; qui seront en revanche pris en charge par le régime d'assurance maladie (Tiers payant partiel) et la complémentaire santé (Tier payant total).

**Télétransmission** : la télétransmission est un échange d'informations informatisées entre les divers acteurs de santé. Elle permet à l'assuré, entre autres, d'être dispensé d'envoyer ses feuilles de soins à l'Assurance Maladie et ensuite les décomptes à sa complémentaire.

**Délai de carence** : il s'agit de la période selon la date d'effet du contrat pendant laquelle un nouvel adhérent ne peut bénéficier des prestations de sa garantie.

**Frais réels** : ils correspondent aux sommes réellement engagées. Dans le cas où vous bénéficiez de remboursement aux frais réels, ça veut dire que vous serez intégralement remboursé.

## Comment fonctionne le remboursement ?

Pour bien comprendre les remboursements des frais de santé, vous devez connaître leur fonctionnement.

Les remboursements sont calculés selon un **pourcentage de la BRSS** (Base de remboursement de la sécurité sociale), un remboursement à **100 % du BRSS ne signifie pas que vous serez intégralement pris en charge**. Pour être entièrement remboursé, vous devez bénéficier de **remboursements aux frais réels**, aux sommes réellement engagées.

Voici comment se déroule le remboursement d'une prestation :

- Pour chaque acte (dentiste, généraliste, etc.), la sécurité sociale définit une **base de remboursement** (BRSS ou BR, aussi appelée tarif conventionnel)
- La sécurité sociale prend en charge **un pourcentage en fonction de cette base de remboursement**, en général 70 %, c'est le ticket modérateur.
- L'assurance complémentaire santé viendra ensuite vous couvrir à 100 % ou plus pour compléter ce ticket modérateur. En cas de dépassement d'honoraires, certaines assurances complémentaires peuvent prendre en charge plus de 100 % du tarif conventionnel. On parle alors de **remboursements aux frais réels**.

## Conditions de remboursement

Pour être correctement remboursé, vous devez respecter un certain nombre de conditions.

Il est essentiel que vous suiviez le **parcours de soins coordonnés**, que ce soit pour être bien remboursé ou pour avoir un bon suivi. Suivre le parcours de soins implique tout d'abord de **désigner un médecin traitant**. Ensuite, vous devez **passer par lui en premier** avant de consulter certains professionnels de santé comme les spécialistes (cardiologue, dermatologue, etc.).

Notez que sans médecin traitant déclaré, ou si vous consultez des spécialistes sans respecter le parcours de soins coordonnés (hors spécialistes d'accès direct), vous serez moins bien remboursé. Par exemple, pour une consultation de 25€ chez un médecin généraliste que vous n'avez pas déclaré comme médecin traitant, la part prise en charge par la sécurité sociale sera de 6,50€ au lieu de 16,50€.

Enfin, sur certains actes, la sécurité sociale offre une faible prise en charge. Il est donc très important de prendre une **bonne complémentaire santé** en fonction de vos besoins et de ceux de votre foyer.

**Dougs propose des solutions d'assurances adaptées à votre situation.**

*Je veux en savoir plus!*

# LES PRINCIPALES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL

## Soins courants

Il y a 3 grandes catégories de médecin pour les soins courants :

- les médecins du secteur 1 appliquent le **tarif conventionnel**, ce qui représente environ  $\frac{3}{4}$  des médecins.
- les médecins du secteur 2 sont autorisés à **dépasser le tarif conventionnel**.
- enfin, les médecins du secteur 3 n'ont pas signé de convention avec la sécurité sociale, ils sont environ 500 en France. Le régime obligatoire base alors son remboursement sur un tarif symbolique : le **tarif d'autorité**.

À noter que sans passer par votre médecin traitant, vous pouvez consulter 4 spécialistes différents et être bien remboursé : le **dentiste**, l'**ophtalmologue**, le **gynécologue** et le **psychiatre** (avant 25 ans).

## Hospitalisation

La sécurité sociale rembourse **80 % s'il n'y a pas d'intervention chirurgicale** ou s'il s'agit d'une **intervention mineure** (végétations, ongles incarnés, etc.). Au delà du 31ème jour, la prise en charge sera de 100 %. Pour les **interventions plus importantes**, vous serez pris en charge à **100 %** immédiatement.

Pour les hôpitaux du secteur public, le tarif conventionnel (TC) est respecté. Selon la nature de l'hospitalisation, il peut rester à votre charge 20 % du TC, le forfait hospitalier et les frais annexes (chambre particulière, téléphone, etc.).

Pour les hôpitaux du secteur privé ou d'une clinique conventionnée, le tarif conventionnel n'est pas toujours respecté et il peut rester à votre charge : 20 % du TC, son dépassement, le forfait hospitalier et les frais annexes.

Pour les cliniques non conventionnées, les tarifs sont libres et le remboursement de la sécurité sociale est basé sur des tarifs inférieurs à ceux retenus pour les établissements conventionnés.

## Optique

L'optique est **très mal prise en charge par la sécurité sociale**. Les tarifs conventionnels pour les montures et verres ne correspondent pas du tout aux prix du marché. Le tarif conventionnel est extrêmement bas, pour une monture adulte il est de 2,34 €. Concernant les lentilles de vue, elles sont très rarement remboursées à part pour les enfants, mais le tarif de convention n'est tout de même pas aligné avec le prix réel.

## Dentaire

Les soins dentaires sont remboursés à **70 % du tarif conventionnel** de la sécurité sociale. Pour l'orthodontie, la prise en charge est seulement pour les enfants et sous certaines conditions. Enfin pour les prothèses, quel que soit leur type, elles sont remboursées à 70 %. L'orthodontie pour les adultes ou les implants dentaires ne sont pas pris en charge.

## Médecine douces

Les médecines douces ne sont **pas prises en charge** par le régime obligatoire. Toutefois, certaines mutuelles complémentaires peuvent proposer des remboursements sur ces prestations.

## Auditif

Les prothèses auditives sont **remboursées si vous avez une prescription médicale**. Le remboursement varie en fonction de votre âge. Pour être bien remboursé passé les 20 ans, il vaut mieux prendre une complémentaire qui présente les remboursements en euros plutôt qu'en pourcentage du BRSS.

## En conclusion

L'essentiel est de **choisir votre mutuelle en fonction de vos besoins de santé spécifiques** et non pas toujours celle qui propose les tarifs les plus attractifs. Le point sur lequel vous devez être le plus vigilant est sans aucun doute l'optique si vous avez besoin d'une correction.

# RÉMUNÉRATION ET PROTECTION SOCIALE

En tant que TNS, vous êtes rattaché à la **sécurité sociale des Indépendants**, qui est intégrée depuis 2020 au régime général de la sécurité sociale. Vous bénéficiez des **mêmes taux de remboursements** que les salariés **pour les dépenses de soins de santé**. Mais comme on a pu le voir précédemment, ces remboursements de base sont insuffisants pour certains types de soins comme l'optique.

Hormis les frais de santé, il y a une **grande différence** au niveau de la protection sociale d'un dirigeant qui a le statut assimilé salarié et un dirigeant avec le statut de TNS (travailleur non salarié) au niveau de la **prévoyance** et de la **retraite**.

Pour la prévoyance (incapacité de travail, invalidité ou décès), si vous n'êtes pas rémunéré, vous cotisez en tant que TNS à un **forfait de charges sociales** vous permettant de bénéficier d'une **couverture minimale** en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès.

Pareillement pour la retraite, si vous n'êtes pas rémunéré et donc que vous ne cotisez pas, vous n'avez **aucun droit à la retraite de base**. Pour être plus précis, en général, sans rémunération vous n'avez pas de trimestre cotisé ni aucun droit à la retraite complémentaire (points AGIRC, ARRCO). Mais cela dépend également du régime obligatoire auquel vous êtes affilié en tant que TNS, notamment si vous exercez une profession libérale réglementée.

# PROLONGER VOS DROITS GRÂCE À LA PORTABILITÉ

Il existe une possibilité pour prolonger vos droits à la protection sociale du régime général de la sécurité sociale : la **portabilité**.

Si vous êtes à l'ARE (Allocation chômage d'aide au retour à l'emploi), par exemple si vous créez votre entreprise après une rupture conventionnelle ou un licenciement, vous pouvez bénéficier de la portabilité de votre protection sociale.

Depuis 2013, la portabilité est une obligation pour toutes les entreprises. Concrètement, la portabilité vous permet en tant que salarié démissionnaire (ou licencié) de **prolonger votre protection sociale pendant 12 mois** maximum après votre départ de l'entreprise ou dès lors que vous reprenez une activité salariée. Autrement dit, c'est une prolongation de votre couverture sociale d'entreprise qui s'adresse spécifiquement aux personnes indemnisées par Pôle Emploi.

À noter : la période de portabilité dépend de votre ancienneté dans l'entreprise que vous quittez. Ainsi, si vous n'avez travaillé que 2 mois dans l'entreprise, vous pourrez bénéficier de 2 mois de portabilité.





# LES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

*01 - Une obligation pour les entreprises privées*

*02 - Le contrat responsable*

*03 - La résiliation du contrat*

# UNE OBLIGATION POUR LES ENTREPRISES PRIVÉES

Que ce soit la MSA ou l'Assurance maladie, **certains types de soins ne sont pas entièrement couverts**.

C'est le cas notamment pour l'optique, où la part prise en charge par la sécurité sociale des indépendants est très faible.

Une **complémentaire santé** permet de couvrir la totalité ou une partie des frais de santé restés à votre charge. Selon vos besoins, différents niveaux de complémentaires santé sont généralement proposés avec des renforts sur certains types de prestations (optique, dentaire, etc.)

En tant que travailleur non salarié, vous pouvez bénéficier d'une complémentaire santé payée par votre entreprise dans le cadre du **dispositif Madelin**.

Depuis le 1er janvier 2016 et la loi ANI (accord national interprofessionnel), toutes les entreprises du secteur privé sont dans l'obligation de mettre en place une complémentaire santé pour leurs salariés. La mise en place d'un contrat de complémentaire santé doit être financée obligatoirement à 50 % par votre entreprise, mais vous pouvez aussi aller jusqu'à 100 %.

À savoir : complémentaire santé et mutuelle ne désignent techniquement pas la même chose, mais dans le langage courant c'est utilisé pour désigner le même service d'assurance santé complémentaire. En réalité, une complémentaire santé est vendue par une compagnie d'assurance, tandis qu'une mutuelle désigne un type de société à but non lucratif qui propose elle aussi une assurance santé.

## LE CONTRAT RESPONSABLE

La plupart des contrats proposés par les mutuelles ou complémentaires santé sont des contrats de mutuelle responsables. Un contrat responsable doit obligatoirement **respecter un cahier des charges** fixé par un décret. Ce cahier des charges définit notamment des obligations, des plafonds ou des planchers de remboursements.

Ainsi avec un contrat responsable, les complémentaires santé doivent respecter des obligations. Elles doivent notamment proposer une extension des garanties obligatoires pour la prise en charge du ticket modérateur en optique, dentaire et appareillage auditif. De plus, en cas d'hospitalisation le forfait journalier doit être remboursé sans limitation de durée et dès le premier jour.

Par exemple pour vos frais optiques, vous avez le droit à une paire de lunettes tous les 2 ans, ou tous les ans pour vos enfants, avec une prise en charge de 100€ maximum sur les montures, de 50 à 420€ pour les verres simples et jusqu'à 800€ pour les verres complexes.

En cas de dépassement d'honoraires, vous serez mieux remboursé si vous consultez un médecin signataire de l'OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou de l'OPTAM-CO (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et Obstétriciens). Dans le cas contraire, les remboursements seront limités à 200% de la BRSS.

Le contrat responsable a donc pour objectif d'**encadrer et contrôler les dépenses de santé** en vous incitant en tant qu'assuré à adopter un comportement "responsable".

Concrètement, pour être correctement remboursé avec ce type de contrat, vous devez vous soumettre à certaines conditions :

- désigner un **médecin traitant** et le consulter en priorité
- respecter le **parcours de soins coordonnés**
- ne pas consulter des professionnels de santé pratiquant de forts dépassements d'honoraires

Si vous ne respectez pas ces conditions, vous serez assujetti à la taxe sur les conventions d'assurance à hauteur de 14% au lieu de 7%.

# LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Il existe 3 motifs préexistants pour la résiliation d'un contrat d'assurance complémentaire :

- la résiliation **à échéance**
- la résiliation pour **modification du contrat d'assurance**
- la résiliation **"loi Chatel"**

## La résiliation infra-annuelle

Depuis la mise en application le 1er décembre 2020 de la loi du 14 juillet 2019, vous pouvez résilier votre contrat de complémentaire santé à tout moment **à partir du 12ème mois d'adhésion**. La résiliation doit obligatoirement se faire **sans frais ni pénalités**, votre assureur est tenu de vous rembourser les cotisations qui auraient été encaissées pour la période restante à couvrir. Cette résiliation doit être faite au maximum 30 jours après la réception de votre demande par votre assureur, ou à une date ultérieure si vous l'indiquez explicitement dans votre demande de résiliation.

Son champ d'application est très vaste. Tous les contrats de santé qu'ils soient individuels, collectifs facultatifs ou collectifs obligatoires sont concernés, même s'ils contiennent d'autres types de garanties comme une assistance, une garantie obsèques, etc.

## Quelles sont les formalités pour résilier votre contrat ?

Vous avez quelques formalités à respecter pour que votre demande de résiliation soit bien prise en compte.

Il existe plusieurs moyens pour demander la résiliation de votre contrat d'assurance complémentaire :

- par **lettre** ou tout autre support durable
- par **déclaration** faite au siège social ou chez un représentant de l'assureur
- par **acte extrajudiciaire**
- tout autre moyen de communication prévu dans votre contrat

Enfin, lorsque votre assureur propose la conclusion de votre contrat par un mode de communication à distance, vous pouvez utiliser le même mode de communication.

Votre organisme assureur doit obligatoirement **accuser réception de votre demande** de résiliation et confirmer la date de prise d'effet de votre résiliation. Ça concerne tous les modes de résiliation, que ce soit à échéance, dans le cadre de la loi Chatel, etc.

La lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) n'est plus une condition pour que votre demande de résiliation soit valide. Toutefois, elle reste un moyen de prouver que votre demande de résiliation a bien été réceptionnée en cas de problème.



# LA PRÉVOYANCE AVEC LE RÉGIME DE BASE

*01 - Structures juridiques et statut du dirigeant*

*02 - Avantages et inconvénients du régime de base*

*03 - La portabilité de la prévoyance*

# STRUCTURES JURIDIQUES ET STATUT DU DIRIGEANT

Avant de parler plus en détail de votre prévoyance en tant que dirigeant travailleur non salarié, vous devez savoir qu'il existe deux grandes familles de structures juridiques pour exercer votre activité : les **entreprises individuelles** et les **sociétés de capitaux**.

La grosse différence entre les deux, c'est qu'en entreprise individuelle vous êtes donc travailleur non salarié (TNS) et votre **patrimoine personnel peut se confondre avec celui de votre entreprise**, tandis qu'une société est une personne morale. Ça signifie qu'une société est une **entité juridique indépendante** qui possède son propre patrimoine. De plus, votre statut de dirigeant est différent en fonction de votre structure.

Statut juridique	Nb min. d'associés	Dirigeant	Statut social du dirigeant	Régime fiscal
Auto-entreprise	1	entrepreneur	TNS	impôt sur le revenu
EI	1	entrepreneur	TNS	impôt sur le revenu
EURL	2	gérant	gérant associé : TNS gérant non-associé : assimilé salarié	impôt sur le revenu ou impôt sur les sociétés
SARL	2	un ou plusieurs gérants	gérant minoritaire ou égalitaire : assimilé salarié gérant majoritaire : TNS	impôt sur les sociétés ou IR sur option
SELARL	2	un ou plusieurs gérants	gérant minoritaire ou égalitaire : assimilé salarié gérant majoritaire : TNS	impôt sur les sociétés
SA	7	président/DG	assimilé salarié	impôt sur les sociétés
SAS	1	président	assimilé salarié	impôt sur les sociétés



## AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

En tant que TNS, la sécurité sociale des indépendants peut vous verser des **indemnités journalières** si vous êtes en incapacité temporaire de travailler **sous certaines conditions** :

- un revenu annuel d'au moins 10% la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale pendant les 3 années précédentes
- être affilié depuis au moins 1 an à la sécurité sociale des indépendants
- transmettre votre arrêt de travail dans les délais à la SSI
- être à jour dans vos cotisations sociales
- votre activité de TNS doit être exercée comme activité principale

Toutefois, le **montant des indemnités** journalières de la sécurité sociale des indépendants **est limité**. La durée ne peut pas être supérieure dans la plupart des cas à 360 jours d'indemnisation sur une période de 3 ans et il y a un **délai de carence** de 3 jours.

Depuis le 1er juillet 2021, les professions libérales peuvent toucher des indemnités journalières **après un délai de carence de 3 jours et pendant 90 jours**. Au-delà de 90 jours, vous pouvez percevoir des indemnités journalières seulement si vous êtes affilié à la CAVEC, la CARMF, la CARPIMKO ou la CARCDSF. Si vous êtes rattaché à une autre caisse de retraite (CIPAV, CAVOM, CAVAMAC, etc.), vous ne pouvez pas bénéficier d'indemnités journalières au-delà de 90 jours.

Attention, les avocats ne sont pas concernés par cette réforme. À noter que ces indemnités peuvent également être versées aux conjoints collaborateurs.

Pour compléter cette couverture de base, **souscrire une assurance prévoyance TNS complémentaire** vous permet de toucher des indemnités journalières qui viendront compléter le régime obligatoire pour mieux compenser la perte de revenus de votre foyer. Cela vous permet d'être **indemnisé pendant le délai de carence ou pendant la première année d'affiliation**, notamment dans le cas où vous créez votre entreprise ou si vous passez d'une SAS à une SARL ou à une EURL.

En cas d'accident ou de maladie qui vous causerait une invalidité, vous pouvez percevoir une **pension invalidité** même en tant qu'indépendant TNS. Vous devez respecter **certaines conditions de la sécurité sociale des indépendants** pour bénéficier de cette pension d'invalidité, notamment avoir une invalidité fonctionnelle de plus de 66%. Si vous êtes éligible, le montant de votre pension invalidité sera calculé en fonction de votre taux d'invalidité. Pour les professions libérales, le montant de votre pension d'invalidité est différent en fonction du régime obligatoire dont vous dépendez.

Pour compléter cette pension invalidité, vous avez donc tout **intérêt à avoir souscrit un contrat de prévoyance**, qui viendra faire le complément de votre régime obligatoire pour conserver votre niveau de revenu. En fonction de votre taux d'invalidité, les contrats de prévoyance TNS ne prévoient pas la même rente d'invalidité.

La prévoyance englobe également le **versement d'un capital décès** à vos ayants-droits, votre famille. Le régime obligatoire de l'assurance maladie comprend un capital décès calculé sur la base du revenu utilisé pour calculer la cotisation maladie. Comme pour l'invalidité, le montant de votre indemnisation si vous êtes professionnel libéral est **différent en fonction de votre régime obligatoire**. Mais ce montant peut bien souvent être insuffisant pour subvenir aux besoins de votre famille.

# LA PORTABILITÉ DE LA PRÉVOYANCE

Comme pour votre protection santé, si vous étiez salarié (ou assimilé) avant de devenir TNS, il est possible de bénéficier de la portabilité de votre prévoyance complémentaire au maximum pendant les **12 premiers mois qui suivent votre démission ou licenciement** (sauf pour faute grave).

La portabilité de la prévoyance complémentaire comprend les mêmes protections prévues dans le contrat d'origine du temps où vous étiez salarié. Pour rappel, vous devez bénéficier de l'ARE afin de profiter de la portabilité de votre protection sociale.

Concrètement, en cas d'accident grave qui vous rendrait indisponible pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, vous pouvez bénéficier d'**indemnités journalières calculées comme si vous étiez encore salarié**. Dans cette situation, vos indemnités journalières sont calculées en fonction des salaires que vous avez perçus quand vous étiez salarié et non en fonction de vos indemnités Pôle emploi.



# LES SOLUTIONS COMPLÉMENTAIRES EN PRÉVOYANCE

*01 - Les contrats de prévoyance Madelin*

*02 - Les types de garantie*

*03 - Focus sur l'invalidité*

*04 - Les modalités d'indemnisation*

# LES CONTRATS DE PRÉVOYANCE MADELIN

En tant que travailleur non salarié, la prévoyance de votre régime obligatoire est très souvent insuffisante pour couvrir correctement les pertes de revenus qui peuvent vous toucher en cas d'arrêt de travail, d'incapacité temporaire, d'invalidité, de décès ou d'une perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

C'est pourquoi il existe des contrats de prévoyance complémentaire qui vont venir **compléter la couverture de base de votre régime obligatoire** pour compenser vos pertes de revenus et continuer à payer les charges récurrentes à votre activité.

En tant que travailleur non salarié, vous pouvez souscrire un **contrat de prévoyance payé par votre entreprise** dans le cadre de la Loi Madelin.

## Les avantages de la Loi Madelin

En tant que travailleur non salarié, vous avez la possibilité de souscrire à un contrat de prévoyance Madelin pour améliorer les prestations comprises dans le régime obligatoire. Ce dispositif fiscal destiné exclusivement aux TNS et aux conjoints collaborateurs vous permet de **déduire fiscalement de votre revenu imposable les cotisations de vos garanties complémentaires**, que ce soit pour votre santé ou votre prévoyance.

Ainsi, le contrat de prévoyance Madelin permet d'**optimiser votre couverture** et de garantir un revenu pour vous ou votre famille en cas d'invalidité, d'incapacité totale temporaire de travail (ITT) ou de décès.

Le contrat de prévoyance Madelin vous permet donc de déduire fiscalement les cotisations liées à ce contrat de votre revenu professionnel imposable. Il existe toutefois un **plafond de déductibilité** égal à 7 % du PASS + 3,75 % de votre bénéfice imposable et dans la limite de 3 % de 8 PASS (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale).

Il y a quelques conditions à respecter pour pouvoir souscrire à un contrat de prévoyance Madelin :

- vous devez être **à jour dans vos cotisations** obligatoires
- le versement de vos cotisations doit présenter un caractère **régulier** dans le montant et la périodicité
- la sortie doit se faire obligatoirement **sous forme de rente** – pas de faculté de rachat (à noter que la rente est imposable au barème de l'IRPP art 158.5b/b du CGI)

Attention, vous devez bien remplir les conditions des contrats responsables pour pouvoir déduire vos cotisations.

## Les points clés pour choisir votre contrat

Pour bien choisir votre contrat de prévoyance et vos garanties, certains points techniques essentiels sont à prendre en compte :

- les conditions d'âge
- la cible
- l'évolution des tarifs et des prestations
- les modalités d'indemnisation
- la gestion
- les modalités de souscription
- l'invalidité
- les exclusions, limitations et délais d'attente
- la territorialité

# LES TYPES DE GARANTIE

## Prévoyance familiale

Un contrat de prévoyance complémentaire, qu'il soit collectif ou individuel, peut être **étendu à toute la famille**.

En cas d'arrêt de travail, d'incapacité ou d'invalidité ce type de contrat permet de **couvrir la perte de revenu de votre foyer**. En cas de décès ou de perte totale d'autonomie, ce type d'option permet d'avoir des garanties supplémentaires comme la **garantie rente éducation** qui permet à vos enfants de bénéficier d'une rente pour terminer leurs études.

Il existe également la **garantie rente conjoint** qui elle vise à aider votre conjoint à maintenir son niveau de vie s'il vous arrivait quelque chose.

## La garantie "homme-clé"

Certains contrats de prévoyance complémentaire dépassent même la couverture du régime de base de la sécurité sociale des indépendants en proposant une garantie « homme-clé ». Cette garantie vise à protéger votre entreprise en cas du **décès ou de l'absence de longue durée d'une personne essentielle à votre entreprise** (le dirigeant, un associé, etc.).

Malheureusement, trop souvent les entreprises déposent le bilan suite à la disparition d'une personne clé, par exemple qui rapporte à elle seule plus de 50 % du chiffre d'affaires ou qui dispose d'un savoir-faire spécifique.

Concrètement, dans ces situations la garantie « homme-clé » permet de **compenser la perte de chiffre d'affaires que peut rencontrer votre entreprise**. C'est votre entreprise qui choisit le montant des capitaux versés, il faut donc essayer d'anticiper les coûts auxquels devra faire face votre entreprise s'il vous arrivait quelque chose.

## **RC professionnelle et RCMS**

La responsabilité civile professionnelle est un autre type de prévoyance qui vise à protéger votre entreprise si sa responsabilité, celle d'un salarié ou même celle du matériel est mise en cause. Autrement dit, **en cas de litige** avec un tiers, la responsabilité civile professionnelle **protège votre entreprise des coûts des dommages immatériels et matériels causés à un tiers**.

Souscrire à une responsabilité civile professionnelle n'est pas une obligation en général mais on vous le recommande fortement, les dommages causés à un tiers peuvent être très coûteux. Dans certains secteurs comme la santé, le bâtiment, le droit, le tourisme, l'architecture ou l'immobilier il est obligatoire d'avoir une responsabilité civile professionnelle.

Alors que la responsabilité civile professionnelle protège l'entreprise dans son ensemble, la **RCMS** (Responsabilité civile mandataires sociaux) **vous protège exclusivement en tant que dirigeant** et plus largement tous les mandataires sociaux de votre entreprise.

En tant que mandataire social, votre responsabilité peut être mise en cause et votre patrimoine personnel peut être attaqué dans certains cas.



Avec la RCMS, c'est votre entreprise qui cotise pour votre protection. Vous êtes ainsi couverts en cas de :

- non respect de la législation, de la sécurité du travail ou des règles d'hygiène
- fautes de gestion

La responsabilité civile mandataire sociaux est **très avantageuse pour votre entreprise**. Elle vous protège à la fois à titre privé en tant que dirigeant mais aussi votre société et actionnaires en cas de litige impliquant votre responsabilité. Concrètement, elle permet de **couvrir les dommages et intérêts et tous les frais de défenses** en cas de poursuites juridiques.

## Assurance perte d'emploi

En tant que dirigeant TNS, vous ne cotisez pas à l'assurance chômage car vous n'avez pas de contrat de travail. En cas de chômage, vous pouvez assurer le maintien d'un revenu en cas de chômage **uniquement en souscrivant à un contrat d'assurance perte d'emploi** dans le cadre de la loi Madelin.

Par rapport à l'étendue de la couverture des assurances perte d'emploi, celle-ci peut se diviser en 3 grandes catégories :

- **perte d'emploi du mandataire social** (révocation ou un non renouvellement de mandat)
- perte d'emploi **sur décision judiciaire** (redressement judiciaire, liquidation judiciaire, jugement arrêtant un plan de cession)
- perte d'emploi **sous contrainte économique** (dissolution anticipée, cession, fusion absorption, restructuration profonde)

## FOCUS SUR L'INVALIDITÉ

L'invalidité est un point extrêmement important à prendre en compte dans vos contrats de prévoyance. En tant que dirigeant, vous n'êtes pas à l'abri d'un **accident qui pourrait vous empêcher d'exercer votre métier** et donc de percevoir votre rémunération.

Il existe plusieurs barèmes pour l'évaluation du degré d'invalidité sur lesquels vont se baser les médecins experts pour fixer le taux d'invalidité :

- l'invalidité fonctionnelle, basée sur l'**incapacité à effectuer des gestes du quotidien**
- l'invalidité professionnelle, basée sur l'**incapacité à exercer sa profession correctement**. Elle est fixée selon un barème contractuel (fourni par votre assureur) ou selon la définition contractuelle de l'invalidité (dans cette situation c'est le médecin expert qui fixe le taux d'invalidité en tenant compte des critères de votre contrat)
- le barème croisé, basé à la fois sur l'invalidité fonctionnelle et professionnelle

En fonction de votre taux d'invalidité, les contrats de prévoyance ne prévoient pas la même rente d'invalidité.

Si vous avez un **taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 %**, votre assureur vous versera **100 % du montant de la rente** souscrite dans la plupart des cas.

Si votre **taux d'invalidité est compris entre 66 et 33 %**, on parle alors d'invalidité partielle. Dans ce cas là, il existe **plusieurs modes de calcul** dans les contrats de prévoyance pour calculer la rente d'invalidité, ce qui participe à créer des disparités importantes selon les contrats.

Exemple : M. Dupont est en invalidité partielle à 50 %.

Le montant maximum de sa rente invalidité est de 4 000 €/mois.

$N$  = taux d'invalidité (parfois également noté « $T$ »).

Mode de calcul		% de rente	Montant rente partielle
$N/100$	$50/100$	50 %	2 000 €
$N - 33/33$	$50 - 33/33$	51,52 %	2 060,80 €
$3N/2$	$3*50/2$	75 %	3 000 €
$N/66$	$50/66$	75,76 %	3 030,40 €

Enfin si votre **taux d'invalidité est inférieur à 33 %**, la grande majorité des contrats de prévoyance ne vous verseront **aucune rente d'invalidité**. En effet, le seuil minimum pour le versement de la rente est de 33 % dans presque tous les contrats de prévoyance.

Certains contrats prévoient toutefois la possibilité de bénéficier d'un seuil de déclenchement de l'invalidité dès 16 %. Cette option est assez coûteuse et est surtout utile dans certaines activités (professions libérales, médicales, etc.), par exemple pour un chirurgien qui se brise le doigt. Pour ces professions, les assureurs ont de base un barème professionnel.

# LES MODALITÉS D'INDEMNISATION

Pour terminer sur la prévoyance, plusieurs modes d'indemnisation sont possibles en fonction de votre contrat de prévoyance. Votre contrat d'assurance prévoyance complémentaire peut être soit un **contrat forfaitaire**, **indemnitaire** ou **indemnitaire pondéré**.

## Contrat forfaitaire

Avec ce type de contrat, la prestation versée par l'assureur sera **égale à la base de garantie** à laquelle vous avez souscrite, sans que l'assureur ne vérifie les derniers revenus déclarés.

Si vous êtes **dirigeant de SAS ou de SASU** et que vous percevez une rémunération majoritairement sous forme de **dividendes**, ce type de contrat est le plus intéressant pour vous, à condition que celui-ci couvre les dividendes.

## Contrat indemnitaire

Avec le contrat indemnitaire, en cas de sinistre l'assureur va cette fois vérifier systématiquement vos derniers revenus et ne vous **indemniser qu'à hauteur maximum de vos derniers revenus**, après déduction des prestations versées par votre régime obligatoire.

## Contrat indemnitaire pondéré

Le contrat indemnitaire pondéré fonctionne comme le contrat indemnitaire en cas de sinistre. Néanmoins **l'assiette de calcul** n'est pas le revenu perçu la dernière année mais la **moyenne des revenus des deux ou trois dernières années**, avec parfois application d'un « coefficient de tolérance ». Il permet d'amortir une chute accidentelle de revenus mais est totalement inefficace face à une baisse durable.

Voici un exemple pour bien comprendre la différence entre les différentes modalités d'indemnisation des contrats d'assurance prévoyance.

M. Dupont a souscrit il y a 3 ans à un contrat de prévoyance à hauteur de 50 000 €. Suite à une chute de son activité, ses revenus sont passés à 30 000 € en N-2 puis 25 000 € en N-1. Aujourd'hui, il se retrouve dans l'incapacité temporaire d'exercer son activité pour raison de santé.

Modalités d'indemnisation	Indemnité journalière RSI	Indemnité journalière prévoyance complémentaire	Indemnité journalière totale
Forfaitaire	47,94€	89,04€	136,98€
Indemnitaire	47,94€	20,55€	68,49€
Indemnitaire pondérée	47,94€	50,01€	97,95€



# LA RETRAITE DU DIRIGEANT TNS

*01 - Les différents niveaux de retraite*

*02 - Le calcul de la retraite*

*03 - Bien préparer votre retraite*

*04 - PER : le Plan d'Épargne Retraite*

*05 - L'assurance vie*

# LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RETRAITE

La retraite en France est un élément complexe à comprendre et qui nécessite des vérifications tout au long de votre vie professionnelle, bien avant d'atteindre l'âge légal de départ à la retraite. Si vous avez été salarié ou assimilé-salarié avant de devenir TNS, il est important de faire un petit rappel sur vos droits.

Il existe différents niveaux de retraite pour les salariés :

- le **régime de retraite de base** est obligatoire pour tous les actifs. Selon votre profession, il existe un seul régime de base associé.
- les **régimes de retraite complémentaire**. Vous avez 2 possibilités : vous devez soit vous affilier à un seul régime complémentaire obligatoire, soit vous affilier en plus d'un régime complémentaire obligatoire à un régime complémentaire facultatif.
- les **régimes de retraite supplémentaire**

Petit rappel sur les caisses de retraite dont vous dépendiez si vous avez été salarié :

Domaine de travail	Retraite de base	Retraite complémentaire
Salariés de l'agriculture	MSA	ARRCO-AGIRC
Salariés de l'industrie, du commerce et des services	CNAV	
Agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques		IRCANTEC
Personnel naviguant de l'aéronautique civile		CRPN
Salariés relevant d'entreprises ou de professions à statut juridique particulier	Banque de France, Retraite des mines, CNIEG, CRPCF (Comédie Française), CRPCEN (clercs et employés de notaire), ENIM (marins), CRP, RATP, Opéra de Paris, port autonome de Strasbourg, CPRPSNCF	

## La retraite de base pour les salariés

Par rapport à votre retraite de base en tant qu'ancien salarié, la Liquidation unique des régimes alignés (LURA) simplifie la liquidation des pensions de retraite pour les polypensionnés.

Cette **liquidation unique** est effective dans les régimes alignés depuis le 1er juillet 2017. De manière plus concrète, pour tous les assurés nés à partir de 1953, vous avez :

- un seul régime compétent pour liquider vos droits à la retraite de base
- la prise en compte de la carrière comptabilisée dans son ensemble
- un seul calcul de la pension
- une seule pension de retraite de base servie

## Les régimes complémentaires obligatoires

Les caisses de retraite complémentaire obligatoire AGIRC-ARRCO s'adressent à tous les secteurs professionnels et à tous types de salariés (dirigeant assimilé salarié, ouvrier, cadre, etc.).

Toutes les entreprises françaises sont dans l'**obligation de cotiser à une caisse de retraite complémentaire** obligatoire.

La retraite complémentaire se calcule en points. Selon les cotisations que vous avez versées, vous obtenez un certain nombre de points. La valeur du point varie en fonction de sa nature et de sa date d'acquisition. En 2022, la valeur d'achat du point AGIRC-ARRCO est de 17,4316 €.



La retraite complémentaire est versée en intégralité dans le cas où vous avez obtenu votre retraite de base au taux maximum de 50 %, autrement dit une retraite à taux plein.

Celle-ci peut être réduite dans le cas où la retraite de base a été obtenue à taux minoré, selon des coefficients d'abattement qui sont spécifiques au régime complémentaire.

Voici un tableau récapitulatif de l'AGIRC-ARRCO pour y voir plus clair sur les bonus et malus :

## Application des minoration et majorations temporaires

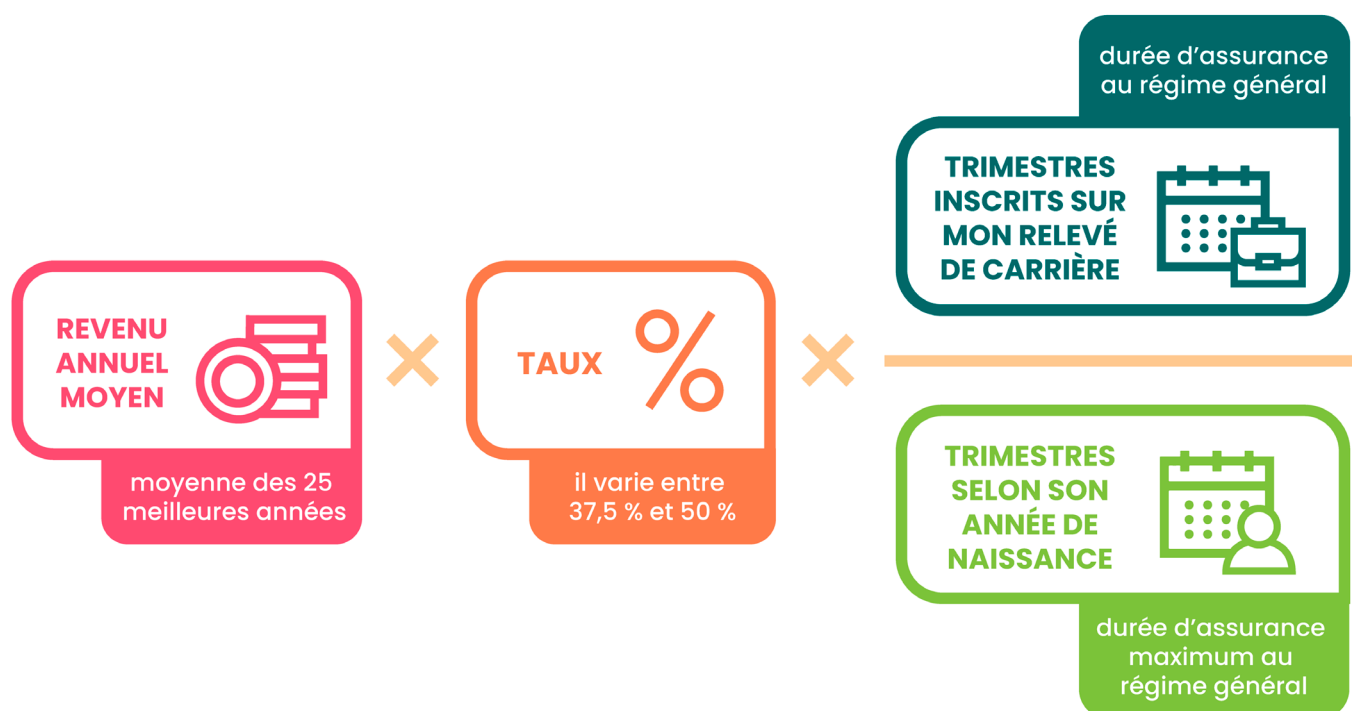
à compter de 2019  
pour les générations  
nées à partir de 1957

Application des minorations et majorations temporaires				si je pars à 66 ans		
à compter de 2019 pour les générations nées à partir de 1957				+30 % pour 1 an	100 % de la retraite complé.	
				si je pars à 65 ans		
				+20 % pour 1 an	100 % de la retraite complémentaire	
				si je pars à 64 ans		
				+10 % pour 1 an	100 % de la retraite complémentaire	
				si je pars à 63 ans		
				100 % de la retraite complémentaire		
si je pars à 62 ans						
-10 % de la retraite complémentaire pendant 3 ans				100 % de la retraite complémentaire		
62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans	67 ans	68 ans

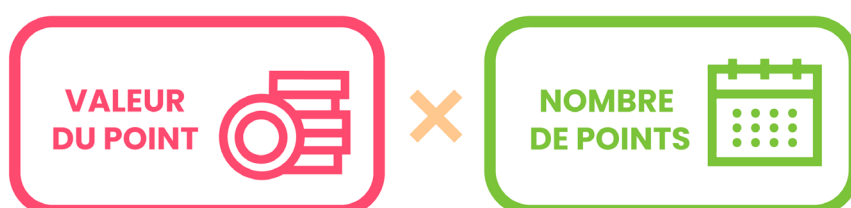
# LE CALCUL DE LA RETRAITE

Il est important que vous sachiez comment est calculée votre retraite de base et complémentaire obligatoire si vous avez été salarié pour bien comprendre son fonctionnement.

Pour la retraite de base, que vous soyez assimilé salarié ou non, le mode de calcul reste le même :



Pour ce qui est de votre retraite complémentaire obligatoire ARRCO-AGIRC, le calcul pour les assimilés salariés est très semblable à celui des dirigeants non salariés.



Votre revenu annuel moyen correspond à la somme des **25 meilleures années de revenus bruts revalorisés**, divisée par 25.

Attention, dans le calcul de votre revenu annuel moyen les revenus perçus au cours de l'année de liquidation ne sont pas pris en compte. Les revenus sont retenus dans la limite du Plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) applicable au moment où ils vous ont été versés.

Le taux plein est le **taux maximum auquel il est possible de liquider votre pension de retraite**. Pour les régimes alignés, le taux plein est de 50 %. Pour faire simple, si vous avez une retraite à taux plein ça veut dire que vous allez toucher 100 % de la somme de votre pension retraite, sans risquer de minoration ou décote.

Pour obtenir le taux plein de votre retraite, il y a deux paramètres : la durée d'assurance requise, soit 172 trimestres, et l'âge de la retraite à taux plein. L'âge légal est de 62 ans et celui à taux plein est de 67 ans. Ces deux paramètres dépendent de votre année de naissance :

Année de naissance	Âge légal de départ à la retraite	Nombre de trimestres d'assurance requis pour le taux plein	Âge de départ à la retraite à taux plein
1955 - 1957	62 ans	166	67 ans
1958 - 1960		167	
1961 - 1963		168	
1964 - 1966		169	
1967 - 1969		170	
1970 - 1972		171	
1973 et +		172	

Pour ce qui est de la validation de vos trimestres, elle se fait en fonction des revenus que vous avez perçus et plus exactement du montant des revenus soumis à cotisations, soit **1 trimestre = 150 x SMIC horaire brut**.

Par exemple, en 2020 il fallait :

- 1522€ pour valider 1 trimestre
- 3045€ pour valider 2 trimestres
- 4567€ pour valider 3 trimestres
- 6090€ pour valider 4 trimestres

Soyez vigilant à la **dernière année de cotisation**.

La validation de trimestres au cours de l'année de départ à la retraite applique la règle de **la date d'arrêt du compte**. Autrement dit, le décompte prend fin au dernier jour du trimestre civil qui précède la date d'effet de la retraite.

Par exemple, une cessation d'activité effective le 1er juillet permet de valider 2 trimestres. Pour obtenir un troisième trimestre vous devez continuer de travailler jusqu'au 30 septembre (90 jours = 1 trimestre).

On peut distinguer 3 types de trimestres :

- les **trimestres cotisés** correspondent aux périodes pendant lesquelles des cotisations retraite ont été prélevées sur vos revenus et versées aux caisses de retraites.
- les **trimestres assimilés** correspondent à des trimestres attribués gratuitement lors de vos périodes d'interruption involontaires d'activité professionnelle (service militaire, chômage, maladie ou maternité).
- les **trimestres majorés** acquis au titre de la majoration pour enfants (maternité, adoption et éducation), pour congé parental d'éducation ou pour enfants handicapés.

# BIEN PRÉPARER VOTRE RETRAITE

Votre retraite se prépare à tout âge. Il y a des points de vigilance que vous devez avoir en tête tout au long de votre vie professionnelle.

De 35 à 44 ans :

- détection des anomalies du relevé (RIS)
- simulation du niveau de revenu à la retraite
- définition d'une stratégie de retraite
- mise en place d'une solution d'épargne par capitalisation payée par l'entreprise pour vous constituer un revenu complémentaire à la retraite

De 45 à 54 ans :

- détection des anomalies du relevé (RIS)

De 55 à 60 ans :

- régularisation des anomalies détectées
- évaluation des dispositifs d'optimisation

Après 60 ans :

- détermination et validation de la date optimale de départ à la retraite.

Attention : vous devez impérativement **conserver tous les justificatifs** pour votre dossier de retraite.

Faire le **bilan de retraite** permet de vérifier toutes vos données, de les régulariser si besoin, de calculer vos droits et de pouvoir ensuite les optimiser.

Vérifier vos données consiste à **analyser votre RIS** (Relevé Individuel de Situation) pour le confronter à votre carrière réelle et en faire ressortir les anomalies.

Régulariser vos données, c'est déterminer les **justificatifs** qui vont être nécessaires pour **corriger les anomalies** que vous aurez constatées et les transmettre aux caisses de retraite dont vous dépendez.

Pour calculer vos droits à la retraite, il faut vous baser sur votre **carrière passée**, mais également sur une **projection de votre carrière future** pour anticiper et calculer les dates, les conditions et les montants de votre retraite.

Enfin, optimiser vos droits à la retraite se fait en fonction de la réglementation, de votre situation personnelle et professionnelle. Le but est de déterminer une stratégie idéale de fin de carrière qui soit la plus favorable pour vous.

La première étape pour préparer votre retraite c'est d'aller **recupérer votre RIS**. Le Relevé Individuel de Situation (RIS) se découpe en 5 étapes :

- Collecter des informations auprès des caisses de retraite : état civil, situation personnelle, service militaire, âge taux plein, trimestres taux plein, situation professionnelle actuelle, projet retraite.
- Analyser les relevés de trimestres et de points
- Identifier les erreurs ou anomalies : vérification des trimestres, début de carrière et périodes multi-employeurs, années absentes ou incomplètes, prise en compte des périodes particulières (service militaire, maternité, chômage, etc.), vérifier les variations suspectes de vos revenus, la cohérence des régimes de base et complémentaires ou encore les trimestres de majoration.
- Prendre en charge la régularisation des erreurs et anomalies (notamment réunir et transmettre tous les justificatifs nécessaires).
- Reconstituer votre carrière pour connaître vos droits définitifs à la retraite de base et complémentaire.

# PER : LE PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE

## Loi PACTE

Pour vous rappeler un peu le contexte, en 2019, la loi PACTE (Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises) a été mise en place pour **regrouper plusieurs réformes** :

- une fusion des régimes complémentaires AGIRC/ARRCO
- l'instauration d'un régime universel de retraite (via le rapport Delevoye)
- une modification structurelle et une refonte des dispositifs de retraite supplémentaire et d'épargne salariale

Avant la mise en place de la loi PACTE, il y avait plusieurs dispositifs existants de retraite supplémentaire :

- le PERCO qui est une solution d'épargne salariale
- les contrats article 83 ou Madelin
- le PERP (Plan Épargne Retraite Populaire)

Ces dispositifs vont petit à petit disparaître puisqu'ils ne sont plus commercialisés depuis le 1er octobre 2020. Toutefois si vous avez souscrit à un contrat madelin par exemple, celui-ci est toujours effectif même s'il n'est plus commercialisé.

Pour remplacer ces solutions de retraite supplémentaire, un nouveau **dispositif d'épargne retraite** a été créé : le **PER (Plan Épargne Retraite)**.

## Les différents types de PER

Il existe différents types de PER pour remplacer les anciennes solutions de retraite supplémentaire. En fonction du type de PER, les versements des cotisations ne sont pas les mêmes.

Le **PER-in** est un **plan d'épargne retraite individuel**. La cotisation au PER-in se fait via des **versements volontaires** déductibles fiscalement ou non. Une partie de ces versements volontaires est toujours à minima déductible fiscalement.

Le **PER-O d'entreprise** vous concerne **seulement si vous êtes TNS et que vous avez des salariés**. Il s'agit d'un Plan d'Épargne Retraite Obligatoire et remplace l'ancien contrat retraite article 83. Concrètement, il marche comme un contrat d'assurance vie collectif en entreprise. En tant que dirigeant, c'est à vous que revient la décision de mettre en place ce type de dispositif de retraite supplémentaire dans votre entreprise. Comme son nom l'indique, les **cotisations sont obligatoires via l'épargne salariale**.

Le **PER-COL d'entreprise** fonctionne un peu comme le PER-O mais les cotisations se font sur les sommes qui viennent des primes d'intéressement, de participation ou encore des jours de congés non pris. La cotisation au PER-COL se fait par des **versements obligatoires de l'entreprise**. Comme le PER-O, le PER-COL ne vous concerne pas en tant que TNS, sauf si vous avez des salariés dans votre entreprise.

En tant que travailleur non salarié, le PER vous permet de **mieux préparer votre retraite tout en diminuant votre revenu imposable**.



Ainsi, vous pouvez **déduire vos versements** à hauteur de 10% de votre rémunération annuelle + 15% de votre rémunération entre 1 PASS et 8 PASS. Par exemple, si vous avez 40 000 € de revenus annuels, vous pouvez verser maximum 4 399.20 € sur votre PER.

Pour ce qui est du PER à la sortie, lors de votre départ à la retraite vous pourrez récupérer votre épargne sous différentes formes :

- soit une rente viagère
- soit 100% du capital à l'échéance (en une fois ou par rachats fractionnés)
- soit une sortie partiellement en rente et en capital

## Les conditions de déblocage anticipé

Il existe certaines situations dans lesquelles le **déblocage de votre capital PER peut être anticipé** :

- acquisition de la résidence principale
- décès de votre conjoint
- invalidité (vous, vos enfants, votre conjoint...)
- situation de surendettement
- expiration de vos droits d'assurance chômage (seulement en cas de licenciement)
- non renouvellement de votre mandat social et absence de contrat de travail et de mandat social depuis 2 ans minimum
- cessation de votre activité à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire

## Les conditions de déblocage anticipé

Attention, les sommes qui ont donné lieu à un **avantage fiscal pendant la phase de constitution** seront soumises à l'**impôt sur le revenu au moment de votre retraite** après un abattement de 10 %, ainsi qu'aux prélèvements sociaux sur une partie de la rente.

Pour une sortie en capital, la fiscalité appliquée sera :

- sur le montant versé, pour la part correspondant aux versements volontaires déduits, l'épargne sera imposée à l'IR (sans abattement des 10 %)
- les plus-values feront l'objet du prélèvement forfaitaire unique (PFU ou Flat Tax) de 30 % qui inclut à la fois les prélèvements sociaux (17,2 %) et l'impôt sur le revenu (12,8 %)

Voici plusieurs tableaux récapitulatifs de votre fiscalité à la sortie si vous touchez votre épargne sous forme de capital ou de rente :

### La fiscalité à la sortie en capital :

	Sortie en rente (y compris si achat résidence principale)	Impôt sur le revenu	Prélèvements sociaux
PER individuel	versements déduits	imposition selon le barème IR sans abattement de 10 %	
	versements non déduits	exonération	
	plus value	PFU 30 % (sauf option si IR)	17,2 %
PER collectif	versements non déduits	exonération	
	plus value	exonération	17,2 %
PER obligatoire	versements	sans objet (sauf si accident de la vie), pas de possibilité d'achat de résidence principale	sans objet (sauf si accident de la vie), pas de possibilité d'achat de résidence principale
	plus value	sans objet (sauf si accident de la vie), pas de possibilité d'achat de résidence principale	sans objet (sauf si accident de la vie), pas de possibilité d'achat de résidence principale

## La fiscalité à la sortie en rente :

Sortie en rente (y compris si achat résidence principale)	Impôt sur le revenu	Prélevements sociaux
versements déduits	imposition rente viagère à titre gratuit (abattement 10% + barème IR)	17,2% après abattement selon l'âge
versements non déduits	imposition rente viagère à titre onéreux selon l'âge	17,2% après abattement selon l'âge
versements	imposition rente viagère à titre onéreux selon l'âge	17,2% après abattement selon l'âge
versements	imposition rente viagère à titre gratuit (abattement 10% + barème IR)	10,1%

# L'ASSURANCE VIE

L'une des solutions de retraite supplémentaire très intéressante est le contrat d'assurance vie. Celui-ci peut vous aider à constituer une épargne pour votre retraite et en plus vous avez une totale liberté pour **choisir à quel moment et comment vous souhaitez l'utiliser.**

Ainsi, un contrat d'assurance vie vous permet de :

- toucher **des revenus régulièrement** en mettant en place des rachats partiels programmés, autrement dit de retirer périodiquement une partie de votre capital épargné
- **puiser dans votre épargne** selon vos besoins
- convertir votre épargne en rente viagère avec option de réversion. Concrètement, ça consiste à toucher un **complément de revenu** jusqu'à la fin de votre vie et selon la périodicité que vous voulez. Et en cas de décès, ce complément de revenu est reversé à votre conjoint ou à toute autre personne que vous avez désignée comme bénéficiaire.
- convertir votre épargne en rente viagère simple, ce qui vous permet de toucher un complément de revenu sous forme de rente jusqu'à la fin de votre vie. C'est vous qui choisissez la périodicité mais avec cette option vous ne pouvez pas récupérer votre épargne ni la reverser à un bénéficiaire comme votre conjoint.

Vous devez maintenant y voir plus clair concernant votre protection sociale en tant que dirigeant travailleur non salarié. Pour rappel, celle-ci se divise en 3 grandes catégories qui concernent différents moments de votre vie : la protection santé, la prévoyance et la retraite.

La protection santé comprend tous les remboursements de prestations médicales comme les médicaments, l'optique, etc. La complémentaire santé vient compléter ces remboursements qui sont parfois assez faibles, comme en optique, et il est obligatoire de mettre en place une complémentaire santé collective dans toutes les entreprises du secteur privé.

La prévoyance concerne toutes les pertes de revenus liées à un arrêt de travail, d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité, d'un décès ou encore d'une perte totale et irréversible d'autonomie. Votre régime obligatoire de TNS ne couvre pas la totalité de votre perte de revenu dans ces cas là, c'est pourquoi souscrire à un contrat de prévoyance complémentaire peut s'avérer très utile pour pouvoir continuer de payer les charges récurrentes à votre activité en cas de pépin.

Pour finir, votre retraite se prépare tout au long de votre carrière. À partir de 35 ans, faire un relevé individuel de situation (RIS) tous les 5 ans environ vous permettra de régulariser votre situation en cas d'erreurs dans votre dossier. Il est également important de vous y prendre tôt pour définir votre plan d'action concernant votre retraite, notamment les solutions complémentaires que vous allez mettre en place pour augmenter votre retraite telles que l'assurance vie ou le plan d'épargne retraite (PER).



L'expert-comptable en ligne  
qui vous simplifie vraiment la vie.

[www.dougs.fr](http://www.dougs.fr)