

■ **L'essentiel** sur le financement des régimes de prévoyance complémentaire fiscalité cotisations de Sécurité sociale

Souhaitant encourager le développement d'une protection sociale complémentaire à celles des régimes obligatoires, la loi Fillon du 21.08.2003 a modifié les règles d'exonération de cotisations de Sécurité sociale applicables aux contributions patronales finançant les régimes de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire.

Cette réforme a donné lieu, en 2005 et 2006, à une instruction fiscale⁽¹⁾ ainsi qu'à deux circulaires de la part de la direction de la Sécurité sociale⁽²⁾.

Le 30 janvier 2009, la direction de la Sécurité sociale, par une nouvelle circulaire DSS/5B/2009/32 qui s'est substituée aux précédentes, a revu sa doctrine relative aux conditions pour bénéficier du régime social de faveur.

Depuis l'exercice 2010, les régimes devraient donc être conformes aux dispositions de cette circulaire.

Concernant le caractère collectif et obligatoire des régimes, le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 a apporté des modifications significatives.

Ainsi, les nouveaux régimes mis en place à compter du 12 janvier 2012, date d'entrée en vigueur de ce texte, doivent être conformes à ces règles, interprétées par une circulaire DSS du 25 septembre 2013⁽³⁾ et une lettre circulaire ACOSS du 4 février 2014⁽⁴⁾.

Pour les régimes déjà en place à la date du 12 janvier 2012 et conformes aux dispositions de la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, les entreprises ont jusqu'au 30 juin 2014 pour se mettre en conformité⁽⁵⁾.

Pour plus de précisions, nous vous invitons à vous reporter à l'intégralité des textes cités en référence, notamment : la loi n°2003-775 du 21 août 2003, le décret n°2005-435 du 9 mai 2005, la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, l'instruction fiscale du 25 novembre 2005 et le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 la circulaire DSS/513/2013/344 du 25-09-2013. Les circulaires et instructions ministérielles régulièrement publiées sont opposables aux URSSAF⁽⁶⁾.

Règles générales d'exonération et de déductibilité

Les contributions patronales sont exonérées de cotisations de Sécurité sociale et déductibles fiscalement, si l'ensemble des critères qui suivent sont remplis.

À noter depuis la Loi de Finances pour 2014, les contributions patronales aux régimes collectifs et obligatoires de frais de soins de santé ne sont plus déductibles du revenu imposable des salariés.

⁽¹⁾ DB 5F-15-05 du 25.11.2005

⁽²⁾ Circulaire DSS/5B/2005/396 du 25.08.2005 et Questions/Réponses DSS du 21.07.2006

⁽³⁾ Circulaire DSS/513/2013/344 du 25.09.2013

⁽⁴⁾ Lettre circulaire ACOSS n°2014-0000002 du 04.02.2014

⁽⁵⁾ Ordonnance n° 2005-651 du 6 juin 2005 et article L 243-6-2 du Code de la Sécurité sociale

■ Le régime de prévoyance doit être complémentaire à la Sécurité sociale

Les prestations de prévoyance complémentaire sont versées en complément des régimes de base de la Sécurité sociale couvrant les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail et maladie professionnelle.

Le risque dépendance est en outre assimilé à de la prévoyance.

D'un point de vue fiscal, le régime de prévoyance complémentaire doit être exclusif de tout versement en capital, sauf pour la couverture du risque décès, invalidité absolue et définitive ou perte totale et irréversible d'autonomie.

Exemples

Sont considérées comme des prestations de prévoyance par la DSS :

- les allocations versées à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption ;
- les allocations forfaitaires versées en cas d'hospitalisation si elles sont destinées à couvrir des frais non pris en charge par l'Assurance maladie ;
- les garanties d'assistance, lorsqu'elles sont directement liées à des situations d'hospitalisation, d'incapacité, d'invalidité ou de décès telles que la mise à disposition d'un véhicule médical, l'envoi d'un infirmier, les aides ménagères...

Ne sont pas considérées comme des prestations de prévoyance par la DSS :

- les allocations versées en cas de mariage ;
- les allocations forfaitaires versées en cas d'hospitalisation lorsqu'elles le sont sans contrepartie de frais restant à la charge de l'assuré ;
- la prise en charge de frais de recherche et de secours en mer, sur terre, sur piste, en montagne.

■ Le régime de prévoyance doit être mis en place dans les conditions prévues à l'article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire :

- par convention ou accord collectif ;
- par référendum ratifié à la majorité du personnel ;
- par décision unilatérale de l'employeur

(DUE) constatée dans un écrit remis à chaque intéressé (la remise de la notice d'information ne se substitue pas à celle de cet écrit).

Position de la DSS sur les régimes de prévoyance mis en place par accord d'établissement

L'accord d'entreprise décidant de conditions différentes selon les établissements contrevient au caractère collectif imposé par la loi. Toutefois, les exonérations ne seront pas remises en cause si l'application de dispositions distinctes selon les établissements a pour origine des conventions collectives territoriales différentes. De même, rien ne s'oppose à ce qu'un régime de prévoyance soit mis en place dans un établissement par accord d'établissement.

■ Respect du principe de non substitution à un autre élément de rémunération

La contribution patronale ne doit pas se substituer à un autre élément de rémunération en tout ou partie supprimé dans l'entreprise depuis moins de 12 mois.

■ Les prestations doivent être versées par un organisme habilité

Les organismes habilités sont :

- les institutions de prévoyance ;
- les mutuelles ;
- les entreprises d'assurance.

■ Le régime doit avoir un caractère collectif et obligatoire

Caractère collectif

Les garanties de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire doivent s'appliquer à l'ensemble des salariés ou à une ou plusieurs catégories d'entre eux. Celles-ci doivent être établies à partir de critères objectifs sous réserve qu'elles permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Dans certaines situations, l'employeur devra donc être en mesure de justifier ce dernier point (par exemple, en cas de catégorie déterminée en fonction d'usages en vigueur dans la profession). Le caractère collectif des garanties implique également que la contribution patronale ainsi que les garanties soient uniformes. Le caractère collectif ne s'oppose pas à la présence de garanties supplémentaires facultatives.

• Critères objectifs

5 critères objectifs permettent de définir une catégorie de salariés⁽¹⁾ selon le décret, la DSS y ajoute des « **critères en marge** » :

Critère 1 : l'appartenance aux catégories de cadres et de non cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des art. 4 et 4 bis de la CCN Agirc⁽²⁾ de 1947, art. 36 de l'annexe 1 de cette convention ;

Ne peuvent être constituées que 2 catégories de salariés à partir de ce critère. La séparation entre les 2 catégories se fait en se référant au texte de la CCN Agirc.

La mention dans un acte des catégories « cadres » et « non cadres » sans référence à la CCN Agirc, **ne remet pas en cause l'exemption d'assiette** mais renvoie aux 2 catégories suivantes :
Salariés relevant de l'article 4 de la CCN Agirc/Salariés ne relevant pas de l'article 4 de la CCN Agirc.

Critère 2 : les tranches de rémunération fixées pour le calcul des cotisations aux régimes Agirc/Arrco (Tranches 1, 2 ou A, B et C).

Peuvent constituer des catégories objectives, les salariés dont la rémunération est :

- inférieure ou égale à 1, 3, 4 ou 8 PSS ;
- supérieure ou égale à 1, 3 ou 4 PSS (pas 8) ;
- par tolérance, inférieure ou égale ou supérieure ou égale à 2 PSS.

Il s'agit de la rémunération **brute annuelle**.

Critère 3 : l'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par conventions de branche ou accords professionnels ou interprofessionnels ;

Est visé **le premier niveau de classification** des salariés défini par la **CCN de branche, accord professionnel ou interprofessionnel** dont relève l'employeur.

Critère 4 : le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés appartenant aux sous-catégories fixées par les conventions de branche, les accords professionnels ou interprofessionnels.

Sont visés les niveaux de classification adoptés par la convention de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel dont relève l'employeur à partir du niveau immédiatement inférieur à celui constituant le critère 3.

Critère 5 : les usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

Critères « en marge »

La DSS valide des critères liés à l'appartenance ou non, de certains salariés au champ :

- d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire qui assure la couverture du même risque (ex : régime Alsace-Moselle, certains régimes spéciaux) ;
- d'une convention collective, d'un accord de branche ou interbranche applicable à une partie seulement des salariés (ex : salariés intermittents du spectacle et pigistes) ;
- des travailleurs à domicile, des VRP, sous certaines réserves ;
- des salariés détachés à l'étranger.

L'utilisation de ces critères suppose que l'employeur puisse justifier du caractère objectif des catégories ainsi instituées.

⁽¹⁾ Article R.242-1-1 du Code de la Sécurité sociale

⁽²⁾ Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Les catégories ne peuvent pas être définies en fonction

- du temps de travail (temps complet/partiel) ;
- de la nature du contrat (CDI/CDD) ;
- de l'âge ou de l'ancienneté.

Toutefois, une condition relative à l'ancienneté peut être requise, sans pouvoir excéder :

- 12 mois pour les prestations de retraite supplémentaire d'incapacité, d'invalidité, d'incapacité ou de décès ;
- 6 mois pour les autres prestations dont notamment, la couverture frais de santé.

• Présomptions de validité

Les catégories doivent permettre de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Le décret pose une « présomption », de validité des catégories de salariés selon :

- le critère retenu,
- la nature des prestations.

Ainsi, les prestations suivantes sont considérées comme couvrant l'ensemble des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties mises en place :

- 1.** les prestations de **retraite supplémentaire** bénéficiant aux catégories établies à partir des **critères 1 à 3** énoncés plus haut ;
- 2.** les prestations destinées à couvrir le risque **décès** en application de l'article 7 de la **CCN Agirc** (1,5 % TA) ;
- 3.** les prestations destinées à couvrir les risques **d'incapacité de travail,**

d'invalidité, d'incapacité ou de décès lorsque ce dernier est associé à l'un des trois risques précédents, bénéficiant aux catégories établies à partir :

- des **critères 1 et 2** énoncés plus haut,
- du **critère 3 sous réserve** que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts ;

4. les prestations couvrant les **frais de santé** bénéficiant à des catégories établies à partir des **critères 1 et 2, sous réserve** que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts.

Dans tous les autres cas où les garanties ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entreprise, l'employeur devra **justifier que la ou les catégories** établies à partir des critères autorisés, permettent de couvrir tous les salariés **que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.**

• Tableau de synthèse : caractère collectif

Un régime de protection sociale complémentaire, définissant les catégories de salariés par référence aux critères énoncés ci-dessous, est-il **considéré** comme collectif ?

Remarque

Lorsque :

- le régime ne couvre qu'une partie des salariés alors que les garanties ne peuvent être collectives que sous réserve que l'ensemble des salariés soient couverts ;
- le régime n'est pas considéré comme collectif

> l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégorie(s) établie(s) à partir de critères objectifs permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Critères objectifs	Catégories de cadres et de non cadres ⁽⁴⁾	Tranches de rémunérations fixées pour le calcul des cotisations aux régimes Agirc et Arcco	Catégories et classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels	Sous-catégories fixées par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels	Usages professionnels
Garanties					
Retraite supplémentaire	Oui	Oui	Oui	Non	
Décès (Art.7 de la convention du 14/03/1947)	Oui	Non	Non		
Incapacité de travail	Oui	Oui	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾		
Invalité	Oui	Oui	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾		
Inaptitude	Oui	Oui	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾		
Décès ⁽⁵⁾	Oui	Oui	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾		
Perte de revenus en cas de maternité	Oui	Oui	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾		
Frais de santé	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾	Non		
Perte de revenus en cas de maladie	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾	Oui, sous réserve ⁽⁶⁾	Non		

⁽⁴⁾ Par référence aux définitions issues des articles 4 et 4 bis de la convention du 14/03/1947 et article 36 de l'annexe 1

⁽⁵⁾ Associé à l'un des trois risques suivant : incapacité de travail, invalidité, inaptitude

⁽⁶⁾ Réserve : l'ensemble des salariés doit être couvert

• Garanties uniformes

Les garanties doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie de salariés.

Néanmoins, pour les prestations de prévoyance complémentaire, le fait de prévoir des garanties plus favorables au bénéfice de certains salariés en fonction

des conditions d'exercice de leur activité ne remet pas en cause le caractère collectif des garanties.

L'employeur devra alors justifier du **lien entre le caractère particulier de l'activité** des salariés auxquels ces garanties sont réservées et la **nature des garanties** en cause.

• Contributions patronales uniformes

Les contributions patronales doivent être fixées à un taux ou un montant uniforme pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une catégorie de salariés.

Il est possible de déroger à ce principe dans les cas suivants :

- salariés à temps partiel ou apprentis : prise en charge patronale à hauteur de 100 % des cotisations (dès lors que l'absence d'une telle prise

en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à **10 % de leur rémunération brute**) ;

- contribution patronale modulée en fonction de la composition du foyer du salarié (ex : cotisations « isolé/famille ») ;
- pour les prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de

travail, d'invalidité ou d'inaptitude (pas frais de santé) : mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération.

La progression des taux doit être prise en charge par l'employeur, mais aussi par le salarié.

Par tolérance sont admises les contributions :

- exprimées en pourcentage de la rémunération + forfait en € ;
- exprimées en pourcentage de la rémunération avec un plancher et/ou plafond en € ;
- calculées par différence entre un montant forfaitaire et un pourcentage de la rémunération.

• **Garanties facultatives**

Le caractère collectif des garanties n'est pas remis en cause lorsque :

- les salariés choisissent de souscrire, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, des garanties supplémentaires facultatives ;
- l'employeur participe au financement desdites garanties supplémentaires.

La participation de l'employeur au financement de ces garanties facultatives ne pourra toutefois pas être exonérée de cotisations de Sécurité sociale.

D'importantes modifications concernant le caractère collectif ont été introduites par le décret

Ainsi, à titre d'exemple :

- lorsque des garanties incapacité/invalidité/décès couvrent une catégorie déterminée en fonction de classifications ou catégories issues de CCN ou d'accord de branche ou d'accord interbranche (critère 3), tous les autres salariés de l'entreprise doivent aussi être couverts ;
- lorsque des garanties santé sont mises en place pour une catégorie cadre ou non cadre, tous les autres salariés de l'entreprise doivent aussi être couverts ;
- s'il est toujours possible d'instaurer une condition d'ancienneté pour l'accès à un régime de frais de soins de santé, celle-ci est abaissée à un maximum de 6 mois (au lieu de 12 mois tolérés antérieurement) ;
- dans les cas où le décret n'instaure pas de « présomption », l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies permettent de couvrir tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Positions de la DSS sur l'incidence de la modification de la situation juridique de l'entreprise

Lorsque le régime a été mis en place par **accord collectif** dans l'entreprise **absorbée**, l'exclusion d'assiette demeure jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord de substitution. À défaut d'un tel accord, l'exclusion d'assiette est maintenue pendant 12+3 mois à compter de la date du transfert.

Lorsque le régime a été mis en place par **DUE ou référendum** dans l'entreprise **absorbée** : le régime continue de bénéficier de l'exemption d'assiette, tant qu'il n'est pas dénoncé ou qu'un accord s'y est substitué.

Lorsque l'entreprise absorbée devient un **établissement distinct** de l'absorbante, il est possible de reconduire le dispositif par accord d'établissement.

Sur les mandataires sociaux

Les mandataires sociaux **titulaires d'un contrat de travail** bénéficient des garanties dès lors qu'ils **appartiennent à la catégorie visée**.

Ils ne peuvent à eux seuls constituer une catégorie de salariés.

Les mandataires sociaux **non titulaires d'un contrat de travail mais relevant du régime général de la Sécurité sociale** (art. L 311-3 CSS) **peuvent** être rattachés au contrat d'assurance si une décision du conseil d'administration (ou équivalent) le prévoit, une copie du PV devra être fournie en cas de contrôle.

Ils doivent remplir les conditions posées par le critère ayant déterminé la catégorie (ex : critère 2, en fonction de la rémunération).

À défaut, l'exemption d'assiette n'est pas accordée pour la contribution versée au titre du mandataire social (mais cela ne remet pas en cause l'exemption relative aux salariés de la catégorie).

Focus sur la participation du Comité d'entreprise

Selon l'ACOSS, la participation du CE à la cotisation salariale d'un régime collectif et obligatoire, est assimilée à une contribution patronale et bénéficie du même régime d'exonération. Pour l'appréciation des limites d'exonération, elle est prise en compte avec la participation de l'employeur.

Caractère obligatoire

L'ensemble des salariés ou tous ceux qui appartiennent à la catégorie de salariés définie, sont tenus d'adhérer aux garanties.

Toutefois, des dispenses d'affiliation sont possibles, sans remise en cause du caractère obligatoire. Ces dispenses doivent impérativement (sauf exception cf. tableau), figurer dans l'acte (DUE, accord...) instaurant le régime.

• Dispenses possibles et commentaires

Mise en place du régime par DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur)

Salariés présents au moment de la mise en place du régime

Si ce régime comprend une participation salariale, il n'est pas nécessaire que cette dispense figure dans la DUE. La dispense vaut également en cas de :

- modification d'une couverture existante remettant en cause un financement patronal jusque-là à 100 %
- transfert d'entreprise lorsque les salariés transférés ne disposaient pas de couverture obligatoire avant le transfert

Mise en place du régime par accord collectif, accord référendaire ou DUE

Dispenses possibles à tout moment

- salariés et apprentis sous CDD supérieur ou égal à 12 mois, s'ils justifient d'une couverture individuelle couvrant les mêmes risques, souscrite par ailleurs*
- salariés et apprentis sous CDD inférieur à 12 mois*
- salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation salariale (tous régimes de protection sociale complémentaire confondus) représenterait au moins 10 % de leur rémunération brute*
- bénéficiaires de la CMUC, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Dispense valable jusqu'à la cessation de l'aide ou de la CMUC

* En cas de mise en place par DUE, sous réserve de la modification à venir du décret n°2012-25



Salariés qui, au moment de la mise en place du régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont bénéficiaires d'une assurance individuelle frais de santé

La dispense d'adhésion n'est possible que jusqu'à l'échéance du contrat individuel

Dispenses possibles à tout moment au profit des salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un des dispositifs de prévoyance complémentaire fixés par l'arrêté du 26/03/2012, c'est à dire :

- d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire d'entreprise – obligatoire pour les ayants droit ;
- du régime local d'Alsace-Moselle ;
- du régime complémentaire maladie des industries électriques et gazières ;
- d'un régime instauré et financé dans le cadre de la participation de l'État et de ses établissements à la protection sociale complémentaire de leur personnel ;
- d'un régime instauré et financé dans le cadre de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements à la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- d'un contrat de groupe « Madelin » ;
- du régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer ;
- du régime de la Caisse de prévoyance et retraite des personnels de la SNCF.

• Couverture des ayants droit

Il est possible de couvrir les ayants droit à titre obligatoire ou facultatif.

Lorsque l'employeur participe au financement de la couverture des ayants droit :

- si la couverture des ayants droit est **facultative** : la contribution patronale est soumise à cotisations Ss ;
- si la couverture des ayants droit est **obligatoire** : la contribution patronale est exonérée.

Cas des couples travaillant dans la même entreprise

- si la couverture des ayants droit est **facultative** : l'affiliation se fait ensemble ou séparément, dans les 2 cas les contributions patronales sont exonérées ;
- si la couverture des ayants droit est **obligatoire** : l'affiliation de l'un se fait en tant qu'ayant droit de l'autre, les contributions patronales sont exonérées.

Le caractère collectif et obligatoire, en conclusion

Afin de s'assurer de la conformité au décret des régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, il est nécessaire de :

- déterminer si le régime couvre l'ensemble du personnel ou bien une ou plusieurs catégories de salariés ;
- si le régime ne couvre pas l'ensemble des salariés, vérifier que la catégorie de salariés est définie en fonction des critères objectifs prévus dans le décret ;
- en fonction des garanties concernées, analyser si la catégorie de salariés

retenue bénéficie de la présomption aménagée par le texte ;

- vérifier :
 - que les garanties sont identiques pour tous les salariés ou tous ceux d'une même catégorie ;
 - que les contributions patronales sont fixées à un taux ou un montant uniforme pour tous les salariés ou tous ceux d'une même catégorie (sauf possibles exceptions prévues dans le décret) ;
 - le cas échéant, que les dispenses d'affiliation sont conformes au décret.

■ Le contrat Frais de santé doit être « responsable »

Le Groupe Audiens a mis en conformité l'ensemble de ses contrats collectifs et individuels dès le 1^{er} janvier 2006.

Le bénéfice des exonérations est conditionné par les éléments qui suivent.

L'exclusion de prise en charge par le régime complémentaire :

- de la participation forfaitaire de 1 € ;
- des dépassements d'honoraires autorisés et de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation d'un spécialiste en dehors du parcours de soins ;
- de la majoration du ticket modérateur :
 - en cas de non déclaration du médecin traitant ;
 - en cas de refus d'accès au dossier médical ;
- des franchises applicables aux transports sanitaires, actes d'auxiliaires médicaux et médicaments.

La prise en charge par le régime complémentaire :

- d'au moins 30 % du tarif opposable pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins ;
- d'au moins 30 % du tarif des médicaments pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 65 % lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre du parcours de soins ;
- d'au moins 35 % du tarif servant de base de remboursement à la Sécurité sociale pour les frais d'analyse et de laboratoire prescrits dans le cadre du parcours de soins ;
- des dépassements d'honoraires des chirurgiens, anesthésistes et gynécologues obstétriciens, autorisés dans le cadre de la convention médicale du 26 juillet 2011, à hauteur de 150 % du tarif opposable ;
- de 100 % du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention.

Plafonds d'exonération sociale et de déductibilité fiscale

Les contributions aux régimes de prévoyance complémentaire sont exonérées de cotisations de Sécurité

sociale et fiscalement déductibles dans les limites qui suivent.

■ Limites de l'exonération sociale

Par an et par salarié, les contributions patronales sont exonérées à hauteur du cumul des montants suivants :

- 6 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 1,5 % de

la rémunération soumise à cotisation de Sécurité sociale ;

- le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % du PASS.

■ Limites de déductibilité fiscale

Par an et par salarié, les cotisations ou primes, y compris celles versées par l'employeur, sont déductibles à hauteur du cumul des montants suivants :

- 5 % du PASS + 2 % de la rémunération annuelle brute ;
- le total ainsi obtenu ne peut excéder 2 % de 8 PASS.



LA PROTECTION SOCIALE PROFESSIONNELLE
Culture • Communication • Médias

Groupe Audiens

74 rue Jean Bleuzen
92 177 Vanves Cedex
www.audiens.org

0 811 65 50 50 (prix d'un appel local)

Retrouvez également Audiens sur Facebook et Twitter



Pour toute question,
un conseiller est
à votre disposition au
0 173 173 737